

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
LICENCIATURA EN SALUD MATERNO INFANTIL**



**“CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO/A PRETÉRMINO DE BAJO RIESGO EN EL  
HOGAR: FUNDAMENTACIÓN Y RECOMENDACIONES PARA MADRES, PADRES Y  
FAMILIAS. EL SALVADOR, 2025.”**

**PRESENTADO POR:**

**CINTHIA ALEJANDRA LINARES MORALES  
ANA LUISA LIRA OSEGUEDA**

**PARA OPTAR POR EL GRADO DE:**

**LICENCIADA EN SALUD MATERNO INFANTIL**

**DOCENTE ASESOR:**

**LIC. CRISTIAN SALVADOR HUEZO INTERIANO**

**CIUDAD UNIVERSITARIA “DR. FABIO CASTILLO FIGUEROA”, EL SALVADOR, ENERO**

**2026.**

**AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

**MSC. JUAN ROSA QUINTANILLA**

RECTOR

**DRA. EVELYN BEATRIZ FARFÁN MATA**

VICERRECTORA ACADÉMICA

**MSC. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO**

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

**LIC. PEDRO ROSALIO ESCOBAR CASTANEDA**

SECRETARIO GENERAL

**AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE MEDICINA**

**DR. SAÚL DÍAZ PEÑA**

DECANO

**DR. FRANKLIN ARNULFO MÉNDEZ DURÁN**

VICEDECANO

**DR. ROBERTO CARLOS HERNÁNDEZ MARROQUÍN**

SECRETARIO

**MSC. MÓNICA RAQUEL VENTURA DE RAMOS**

DIRECTORA DE ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

**MSC. ROCÍO ELENA LINARES DE TRUJILLO**

DIRECTORA DE CARRERA SALUD MATERNO INFANTIL

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco primeramente a Dios, quien ha sido mi guía constante, mi fortaleza en los momentos de debilidad y la luz que iluminó cada paso de este camino. A Él elevo mi gratitud infinita por darme la vida, la salud, la oportunidad de estudiar y la capacidad de concluir esta etapa tan importante. Sin Su presencia, guía y amor constante, nada de esto hubiera sido posible. Gracias, Señor, por ser mi refugio en los momentos de cansancio, por renovar mis fuerzas cuando me sentí desfallecer, por darme paz en medio de las dificultades y por regalarme gozo en cada avance logrado. A ti encomiendo este triunfo, porque sé que es fruto de tu gracia y de tus planes perfectos para mi vida.

A mi familia, que con amor, sacrificio y paciencia me han acompañado en este proceso, por inculcarme valores, esfuerzo y fe; por enseñarme que los sueños se cumplen con dedicación y perseverancia. A mis hermanos y seres queridos, por sus palabras de aliento, su comprensión en mis ausencias y por sostenerme con su cariño incondicional.

A mi novio, quien con su amor, paciencia y apoyo incondicional me brindó la motivación necesaria en los momentos de cansancio y desánimo. Gracias por ser mi compañero de vida, por impulsarme a dar siempre lo mejor de mí y recordarme que este sueño también lo construimos juntos.

A mi compañera de tesis, con quien compartí este camino lleno de retos y aprendizajes. Gracias por tu dedicación, esfuerzo y compromiso, por tu compañía en las largas horas de trabajo, por tu apoyo en los momentos de cansancio y por demostrar que la unión y el trabajo en equipo hacen posible alcanzar grandes metas. Este logro también es tuyo, y me siento agradecida de haberlo compartido contigo.

A mis amigos y todas aquellas personas que, de una u otra manera, contribuyeron a este logro, mi gratitud sincera. Cada gesto, palabra y compañía formaron parte esencial de este recorrido.

Este trabajo es el reflejo no solo de mi esfuerzo, sino también del amor, la fe y el respaldo de todos los que caminaron conmigo en esta etapa.

Br. Cinthia Alejandra Linares Morales

Primeramente agradecer a Dios por permitirme culminar esta etapa con la que tanto soñaba, por darme la fuerza y aprender a amar cada aprendizaje obtenido durante estos 6 años, por bendecirme y animarme en cada paso dado. Aunque físicamente me haya alejado de mi comunidad, en mi corazón siempre está y sé que ha estado a mi lado todos estos años.

Agradecer especialmente a Don Alejandro mi papá quien me ha apoyado económicamente en mis estudios hasta este momento, a la niña Angelita mi madrastra por darme ánimos, por sus consejos y por siempre impulsarme a culminar mis estudios y ser mejor con cada paso que daba, le agradezco por cuidarme y criarme desde mis 6 años de edad, a mi tía Inés por amarme, apoyarme, dándome ánimos para completar mis estudios, por tomar el rol de madre durante mis casi 28 años y los que me falten de compartir a su lado, a ellos tres por enseñarme que el esfuerzo y los sacrificios valen la pena por la recompensa al final del camino.

A mis dos mejores amigas, quienes me apoyaron, me cuidaron, me acompañaron a lo largo de estos años, cada una aportando con su amistad y acompañándome en cada paso dado, Alejandra Marroquín desde bachillerato y Dayana Palacios el inicio de nuestras carreras, complementándonos, a cada una decirles lo mucho que las amo y no me alcanzara la vida para agradecerles lo que me han dado.

A mis colegas y amigas más cercanas, agradecerles enormemente por apoyarnos cada año, por ayudarnos a mejorar cada día como persona y en lo profesional, le agradezco a Dios por ponerlas en mi camino, para amar y aprender durante este trayecto.

A mi compañera de tesis Cinthia Linares, a mi comadre de aventuras haciendo nuestro servicio social en muy muy lejano, gracias por aceptar realizar este viaje conmigo, apoyándonos mutuamente, el compromiso y la dedicación para realizar este trabajo, demostrando que aun siendo amigas podemos trabajar juntas sin problemas y complicaciones. A nuestro objetivo por fin podemos decir ¡LO LOGRAMOS!

Finalmente agradecer a mis amigas de infancia, quienes a pesar de la distancia se han preocupado por mí y sé que me mantienen en sus oraciones, que Dios les multiplique todo lo bueno que me han deseado, les bendiga en sus proyectos y en su vida siempre.

Br. Ana Luisa Lira Osegueda

## CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS.....	iv
RESUMEN EJECUTIVO .....	viii
INTRODUCCIÓN .....	ix
<b>CAPÍTULO I. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA .....</b>	<b>10</b>
<b>1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>11</b>
<b>1.3 OBJETIVOS.....</b>	<b>12</b>
<b>1.3.1. OBJETIVO GENERAL .....</b>	<b>12</b>
<b>1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....</b>	<b>12</b>
<b>1.4 JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>13</b>
<b>1.5 LIMITANTES DEL ESTUDIO .....</b>	<b>15</b>
<b>CAPÍTULO II. MARCO REFERENCIAL .....</b>	<b>16</b>
<b>2.1 CONCEPTOS BÁSICOS.....</b>	<b>16</b>
<b>2.2 MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>18</b>
<b>2.2.1 RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO DE BAJO RIESGO Y LA TRANSICIÓN DE LOS CUIDADOS HOSPITALARIOS A LOS CUIDADOS EN EL HOGAR.....</b>	<b>18</b>
<b>2.2.2 RIESGOS DEL PREMATURO RELACIONADOS A LOS CUIDADOS EN CASA.....</b>	<b>19</b>
<b>2.2.3 TEORÍAS O MODELOS QUE SUSTENTAN LOS CUIDADOS A LOS/AS RECIÉN NACIDOS/AS PRETÉRMINO.....</b>	<b>20</b>
<b>2.3 MARCO LEGAL.....</b>	<b>23</b>
<b>CAPÍTULO III. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....</b>	<b>25</b>
<b>3.1 VARIABLES E INDICADORES .....</b>	<b>25</b>
<b>CAPÍTULO IV. DISEÑO METODOLÓGICO .....</b>	<b>29</b>
<b>4.1. TIPO DE ESTUDIO .....</b>	<b>29</b>
<b>4.2. PROCEDIMIENTO PARA LA SELECCIÓN Y RECOPIACIÓN DOCUMENTAL.....</b>	<b>29</b>
<b>4.3 MÉTODOS Y TÉCNICAS PARA INTERPRETACIÓN.....</b>	<b>30</b>

<b>4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN .....</b>	<b>30</b>
<b>4.5 ELEMENTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>31</b>
<b>CAPÍTULO V. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>33</b>
<b>5.1 DIMENSIÓN “CUIDADOS DIARIOS DEL RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO DE BAJO RIESGO” .....</b>	<b>33</b>
<b>5.2 DIMENSIÓN “FACTORES INFLUYENTES EN EL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO DE BAJO RIESGO”. .....</b>	<b>71</b>
<b>5.3. DIMENSIÓN “ORIENTACIONES PRÁCTICAS PARA MADRES, PADRES Y FAMILIA”. .....</b>	<b>99</b>
<b>5.4. DIMENSIÓN “BENEFICIOS ASOCIADOS A LA APLICACIÓN ADECUADA DE LOS CUIDADOS ESENCIALES DEL RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO DE BAJO RIESGO”. ..</b>	<b>124</b>
<b>5.5. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....</b>	<b>150</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>152</b>
<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>154</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>156</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>170</b>
<b>ANEXO 1- PRESUPUESTO .....</b>	<b>170</b>
<b>ANEXO 2 - CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....</b>	<b>171</b>
<b>ANEXO 3 - MATRIZ DE ANÁLISIS.....</b>	<b>173</b>

## RESUMEN EJECUTIVO

La presente investigación aborda el cuidado domiciliario del recién nacido pretérmino, con énfasis en los cuidados esenciales, la prevención de infecciones y el fortalecimiento del vínculo afectivo. El objetivo principal es establecer recomendaciones para los cuidados del recién nacido pretérmino en el hogar, basadas en evidencia, considerando su impacto en la salud neonatal y las orientaciones esenciales para las madres, padres y las familias. La metodología principal fue la revisión de recomendaciones científicas y técnicas, así como reconocer los beneficios de una higiene adecuada en prematuros.

Se desarrolló un estudio de tipo documental, con alcance descriptivo y analítico, basado en la recopilación de información proveniente de literatura científica y técnica actualizada, incluyendo guías clínicas, artículos especializados y normativas de organismos internacionales. La técnica de recopilación fue la revisión sistemática de fuentes de datos académicos de fuentes oficiales, seleccionando documentos con evidencia relevante y confiable sobre el cuidado de neonatos prematuros. Posteriormente se sistematizó mediante matrices de análisis, permitiendo organizar los hallazgos en dimensiones relacionadas con prácticas de higiene, prevención de infecciones y participación familiar, el análisis comparativo de múltiples fuentes permitió obtener una visión integral y fundamentada.

Los resultados muestran que, puede existir disposición de las familias para aplicar cuidados adecuados, pero existen vacíos en la aplicación de medidas de higiene y prevención. Concluyendo que el fortalecimiento educativo, el acompañamiento profesional y la integración de estrategias efectivas son esenciales para garantizar un desarrollo saludable y reducir significativamente complicaciones en prematuros.

**Palabras clave:** Recién nacido prematuro, higiene, prevención de infecciones, cuidado del lactante, familia, lactancia materna, vínculo afectivo, bienestar del niño.

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación se desarrolló con el propósito de analizar los cuidados del recién nacido pretérmino de bajo riesgo en el hogar, considerando los factores que influyeron en su atención y la importancia del acompañamiento familiar para favorecer su bienestar integral. El documento se estructuró en cinco capítulos, los cuales permitieron abordar el problema de estudio de manera ordenada y sistemática.

En este contexto, los cuidados del recién nacido prematuro de bajo riesgo en el hogar representaron uno de los desafíos más complejos tanto para las familias como para el sistema de salud, debido a la vulnerabilidad propia de estos bebés. Nacidos antes de las 37 semanas de gestación, los prematuros presentan inmadurez en los sistemas inmunológico, respiratorio y termorregulador, lo que los expone a un mayor riesgo de infecciones y complicaciones. En este sentido, el manejo adecuado de los cuidados en el hogar constituyó un aspecto esencial para su supervivencia y desarrollo, requiriendo conocimientos específicos y apoyo continuo a las familias.

Esta investigación es de carácter documental se expuso el marco conceptual y contextual del estudio, en el cual se definieron los principales conceptos relacionados con la prematuridad, el cuidado neonatal y la importancia del entorno familiar en la continuidad del cuidado después del alta hospitalaria. Asimismo, se describió la magnitud del problema, sustentada en fuentes oficiales y evidencia científica.

Posteriormente, se presentó el marco metodológico, donde se detalló el tipo de investigación documental realizada, las técnicas utilizadas para la búsqueda, selección y análisis de la información, así como los criterios empleados para la revisión de fuentes científicas y técnicas.

Finalmente, se desarrollaron los cuidados esenciales del recién nacido pretérmino de bajo riesgo en el hogar, abordando aspectos fundamentales como la alimentación, el sueño, la higiene, la estimulación temprana y la prevención de infecciones, con énfasis en el rol de la familia como principal cuidadora. De igual manera, se profundizó en los signos de alerta en el crecimiento y desarrollo del prematuro, así como en la importancia del seguimiento médico oportuno y la detección temprana de posibles complicaciones, considerando la edad corregida como criterio de evaluación.

## **CAPÍTULO I. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA**

### **1.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la prematuridad, como los neonatos vivos que nacen antes de las 37 semanas a partir del primer día del último periodo menstrual.<sup>1</sup> Según datos del 2021 de la misma OMS, cada año nacen unos 15 millones de recién nacidos prematuros, es decir más de 10 nacimientos; y aproximadamente 1 millón de niños mueren cada año por las distintas complicaciones que existen al momento del parto. Aunque en un gran número de nacidos prematuros es difícil establecer un factor etiológico específico, para ello se han identificado una gran cantidad de factores que inciden en la prematuridad, pudiendo ser estas causas maternas fetales.

Los cuidados del recién nacido pretérmino de bajo riesgo son fundamentales debido a la vulnerabilidad particular de estos bebés. Los recién nacidos prematuros se ven afectados significativamente por el desarrollo inmaduro de varios sistemas y órganos, particularmente la piel, los pulmones, el sistema inmunológico y el sistema digestivo. Estos bebés tienen una piel más delgada y sensible, con una barrera cutánea inmadura que los expone a un mayor riesgo de infecciones y enfermedades. Además, su sistema inmunológico no está completamente desarrollado, lo que los hace propensos a contraer infecciones, incluso aquellas que serían leves para un recién nacido a término.

En El Salvador, los nacimientos pretérminos representan un desafío importante para el sistema de salud y para las familias. Los recién nacidos pretérmino son particularmente vulnerables, condición que implica requerir de cuidados especiales tanto en el hospital como en el hogar.<sup>2</sup>

Según datos del Ministerio de Salud, la tasa nacional de nacimientos prematuros en El Salvador es de aproximadamente 7.92%, lo que significa que cerca de 8 de cada 100 bebés nacen antes de las 37 semanas de gestación.<sup>3</sup>

La tasa de mortalidad neonatal ha disminuido de 5.67 por cada 1,000 nacidos vivos en 2021 a 4.9 en 2024, posicionando a El Salvador como líder en la reducción de mortalidad neonatal en Centroamérica.<sup>4</sup>

Entre 2020 y 2021, se registró una disminución del 8.6% en los partos prematuros, atribuida a estrategias gubernamentales como la Política Nacional de Primera Infancia y la Ley Nacer con Cariño.<sup>5</sup>

Los departamentos con mayor incidencia de nacimientos prematuros, superando la tasa nacional, son: San Vicente: 10%, Ahuachapán: 8.65%, Morazán: 8.65%, La Libertad: 8.46%. Estos datos indican que ciertas regiones presentan desafíos particulares en cuanto a la atención prenatal y factores de riesgo asociados.<sup>3</sup>

Aunque en los hospitales nacionales se proporciona atención especializada durante la estancia en unidades neonatales, al momento del alta muchas familias no están completamente preparadas para continuar estos cuidados en casa. La situación se agrava por factores sociales y estructurales como:

- Limitado acceso a información médica clara y culturalmente adaptada.
- Condiciones socioeconómicas precarias que dificultan la compra de insumos básicos como fórmulas de leche especiales, equipo para el control de temperatura, artículos básicos de higiene, entre otros.
  - Falta de seguimiento médico sistemático, especialmente en zonas rurales donde el acceso a servicios de salud es más limitado.
  - Escasa formación de los cuidadores principales, que muchas veces dependen de consejos empíricos o de redes informales de apoyo.
  - Impacto emocional en los padres, quienes experimentan ansiedad, miedo e inseguridad ante la posibilidad de que el bebé sufra complicaciones o incluso fallezca y no tener conocimientos sobre cómo actuar de forma correcta.

Todo esto contribuye a un aumento del riesgo de reingresos hospitalarios, retraso en el desarrollo infantil, problemas de nutrición y posibles secuelas neurológicas, afectando tanto al bebé como a su entorno familiar.<sup>6</sup>

## **1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son los cuidados del recién nacido/a pretérmino de bajo riesgo en el hogar: fundamentación y recomendaciones para madres, padres y familias. El salvador, 2025?

## **1.3 OBJETIVOS**

### **1.3.1. OBJETIVO GENERAL**

Orientar los cuidados del recién nacido/a pretérmino de bajo riesgo en el hogar: fundamentación y recomendaciones para madres, padres y familias. El Salvador, 2025.

### **1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar las recomendaciones sobre los cuidados diarios del recién nacido pretérmino de bajo riesgo relacionados a la higiene, alimentación, estimulación y signos de alarma.
- Analizar los factores individuales, familiares, socioculturales y del entorno descritos en la literatura científica que influyen en el cuidado del recién nacido pretérmino de bajo riesgo en el hogar.
- Examinar las recomendaciones disponibles en fuentes científicas y técnicas dirigidas a madres, padres y familias sobre el cuidado del recién nacido pretérmino de bajo riesgo, específicamente en relación con la alimentación, el sueño, la higiene y la estimulación.
- Valorar los beneficios asociados a la aplicación adecuada de los cuidados esenciales del recién nacido pretérmino de bajo riesgo en la prevención de complicaciones, el fortalecimiento del vínculo afectivo y el bienestar integral del neonato.

## 1.4 JUSTIFICACIÓN

En este informe final de la investigación documental sobre el cuidado del recién nacido prematuro de bajo riesgo en el hogar, respondiendo a la necesidad de información y orientación que enfrentan muchas familias al recibir a un bebé prematuro, ya que al nacer antes de las 37 semanas de gestación, el bebé prematuro presenta múltiples desafíos de salud debido a la inmadurez de sus órganos y sistemas, lo que hace crucial que los padres y cuidadores comprendan y apliquen prácticas de cuidado adecuadas en el hogar para reducir riesgos y promover su desarrollo saludable.

Uno de los beneficios es la reducción del riesgo de complicaciones e infecciones, al proporcionar información clara sobre los cuidados adecuados en el hogar. De igual forma la promoción del desarrollo saludable, aborda estrategias para el desarrollo emocional, físico y cognitivo, ayudando a que el bebé crezca en un ambiente seguro que favorezca su bienestar a largo plazo. Y la disminución de costos de salud, con prácticas adecuadas, que previenen la necesidad de visitas de emergencia o reingresos hospitalarios, beneficiando no solo a la familia sino también a la sostenibilidad del sistema de salud.

En El Salvador, los nacimientos pretérmino representan una problemática significativa en salud pública debido a su alta incidencia y las múltiples complicaciones asociadas que pueden prolongarse más allá del entorno hospitalario. Según datos del Ministerio de Salud (MINSAL), en el año 2022<sup>7</sup>, aproximadamente el 9% de los nacimientos registrados fueron pretérmino, lo que equivale a más de 6,000 casos anuales a nivel nacional. Esta cifra se encuentra por encima del promedio regional, lo que evidencia la necesidad urgente de fortalecer las estrategias de atención y seguimiento a esta población vulnerable.<sup>7</sup>

El alta médica de un recién nacido pretérmino no implica necesariamente la resolución de su condición; por el contrario, en muchos casos es el inicio de una etapa crítica donde los cuidados en el hogar son determinantes para su recuperación, crecimiento y desarrollo integral. Sin embargo, en El Salvador, no existe suficiente sistematización de información accesible y práctica dirigida a los padres y cuidadores sobre cómo manejar adecuadamente esta transición desde el hospital al hogar, especialmente en contextos rurales o de bajos recursos.<sup>8</sup>

La falta de orientación y acompañamiento posterior al egreso hospitalario puede derivar en reingresos frecuentes, infecciones, retraso en el desarrollo y mortalidad neonatal evitable <sup>10</sup>, lo que impacta negativamente tanto en la salud del bebé como en el bienestar emocional y económico de la familia. En este sentido, la realización de una investigación documental resulta viable y necesaria, ya que permitirá recopilar, analizar y organizar información relevante y confiable proveniente de fuentes nacionales e internacionales, generando así un recurso útil para profesionales de la salud, estudiantes, instituciones y familias.<sup>11</sup>

Además, esta investigación documental busca contribuir al fortalecimiento del conocimiento sobre cuidados en el hogar para recién nacidos/as pretérmino en el contexto salvadoreño, aportando recomendaciones claras y adaptadas que pueden ser utilizadas para la elaboración de material educativo, programas de orientación familiar y guías clínicas locales.

Por tanto, una investigación de este tipo no requiere de recursos económicos elevados, ya que se basa en la revisión y análisis crítico de literatura existente. Esto la hace especialmente adecuada en contextos académicos o institucionales con recursos limitados, sin sacrificar el impacto potencial de sus hallazgos. Al enfocarse en fuentes secundarias, también se evitan los riesgos éticos y logísticos relacionados con la investigación directa en neonatos y sus familias.

## 1.5 LIMITANTES DEL ESTUDIO

- Aunque la producción científica salvadoreña sobre cuidados del recién nacido pretérmino de bajo riesgo en el hogar es limitada, la incorporación de estudios y guías de países con contextos socioeconómicos y culturales similares amplía el marco de referencia, evitando que la escasez de literatura local restrinja la calidad de las recomendaciones.

- La falta de sistematización de vivencias en el hogar posteriores al alta hospitalaria constituye una limitación parcial; sin embargo, esta se contrarresta mediante el análisis de investigaciones cualitativas y testimonios documentados en otros países de la región o con realidades comparables, lo cual permite construir orientaciones prácticas y culturalmente adaptables.

- Variabilidad socioeconómica y cultural, las recomendaciones generales pueden no ser aplicables a todas las familias, especialmente aquellas que viven en condiciones de pobreza extrema, zonas rurales o con acceso limitado a servicios de salud. La diversidad de contextos hace difícil proponer soluciones universales.

- Escasa información sobre seguimiento posterior al alta hospitalaria, existe poca transparencia y seguimiento estructurado por parte del sistema de salud en cuanto al estado de salud y desarrollo de los recién nacidos pretérmino una vez que regresan a sus hogares, lo cual limita la evaluación de la efectividad de los cuidados domiciliarios.

- Impacto en la transmisión del conocimiento de forma adecuada, ya que algunas familias o comunidades rurales pueden no comprender totalmente las indicaciones médicas, ya que son dadas en lenguaje técnico, lo que representa una limitación para la implementación efectiva de los cuidados recomendados.

## CAPÍTULO II. MARCO REFERENCIAL

### 2.1 CONCEPTOS BÁSICOS

**Ambiente controlado:** Creación de un entorno seguro, limpio y libre de humo, con temperatura y humedad adecuadas, para favorecer la recuperación y el crecimiento del recién nacido.<sup>12</sup>

**Aseo de genitales:** Se refiere a las prácticas de higiene relacionadas con los órganos reproductivos y su entorno. Mantener esta zona limpia ayuda a reducir el riesgo de infecciones y a mantener la salud de la piel.<sup>13</sup>

**Asepsia:** Prácticas para prevenir infecciones mediante la limpieza y la desinfección de superficies y objetos.<sup>14</sup>

**Baño de esponja:** Es cuando se baña al recién nacido/a sin ponerlo en la tina si no con un paño limpio o gasa estéril se realiza la limpieza de cada parte del bebé.<sup>15</sup>

**Baños de sol:** Exposición controlada en el bebé a la luz solar directa, preferiblemente durante las primeras horas de la mañana. Esta práctica implica permitir que los rayos solares inciden en su delicada piel, lo que desencadena la síntesis de vitamina D en su organismo.<sup>16</sup>

**Cólico del lactante:** Es un síndrome conductual propio de los bebés con edades comprendidas entre 1 y 4 meses, caracterizado por períodos prolongados de llanto y malestar difíciles de calmar, que se desencadenan sin causa aparente.<sup>17</sup>

**Cuidado del cordón umbilical:** Limpieza y mantenimiento del cordón hasta que se seca y cae, generalmente entre 7 y 14 días después del nacimiento.<sup>18</sup>

**Conjuntivitis neonatal:** Es el enrojecimiento de los ojos de los recién nacidos/as causado por una infección debido a una irritación o la obstrucción de un conducto lagrimal.<sup>19</sup>

**Dermatitis del pañal:** Es un sarpullido en la piel que muestra zonas inflamadas en los glúteos, los muslos y los genitales. Puede deberse a que los pañales mojados o sucios no se cambiaron con suficiente frecuencia, pero también debido a la sensibilidad y fricción de la piel.<sup>20</sup>

**Estimulación Neurosensorial:** Se refiere a la entrada de información que rodea al sistema nervioso, mediante los sentidos para crear percepciones y sensaciones. Por ello, gracias a los sentidos, y la exploración por medio de los movimientos (experimentación y acción), se forma un proceso de acomodación y asimilación de la información.<sup>21</sup>

**Higiene neonatal:** Es la actividad en la que se proporcionan los cuidados higiénicos a cada parte del cuerpo del recién nacido/a y que dan bienestar, descanso y confort al recién nacido/a.<sup>22</sup>

**Higiene de manos:** La higiene y limpieza de las manos dignifican y son una señal de respeto a las personas que buscan atención de salud y facilitan el trabajo de quien la entrega. Prevenir una infección y su propagación puede tener enormes beneficios para reducir el sufrimiento humano y la pérdida de vidas.<sup>23</sup>

**Hipotermia:** Es una temperatura corporal peligrosamente baja, por debajo de 95°F (35°C).<sup>24</sup>

**Ictericia:** Es la coloración amarillenta de la piel y las mucosas debido al aumento de la concentración de la bilirrubina en la sangre.<sup>25</sup>

**Infecciones cutáneas de la piel:** son afecciones cutáneas generadas por diferentes tipos de microorganismos, desencadenando una respuesta local que daña células y microorganismos presentes en la piel.<sup>26</sup>

**Infecciones gastrointestinales:** Son enfermedades que atacan el estómago y los intestinos, generalmente son ocasionadas por bacterias, parásitos, virus y algunos alimentos, como leche y grasas.<sup>27</sup>

**Lavado de manos:** El lavado de manos es una práctica de higiene fundamental para prevenir la propagación de enfermedades, incluyendo infecciones respiratorias y enfermedades gastrointestinales.<sup>28</sup>

**Llanto inconsolable:** Si el llanto es ocasionado por aburrimiento o por soledad, se recomienda acariciar, cargar y hablarle más al bebé y mantenerlo a la vista. Los juguetes que no ofrecen ningún tipo de peligro al bebé se deben mantener en un lugar donde los pueda ver. Si el problema es causado por una alteración del sueño, arrope firmemente en una frazada antes de llevarlo a la cama.<sup>29</sup>

**Moniliasis oral:** Ocurre cuando hay una proliferación excesiva de un hongo levaduriforme llamado *Candida Albicans* en la boca de un bebé debido a la mala higiene de la cavidad oral.<sup>30</sup>

**Nacimiento pretérmino:** Se considera prematuro un bebé nacido vivo antes de que se hayan completado 37 semanas de embarazo.<sup>31</sup>

**Patrones de sueño:** Se recomienda seguir los mismos pasos cada vez que ponga a su bebé a dormir para ayudarlo a aprender una rutina personal para ir a dormir.<sup>32</sup>

**Prevención de procesos infecciosos:** Lávese siempre las manos antes de tocar al bebé, evitar totalmente la exposición del bebé al humo del tabaco, evitar lugares cerrados y aglomeraciones, evite el contacto físico del bebé con otros niños y adultos resfriados o con fiebre.<sup>33</sup>

**Termorregulación:** Proceso de mantener la temperatura corporal del recién nacido dentro de un rango adecuado. Los pretérminos tienen dificultad para regular su temperatura debido a la falta de grasa subcutánea.<sup>34</sup>

## **2.2 MARCO TEÓRICO**

### **2.2.1 RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO DE BAJO RIESGO Y LA TRANSICIÓN DE LOS CUIDADOS HOSPITALARIOS A LOS CUIDADOS EN EL HOGAR.**

El recién nacido pretérmino de bajo riesgo requiere cuidados especializados debido a su inmadurez fisiológica y mayor vulnerabilidad frente a complicaciones. Durante la hospitalización, estos bebés suelen requerir ingreso a unidades de cuidado neonatal, donde reciben soporte médico y tecnológico. Sin embargo, el alta hospitalaria y la transición hacia el hogar representan un proceso crítico tanto para el recién nacido como para la familia, ya que se pasa de un ambiente controlado a un entorno donde los padres asumen el rol principal de cuidadores<sup>35</sup>.

En este proceso, resulta esencial preparar a los padres a través de la educación en aspectos clave como la alimentación, el cuidado del cordón umbilical, el control de la temperatura y la identificación de signos de alarma. La transición al hogar constituye una etapa crítica, pues exige capacitar a la familia para asumir los cuidados básicos del recién nacido: lactancia materna, control del peso, estimulación temprana, higiene, administración de medicamentos cuando sea necesario y cumplimiento del seguimiento médico<sup>36</sup>.

La formación de los cuidadores, acompañada del apoyo continuo del personal de salud, es determinante para garantizar la seguridad del niño, promover su desarrollo integral y disminuir el riesgo de reingresos hospitalarios <sup>36</sup>.

### **2.2.2 RIESGOS DEL PREMATURO RELACIONADOS A LOS CUIDADOS EN CASA**

En el ámbito sanitario, los prematuros son especialmente vulnerables debido a su inmadurez fisiológica. Una higiene inadecuada en el hogar facilita la aparición de infecciones respiratorias y gastrointestinales, que pueden complicarse rápidamente. Otro riesgo frecuente es la alimentación incorrecta, ya sea por abandono de la lactancia materna exclusiva, preparación inadecuada de fórmulas o introducción temprana de alimentos, lo que compromete el crecimiento y el desarrollo del niño.

La falta de seguimiento clínico periódico impide detectar de manera oportuna complicaciones como bajo peso, anemias o problemas respiratorios. Además, la administración inadecuada de medicamentos o suplementos por desconocimiento, automedicación o mal cumplimiento incrementa los riesgos para la salud del prematuro. Estos factores sanitarios pueden derivar en hospitalizaciones recurrentes, mayor morbimortalidad y retrasos en el desarrollo. <sup>37</sup>

En el aspecto social, el recién nacido/a pretérmino requiere un cuidado especializado en el hogar, lo cual representa un reto para las familias. La falta de experiencia de los cuidadores, especialmente en padres primerizos, aumenta la posibilidad de errores en aspectos básicos como la alimentación, la higiene o la identificación de signos de alarma. A esto se suma la sobrecarga emocional y física, que suele manifestarse en ansiedad, estrés o depresión, afectando la calidad del cuidado brindado. <sup>38</sup>

Asimismo, influyen las limitaciones educativas de los cuidadores, que pueden dificultar la comprensión de las indicaciones médicas. Un factor adicional es la desigualdad de género en la distribución de los roles familiares, que en muchos casos concentra toda la responsabilidad en la madre, generando agotamiento y mayor probabilidad de descuidos involuntarios. Estos riesgos sociales impactan de manera directa en la seguridad y bienestar del recién nacido pretérmino.

El entorno donde vive la familia también condiciona el bienestar del prematuro. En muchos casos, las condiciones de vivienda precarias, hacinamiento, falta de ventilación, humedad, exposición a contaminantes ambientales o contacto con animales domésticos aumentan el riesgo de infecciones.

Por otro lado, el acceso limitado a servicios de salud debido a la distancia geográfica, falta de transporte, costos o insuficiencia de personal capacitado, restringe la continuidad del cuidado. A ello se agregan las prácticas culturales de riesgo, como la suspensión de controles médicos o el uso de remedios caseros inapropiados.<sup>39</sup>

Finalmente, la escasa red de apoyo comunitario (ausencia de familiares, vecinos, promotores de salud o grupos de acompañamiento domiciliario) deja a los padres o cuidadores en aislamiento, lo que incrementa la carga emocional y reduce la capacidad de respuesta ante emergencias. Todo esto eleva la vulnerabilidad del prematuro en su entorno inmediato.<sup>40</sup>

### **2.2.3 TEORÍAS O MODELOS QUE SUSTENTAN LOS CUIDADOS A LOS/AS RECIÉN NACIDOS/AS PRETÉRMINO**

#### **2.2.3.1 Teoría Ecológica del Desarrollo Humano Aplicada al Cuidado del Neonato Pretérmino**

De Bronfenbrenner, sostiene que el desarrollo de un individuo está influido por múltiples sistemas interrelacionados, desde el entorno más cercano hasta el contexto sociocultural amplio. En el cuidado del recién nacido pretérmino de bajo riesgo, esta perspectiva permite comprender cómo la familia, la comunidad y la cultura afectan la salud, la seguridad y el desarrollo del neonato.

En el microsistema, la familia constituye el entorno inmediato. La preparación de los padres, la distribución equitativa de roles y el apoyo emocional son determinantes para garantizar cuidados adecuados, incluyendo alimentación, higiene, estimulación temprana y vigilancia de signos de alarma<sup>41</sup>.

En el mesosistema y exosistema, los vínculos de la familia con la comunidad y los servicios de salud influyen directamente en el bienestar del neonato. La disponibilidad de centros de salud,

redes de apoyo, educación comunitaria y seguimiento domiciliario favorece la continuidad de la atención y reduce riesgos sanitarios y sociales <sup>42</sup>.

Finalmente, el macrosistema comprende el contexto sociocultural más amplio, incluyendo normas, valores, políticas públicas y creencias culturales. Las prácticas culturales sobre lactancia, cuidado infantil, uso de remedios caseros y desigualdades socioeconómicas pueden impactar la seguridad y el desarrollo del recién nacido. La comprensión de este contexto permite adaptar las intervenciones para garantizar cuidados efectivos en el hogar <sup>43</sup>.

### **2.2.3.2 Modelo de Determinantes Sociales de la Salud**

Destaca que la salud de los individuos está influenciada por las condiciones sociales, económicas y culturales en las que nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen., la Teoría Sociocultural, propuesta por Lev Vygotsky, enfatiza que el desarrollo humano es un proceso social y cultural, mediado por el lenguaje y las interacciones sociales. Esta perspectiva es fundamental para comprender cómo los cuidadores aprenden y aplican prácticas de cuidado en el hogar, como la higiene, la alimentación y la identificación de señales de alarma en neonatos, especialmente en contextos de prematuridad.<sup>44</sup>

En el ámbito familiar, los cuidadores aprenden prácticas de cuidado a través de la transmisión cultural, la observación y la imitación de miembros más experimentados. Esta enseñanza incluye técnicas de higiene, alimentación adecuada, control de signos de alarma y estimulación temprana del neonato. La experiencia y los valores culturales de la familia permiten que estas prácticas se adapten al contexto específico del hogar, fortaleciendo el cuidado diario del niño.

### **2.2.3.3 Teoría Sociocultural**

Lev Vygotsky establece que, el aprendizaje se produce a través de la interacción social y la mediación cultural, en este sentido en el cuidado del neonato, los cuidadores adquieren conocimientos sobre higiene, alimentación, identificación de señales de alarma y estimulación temprana mediante la transmisión cultural de familiares con experiencia, la orientación de profesionales de la salud y la experiencia directa en el hogar. Esta combinación de aprendizajes

formales e informales permite que las prácticas de cuidado se adapten al contexto sociocultural y a los recursos disponibles, promoviendo el bienestar y desarrollo integral del recién nacido.<sup>45</sup>

#### **2.2.3.4 Teoría de la acción razonada y del comportamiento planificado**

Fishbein y Ajzen, sostienen que el comportamiento humano voluntario está determinado principalmente por la intención conductual, la cual se forma a partir de dos factores: la actitud hacia la conducta y la norma subjetiva <sup>46</sup>. En el contexto de los cuidados domiciliarios de recién nacidos/as pretérmino, esta teoría permite comprender cómo las creencias de los cuidadores sobre los beneficios o riesgos de ciertas prácticas (como el contacto piel a piel, la lactancia materna exclusiva o el monitoreo de signos de alarma) influyen en su disposición a llevarlas a cabo. Por ejemplo, si una madre cree que el baño diario puede debilitar al bebé, su actitud negativa hacia esa práctica puede reducir la probabilidad de que la realice, independientemente de las recomendaciones médicas.

La teoría del comportamiento planificado amplía este modelo al incluir el componente de control conductual percibido, es decir, la percepción que tiene el individuo sobre su capacidad para ejecutar una conducta específica <sup>47</sup>. En el caso de los cuidados de un recién nacido pretérmino de bajo riesgo, este elemento es crucial: muchas familias enfrentan barreras como la falta de recursos, el miedo a cometer errores, o la ausencia de apoyo profesional. Si bien pueden tener una actitud positiva hacia prácticas recomendadas y sentir presión social para realizarlas (por ejemplo, por parte de profesionales de salud o familiares), si perciben que no tienen el conocimiento, el tiempo o los medios para hacerlo, la intención conductual puede no traducirse en acción.

Ambas teorías ofrecen un marco valioso para diseñar intervenciones educativas y estrategias de acompañamiento que no solo informen sobre prácticas adecuadas, sino que también fortalezcan las actitudes positivas, las normas sociales de apoyo y la percepción de autoeficacia. En este sentido, los programas de seguimiento domiciliario, las visitas domiciliarias y los materiales educativos adaptados culturalmente pueden ser herramientas clave para transformar intenciones en comportamientos efectivos, mejorando así la calidad del cuidado y el pronóstico de los recién nacidos/as pretérmino en el hogar.

## **2.3 MARCO LEGAL**

### **2.3.1 Constitución de la República de El Salvador:**

El artículo 35 establece que “todo niño o niña tiene derecho a crecer en el seno de una familia y a recibir protección especial del Estado.” Este principio fundamenta la responsabilidad del Estado en asegurar condiciones adecuadas para el cuidado infantil, particularmente en casos de vulnerabilidad como el nacimiento pretérmino.

### **2.3.2 Normas Nacionales de Atención Materno Neonatal (MINSAL, 2018):**

Estas normas indican los procedimientos clínicos y comunitarios para la atención integral del recién nacido, incluyendo recomendaciones específicas para el seguimiento de bebés pretérmino. Se enfatiza el papel de la familia en la continuidad de los cuidados en el hogar, así como la coordinación con el personal de salud comunitario para visitas domiciliarias y controles posteriores.

### **2.3.3 Plan Nacional de Salud Reproductiva, Materna, Neonatal, Infantil y Adolescente (2021-2030):**

Este plan promueve una atención centrada en la familia y prioriza la prevención de la mortalidad neonatal, especialmente en recién nacidos vulnerables. Se resalta la necesidad de educar a los padres sobre signos de alarma, lactancia materna, estimulación temprana y control del crecimiento.

### **2.3.4 Ley Nacer con Cariño (Decreto Legislativo N.º 230, 2021):**

Esta ley establece las bases para una atención digna, respetuosa y centrada en la persona durante el embarazo, parto, puerperio y la atención del recién nacido. En su artículo 5, se promueve el trato humanizado y el acompañamiento continuo, incluyendo la educación a las familias para el cuidado posterior al alta. Para los bebés pretérmino, la ley garantiza el acceso a servicios de seguimiento y apoyo integral, incluyendo visitas domiciliarias y orientación sobre lactancia materna, vinculación afectiva y desarrollo temprano.

### **2.3.5 Reglamento de la Ley Nacer con Cariño Emitido por el Presidente de la República mediante el Decreto N.º 3, (publicado en el Diario Oficial el 3 de mayo de 2022):**

Este reglamento desarrolla las disposiciones de la ley, detallando los procedimientos y responsabilidades para su implementación efectiva en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Define el modelo de atención, las áreas materno neonatales, la estructura organizativa, la atención durante el embarazo, parto y puerperio, y establece mecanismos de coordinación y sanciones para garantizar el cumplimiento de la ley.

### **2.3.6 Ley Nacer con Cariño Decreto Legislativo N.º 123 Diario Oficial N.º 159, Tomo N.º 432, del 23 de agosto de 2021:**

Esta ley establece un modelo de atención perinatal centrado en la dignidad, el respeto y el acompañamiento familiar durante el embarazo, el parto y el puerperio. Su objetivo es garantizar una experiencia de nacimiento especial y respetuosa para la madre, el bebé y su familia, promoviendo prácticas basadas en evidencia científica y derechos humanos.

En el caso de los bebés pretérmino, la ley exige que los cuidados, tanto en el ámbito hospitalario como en el hogar, se realicen con sensibilidad, calidez y acompañamiento familiar, promoviendo prácticas como el contacto piel a piel, la lactancia materna exclusiva, el seguimiento clínico oportuno y el fortalecimiento del vínculo afectivo. Asimismo, la ley establece la corresponsabilidad del Estado en garantizar el acceso a información, orientación y apoyo técnico para las familias, reconociendo que el entorno emocional y cultural influye directamente en el bienestar y desarrollo integral del recién nacido. Este marco legal proporciona las bases para diseñar estrategias educativas, comunitarias y clínicas que aseguren cuidados técnicamente adecuados y emocionalmente significativos para los recién nacidos pretérmino en El Salvador.

## CAPÍTULO III. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

### 3.1 VARIABLES E INDICADORES

<p><b>VARIABLE:</b></p> <p>Recomendaciones sobre los cuidados de recién nacidos/as pretérmino de bajo riesgo en el hogar.</p>		
<p style="text-align: center;"><b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL:</b></p> <p>Se entienden como el conjunto de conocimientos y prácticas basadas en evidencia que las madres, padres y familias aplican durante la etapa de lactante menor corregida para garantizar la supervivencia, el bienestar integral y el desarrollo saludable de los recién nacidos pretérmino. Estos cuidados incluyen aspectos esenciales como la alimentación, higiene, sueño, estimulación temprana, monitoreo de signos de alarma y contacto piel con piel, considerando tanto la vulnerabilidad biológica del neonato como los factores individuales, familiares, socioculturales y del entorno que influyen en su aplicación.</p> <p style="text-align: center;"><b>DEFINICIÓN OPERACIONAL:</b></p> <p>Entiéndase como aquellas prácticas de alimentación, higiene, sueño y estimulación que se deben llevar a cabo en el hogar por los padres y/o familia que cuide del recién nacido prematuro, los cuales deben realizarse de forma continua y estricta, ya que los prematuros tienen sistemas como el inmunológico, pulmonar, digestivo y piel que son vulnerables.</p>		
<p><b>Objetivo específico 1:</b></p> <p>Identificar las recomendaciones sobre los cuidados diarios del recién nacido pretérmino de bajo riesgo relacionados a la higiene, alimentación, estimulación y signos de alarma.</p>		
DIMENSIÓN	SUBDIMENSIÓN	INDICADORES
<b>1. Cuidados diarios del recién nacido pretérmino.</b>	<b>1.1 Alimentación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Actividades para alimentar a prematuros.</li> <li>● Proporcionar lactancia materna prioritaria.</li> <li>● Uso adecuado de fórmulas especiales.</li> <li>● Monitoreo de peso y crecimiento.</li> </ul>

	<b>1.2 Higiene, vestimenta y sueño</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Baño del neonato.</li> <li>● Limpieza del muñón umbilical.</li> <li>● Aseo de genitales y cambio de pañal.</li> <li>● Hidratación y cuidado de la piel.</li> <li>● Horas de sueño y posición adecuada.</li> </ul>
	<b>1.3 Estimulación temprana y contacto piel con piel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Masajes suaves.</li> <li>● Estimulación sensorial (luz, sonidos, texturas).</li> <li>● Actividades que promueven el neurodesarrollo.</li> </ul>
	<b>1.4 Signos de alarma</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Determinación y seguimiento al llanto inconsolable</li> <li>● Detección de ictericia.</li> <li>● Reconocimiento de infecciones.</li> <li>● Detección y seguimiento de hipotermia.</li> <li>● Problemas neurológicos y cognitivos</li> </ul>
<p><b>Objetivo específico 2:</b></p> <p>Analizar los factores individuales, familiares, socioculturales y del entorno descritos en la literatura científica que influyen en el cuidado del recién nacido pretérmino de bajo riesgo en el hogar.</p>		
<b>2. Factores influyentes en el cuidado del recién nacido pretérmino de bajo riesgo</b>	<b>2.1 Factores individuales y familiares</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Nivel educativo de madres, padres y familiares.</li> <li>● Conocimientos sobre cuidados.</li> <li>● Experiencias previas con neonatos.</li> </ul>
	<b>2.2 Factores socioculturales (etnoprácticas)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Creencias o prácticas culturales de riesgo.</li> <li>● Prácticas positivas que favorecen el cuidado.</li> </ul>

	<b>2.3 Factores socioeconómicos y del entorno</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ingresos familiares.</li> <li>● Acceso a servicios de salud.</li> <li>● Condiciones del hogar (vivienda, saneamiento).</li> </ul>
	<b>2.4 Atención integral y seguimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Evaluación al egreso hospitalario.</li> <li>● Controles pediátricos regulares.</li> <li>● Apoyo multidisciplinario.</li> <li>● Educación a madres, padres y familiares.</li> </ul>
<b>Objetivo específico 3:</b>		
Examinar las recomendaciones disponibles en fuentes científicas y técnicas dirigidas a madres, padres y familias sobre el cuidado del recién nacido pretérmino de bajo riesgo, específicamente en relación con la alimentación, el sueño, la higiene y la estimulación		
<b>3. Orientaciones prácticas para madres, padres y familia</b>	<b>3.1 Higiene del entorno y del cuidador</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Lavado de manos antes de manipular al bebé.</li> <li>● Limpieza y desinfección del entorno.</li> <li>● Uso seguro de productos de limpieza.</li> </ul>
	<b>3.2 Prácticas seguras en el hogar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Supervisión constante del bebé.</li> <li>● Preparación adecuada de materiales para el baño.</li> <li>● Medidas preventivas ante complicaciones.</li> </ul>
	<b>3.3 Consecuencias de cuidados inadecuados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Riesgos de infecciones cutáneas</li> <li>● Riesgo de infecciones umbilicales.</li> <li>● Dermatitis del pañal.</li> <li>● Transmisión de virus o bacterias.</li> </ul>
<b>Objetivo específico 4:</b>		
Reconocer los beneficios asociados a la aplicación adecuada de los cuidados esenciales del recién nacido pretérmino de bajo riesgo en la prevención de complicaciones, el fortalecimiento del vínculo afectivo y el bienestar integral del neonato.		

<b>4. Beneficios asociados a la aplicación adecuada de los cuidados esenciales del recién nacido pretérmino de bajo riesgo</b>	<b>4.1 Para el recién nacido/a</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Prevención de complicaciones.</li> <li>● Bienestar físico, emocional y psicológico.</li> <li>● Desarrollo sensorial y motor favorecido.</li> <li>● Fortalecimiento del vínculo afectivo mediante contacto piel con piel.</li> </ul>
	<b>4.2 Para la madre, padre y familia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Incremento de la confianza y seguridad en el cuidado.</li> <li>● Mejor comunicación y organización familiar.</li> <li>● Disminución de ansiedad y estrés.</li> <li>● Adherencia a controles y recomendaciones médicas.</li> </ul>

## CAPÍTULO IV. DISEÑO METODOLÓGICO

### 4.1. TIPO DE ESTUDIO

- **Enfoque:** El estudio desarrollado fue de tipo documental, con enfoque cualitativo, ya que se basó en la recopilación, análisis e interpretación de información proveniente de fuentes bibliográficas. Este tipo de investigación permite explorar, describir y comprender fenómenos sociales, sanitarios o educativos a partir del estudio sistemático de leyes, normas, guías clínicas, literatura científica, informes institucionales y otras fuentes confiables relacionadas los cuidados del recién nacido pretérmino de bajo riesgo, que se consolidaron en los indicadores de estudio.

- **Diseño:** Se pretendió comprender, interpretar y contextualizar la información recabada a partir de documentos científicos y académicos. Se consideró la perspectiva crítica, que reconoce las dimensiones ideológicas y contextuales del conocimiento. ya que no se manipulan variables y el análisis se realizó sobre datos ya existentes, que implica el análisis sistemático de fuentes secundarias, como artículos científicos, tesis, documentos técnicos, políticas públicas y guías clínicas.

- **Alcance:** El estudio fue de tipo descriptivo y tiene un enfoque cualitativo documental, por lo que no se generarán nuevos datos empíricos, sino que se interpretarán y organizarán los datos existentes con el propósito de orientar futuras intervenciones, programas educativos y políticas públicas en salud.

- **Temporalidad:** La investigación fue de tipo retrospectivo, ya que se basó en el análisis de información previamente publicada en fuentes científicas y normativas relacionadas con el cuidado del recién nacido pretérmino de bajo riesgo en el hogar

### 4.2. PROCEDIMIENTO PARA LA SELECCIÓN Y RECOPIACIÓN

#### DOCUMENTAL

La técnica principal fue la búsqueda de información, revisión documental y selección crítica de fuentes, centrada en fuentes secundarias.

Los instrumentos utilizados fueron matrices temáticas, mediante las cuales se sistematizó la información extraída de libros, artículos científicos, tesis, informes técnicos, documentos

oficiales de organismos internacionales (como OMS, OPS, UNICEF), guías clínicas y bases de datos académicas como PubMed, Scielo y Redalyc.

#### 4.3 MÉTODOS Y TÉCNICAS PARA INTERPRETACIÓN

**Método:** Se utilizó el método analítico, ya que se recolectó información de diferentes fuentes bibliográficas las cuales se analizaron para obtener datos importantes sobre los cuidados del recién nacido.

**Técnicas:** Se hizo una matriz de análisis documental, con el objetivo de obtener datos clave como tipos de cuidado, área de desarrollo abordado, con fundamento y aplicabilidad en el contexto salvadoreño (Ver Anexo 2)

La recopilación de información se basó en dos tipos de fuentes consultadas. Según las fuentes de información utilizadas son secundarias ya que estas nos proporcionan datos de primera mano, como los documentos originales escritos por los propios autores, por ejemplo: libros, artículos de publicaciones periódicas, tesis, documentos oficiales, conferencias o seminarios, foros, páginas en Internet o artículos científicos; y las fuentes de información secundaria ya que procesan la información de fuentes primarias como los artículos de reseña o síntesis de trabajos originales como libros, enciclopedias, tesis, compilaciones o resúmenes.

#### 4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

**Se emplean los siguientes criterios de inclusión:**

- **Pertinencia:** Relación directa con el objeto de estudio.
- **Rigor:** Publicaciones revisadas por pares o emitidas por organismos oficiales.
- **Contextualización:** Diversidad geográfica y temporal para observar variaciones y permanencias.
- **Actualidad:** Publicaciones de los últimos 10 años, preferentemente entre 2015 y 2025.

- **Relevancia científica:** Artículos indexados, revisados por pares o de instituciones reconocidas.
- **Idioma:** Español, inglés o portugués.

**Se emplean los siguientes criterios de exclusión:**

- **Accesibilidad completa:** Documentos de acceso no disponibles y estén incompletos.
- **Fuentes no científicas o no académicas:** Se excluirán artículos de opinión, blogs, foros, sitios web sin respaldo institucional o evidencia científica.
- **Idioma:** Se excluirán documentos en idiomas distintos al español, inglés o portugués, salvo que se cuente con traducción oficial.
- **Fuentes de años anteriores:** Se excluirán documentos publicados antes del año 2015, salvo que sean considerados clásicos o fundamentales.
- **Contextualización:** Se excluirán estudios realizados en poblaciones o contextos que no sean comparables con la realidad objeto de estudio.
- **Fuentes que no aborden el tema central:** Se excluirán aquellos documentos que, tras la lectura del resumen y/o contenido, no trate directamente la temática específica del estudio.

#### **4.5 ELEMENTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN**

- **Honestidad intelectual:** Se mantuvo una actitud ética en todo el proceso investigativo, reconociendo de forma clara y precisa las ideas, aportes y fuentes utilizadas, evitando el plagio o la distorsión de información.
- **Respeto a los derechos de autor:** Todas las bibliografías consultadas en la web, han sido citadas adecuadamente en Vancouver, reconociendo la autoría original.
- **Confidencialidad:** Aunque no se recolectaron datos personales, se respetó la privacidad de los posibles casos o situaciones descritas en fuentes secundarias, sin divulgar información sensible o identificable.

- **Garantía de protección de datos:** En caso de haber manejado documentos oficiales o bases de datos protegidas, se garantizó el uso con fines exclusivamente académicos, bajo los principios de integridad y protección de la información.
- **Respeto a la propiedad intelectual:** Se valoró y respetó el derecho de los autores, utilizando únicamente materiales permitidos o de dominio público, y siguiendo las condiciones establecidas por cada publicación.
- **Equidad y justicia:** Se evitó cualquier forma de sesgo ideológico, político, religioso o social en la interpretación de los datos, garantizando un tratamiento justo y equilibrado de los distintos enfoques encontrados en la literatura.
- **Objetividad:** La selección y análisis de las fuentes se realizó con criterios académicos y técnicos, evitando juicios personales o interpretaciones no fundamentadas.
- **Transparencia metodológica:** Se describió con claridad el proceso de recolección, clasificación y análisis de la información documental, permitiendo que el estudio pueda ser replicado o evaluado críticamente por otros.
- **Impacto ético, social y ambiental:** El estudio buscó generar un impacto positivo en la sociedad, aportando conocimiento útil para la mejora de los cuidados de recién nacidos pretérmino y fomentando prácticas responsables, humanas y sostenibles desde el hogar.

## **CAPÍTULO V. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN**

El presente capítulo expone los resultados derivados del análisis comparativo realizado entre las fuentes teóricas y la información obtenida mediante consulta digital dirigida a madres y padres de recién nacidos pretérmino. Para tal fin, se utilizaron matrices organizadas en dimensiones temáticas relacionadas con los cuidados diarios, higiene, alimentación, estimulación temprana, signos de alarma y seguimiento post alta. Cada grupo de matrices incluye un apartado introductorio que sintetiza los hallazgos principales y permite contextualizar las brechas entre lo recomendado por la evidencia científica y las prácticas comunes en las familias. El análisis considera factores estructurales, sociales y culturales que influyen en la adherencia a los cuidados, así como las implicaciones para la salud pública, la educación familiar y el fortalecimiento del sistema de atención neonatal.

### **5.1 DIMENSIÓN “CUIDADOS DIARIOS DEL RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO DE BAJO RIESGO”**

#### **5.1.1. MATRICES DE ANÁLISIS COMPARATIVO DE ALIMENTACIÓN DE LOS RECIÉN NACIDOS PRETÉRMINO EN EL HOGAR.**

Los resultados obtenidos en esta dimensión muestran que la alimentación del recién nacido pretérmino de bajo riesgo continúa siendo un desafío relevante para las familias, especialmente después del alta hospitalaria. Aunque la teoría enfatiza la lactancia materna exclusiva, la evidencia recopilada refleja dificultades para mantenerla debido a la limitada disponibilidad de bancos de leche humana y a la dificultad de lactar por parte de las madres, la escasa continuidad del apoyo post alta y las diferencias socioeconómicas entre las familias. Asimismo, se identificó una brecha rural–urbana en el acceso a asesoría profesional, lo que condiciona el uso adecuado de fórmulas especiales y el monitoreo del crecimiento. De esta manera, se observó un distanciamiento entre las recomendaciones normativas y las prácticas reales, influido por barreras culturales, capacidades familiares y restricciones del sistema de salud.

**Matriz 1. Actividades para alimentar a prematuros, Natalben, 2025.**

<b>INDICADOR</b>	<b>REFERENCIA O FUENTE</b>
Actividades para alimentar a prematuros	Natalben. Nutrición bebé prematuro [Internet]. [citado 1 de mayo de 2025]. Disponible en: <a href="https://www.natalben.com/nutricion-bebe-prematuro">https://www.natalben.com/nutricion-bebe-prematuro</a>
<b>CONTENIDO O CITA TEXTUAL O RECOMENDACIÓN TEÓRICA</b>	
<p>En los casos de niños de muy bajo peso (menos de 1.500 g) o de peso extremadamente bajo (menos de 1.000 g) es difícil que puedan mamar directamente del pecho materno y por eso necesitan para nutrirse unas estrategias diferentes.</p> <p>Durante el tiempo que los niños prematuros permanecen ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), es posible que las madres no puedan amamantarlos debido a la inmadurez de sus reflejos de succión y deglución, por lo que tendrán que extraer la leche de sus mamas poco tiempo después del parto. Siempre que sea posible, es preferible que se alimente al niño con leche fresca (no congelada), ya que la leche materna recién extraída es más calórica (la leche del final de la extracción tiene más grasa y más calorías).</p> <p>En la primera semana de vida, la mayoría de los bebés prematuros necesitan alimentarse entre ocho y doce veces al día (se recomienda no dejar pasar más de tres horas entre tomas para evitar la deshidratación). Posiblemente preferirá tomas de poco volumen, pero frecuentes, aproximadamente cada 2 horas.</p>	
<b>RECOMENDACIONES BRINDADAS O DE ACUERDO A LA PRÁCTICA</b>	
<p>La intención del personal de salud es conseguir que estos recién nacidos tengan un desarrollo neurológico, físico y óptimo, sin abandonar los aspectos psicológicos y de maduración.</p> <p>Promover la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida corregidos.</p> <p>Promover la integración de la madre en el proceso de alimentación desde el inicio, mediante la estimulación temprana del vínculo madre-hijo y la educación sobre la extracción y conservación adecuada de la leche materna.</p>	
<b>ANÁLISIS COMPARATIVO</b>	

En el contexto salvadoreño, la alimentación del recién nacido pretérmino de bajo riesgo en el hogar representa un desafío significativo, condicionado por factores sociales, económicos y educativos. Aunque la normativa nacional promueve la lactancia materna exclusiva y reconoce su importancia en el crecimiento y desarrollo del prematuro, en la práctica muchas familias enfrentan dificultades para sostener tomas frecuentes y adecuadas una vez que el niño se encuentra en el hogar. Estas dificultades se relacionan con la limitada orientación continua, la carga de cuidados para la madre y la falta de acompañamiento profesional sistemático tras el egreso.

Asimismo, la recomendación teórica de realizar tomas pequeñas y frecuentes puede verse afectada por rutinas familiares inestables, necesidad de reincorporación laboral y desconocimiento sobre señales de hambre en el prematuro. Esto genera riesgo de una ingesta insuficiente y de alteraciones en la ganancia ponderal. Aunque existen esfuerzos comunitarios para promover la lactancia y la educación materna, la cobertura aún es desigual, especialmente en zonas rurales, donde el acceso a consejería especializada es limitado.

En consecuencia, persiste una brecha entre la teoría y la práctica domiciliaria, lo que evidencia la necesidad de fortalecer estrategias educativas continuas, centradas en la familia, que permitan sostener una alimentación adecuada del prematuro en el hogar y prevenir complicaciones asociadas a un soporte nutricional insuficiente.

**Matriz 2. Proporcionar Lactancia Materna prioritaria, Organización Mundial de la Salud, 2025.**

<b>INDICADOR</b>	<b>REFERENCIA O FUENTE</b>
Proporcionar Lactancia Materna prioritaria.	Organización Mundial de la Salud. Metas mundiales de nutrición 2025: documento normativo sobre lactancia materna. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 [citado 1 de mayo de 2025]. Disponible en: <a href="https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.7">https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.7</a>
<b>CONTENIDO O CITA TEXTUAL O RECOMENDACIÓN TEÓRICA</b>	
<p>La lactancia materna exclusiva definida como la práctica de alimentar al lactante únicamente con leche materna durante los primeros 6 meses de vida (sin darle ningún otro alimento ni tampoco agua) es la intervención preventiva que tiene el mayor impacto potencial sobre la mortalidad infantil. Forma parte de las prácticas óptimas de lactancia natural, que incluyen también la instauración de la lactancia materna durante la primera hora de vida y la lactancia continuada hasta los 2 años de edad o más. La lactancia materna exclusiva constituye una piedra angular de la supervivencia y la salud infantiles porque proporciona nutrientes esenciales e insustituibles para el crecimiento y desarrollo del niño. Además, funciona como primera inmunización del lactante, que lo protege frente a infecciones respiratorias, enfermedades diarreicas y otras dolencias potencialmente mortales. La lactancia materna exclusiva también ejerce un efecto protector contra la obesidad y algunas enfermedades no transmisibles en etapas posteriores de la vida.</p>	
<b>RECOMENDACIONES BRINDADAS O DE ACUERDO A LA PRÁCTICA</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Es segura y limpia.</li> <li>● Contiene anticuerpos que protegen de muchas enfermedades propias de la infancia.</li> <li>● Rica en nutrientes.</li> <li>● Menos índice de sobrepeso y obesidad.</li> </ul>	
<b>ANÁLISIS COMPARATIVO</b>	

La lactancia materna exclusiva constituye una de las intervenciones más costo-efectivas para mejorar la supervivencia y el desarrollo del recién nacido pretérmino de bajo riesgo. En El Salvador, si bien existe un marco legal sólido que protege y promueve la lactancia materna, la práctica domiciliaria enfrenta múltiples barreras que limitan su sostenibilidad en el tiempo. Entre ellas se incluyen la falta de apoyo familiar, la presión social para introducir fórmulas y la ausencia de seguimiento continuo durante los primeros meses de vida.

En muchos hogares, la madre asume sola el cuidado del prematuro, lo que incrementa el agotamiento físico y emocional, favoreciendo el abandono temprano de la lactancia exclusiva. Además, la información recibida suele concentrarse en el período inmediato posterior al nacimiento, sin un refuerzo constante que permita resolver dificultades prácticas como dolor, percepción de baja producción o técnicas inadecuadas de extracción y conservación de la leche.

Esta situación refleja una brecha entre las recomendaciones internacionales y la realidad cotidiana de las familias, evidenciando la necesidad de fortalecer redes comunitarias, consejería continua y apoyo familiar, para garantizar que la lactancia materna prioritaria se mantenga como práctica efectiva en el hogar del recién nacido pretérmino de bajo riesgo.

**Matriz 3. Uso adecuado de fórmulas especiales, Cilleruelo Pascual, 2025.**

<b>INDICADOR</b>	<b>REFERENCIA O FUENTE</b>
Uso adecuado de fórmulas especiales	Cilleruelo Pascual ML, Fernández Fernández S. Fórmulas especiales. Rev Pediatr Aten Primaria. 2006;8 Supl 1: S51-67 [Internet]. 2006 [citado 29 de julio de 2025] Disponible en: <a href="https://pap.es/articulo/553/formulas-especiales#:~:text=Las%20f%C3%B3rmulas%20especiales%20se%20utilizan,componentes%20de%20las%20leches%20infantiles.">https://pap.es/articulo/553/formulas-especiales#:~:text=Las%20f%C3%B3rmulas%20especiales%20se%20utilizan,componentes%20de%20las%20leches%20infantiles.</a>
<b>CONTENIDO O CITA TEXTUAL O RECOMENDACIÓN TEÓRICA</b>	
<p>Las fórmulas especiales se utilizan como tratamiento nutricional en situaciones de intolerancia y/o alergia a los componentes de las leches infantiles. Dentro de las fórmulas modificadas en hidratos de carbono, el tipo más frecuentemente utilizado es la leche sin lactosa, sobre todo en casos de intolerancia a esta azúcar secundaria a lesión de la mucosa intestinal. Dado que las fórmulas de soja contienen una proteína no láctea y carecen de lactosa, son las indicadas en la galactosemia.</p> <p>Las fórmulas modificadas en proteínas se utilizan principalmente en cuadros de alergia e intolerancia a proteínas de leche de vaca. Dentro de este grupo están los hidrolizados de alto grado de proteínas de la leche de vaca, las fórmulas elementales y las fórmulas de soja. Estas últimas están indicadas en casos de alergia a las proteínas de la leche de vaca (APLV) de manifestación no digestiva en lactantes mayores de 6 meses de edad. Las fórmulas elementales se utilizan en casos graves de alergia a las PLV que no responden a los hidrolizados de alto grado, frecuentemente en el contexto de múltiples alergias alimentarias, o en casos de daño intestinal grave. Los hidrolizados de proteínas de bajo grado están contraindicados en los cuadros de alergia o intolerancia a las PLV. Las fórmulas antirreflujo deben ser utilizadas sólo en niños seleccionados cuya ganancia ponderal se vea comprometida por las pérdidas de nutrientes asociadas a las regurgitaciones.</p>	
<b>RECOMENDACIONES BRINDADAS O DE ACUERDO A LA PRÁCTICA</b>	

- Prescribir fórmulas antirreflujo únicamente en casos seleccionados
- Optar por fórmulas elementales
- Utilizar fórmulas sin lactosa
- Evitar el uso de hidrolizados de bajo grado

### **ANÁLISIS COMPARATIVO**

En el cuidado domiciliario del recién nacido pretérmino de bajo riesgo, el uso de fórmulas especiales debe considerarse una estrategia complementaria y cuidadosamente indicada, priorizando siempre la lactancia materna. En El Salvador, el acceso a fórmulas con perfiles nutricionales específicos es limitado y desigual, lo que condiciona su uso adecuado en el hogar, especialmente en familias de bajos recursos y en zonas rurales.

En la práctica, muchas familias recurren a fórmulas estándar o a cambios frecuentes de marca sin supervisión profesional, lo que puede generar intolerancias, alteraciones digestivas o una nutrición inadecuada. Estas prácticas suelen estar asociadas a la falta de educación nutricional, al desconocimiento sobre las indicaciones precisas de cada tipo de fórmula y a la ausencia de seguimiento antropométrico regular tras el egreso.

La diferencia entre la evidencia científica y la realidad domiciliaria pone de manifiesto la necesidad de fortalecer la orientación nutricional en el primer nivel de atención, promoviendo un uso racional y supervisado de fórmulas especiales solo cuando estén indicadas, y garantizando un seguimiento cercano que permita detectar oportunamente desviaciones en el crecimiento del prematuro.

**Matriz 4. Monitoreo de peso y crecimiento, Organización Mundial de la Salud, 2025.**

<b>INDICADOR</b>	<b>REFERENCIA O FUENTE</b>
Monitoreo de peso y crecimiento	Organización Mundial de la Salud (OMS). Curvas de crecimiento infantil: métodos y desarrollo. Ginebra: OMS; 2006 [citado 29 de julio de 2025]. Disponible en: <a href="https://www.who.int/tools/child-growth-standards">https://www.who.int/tools/child-growth-standards</a>
<b>CONTENIDO O CITA TEXTUAL O RECOMENDACIÓN TEÓRICA</b>	
<p>El seguimiento cuidadoso del crecimiento de recién nacidos, especialmente prematuros, es esencial para garantizar su desarrollo físico y neurológico óptimo. Es fundamental evaluar periódicamente el peso, la longitud y el perímetro cefálico, utilizando curvas de referencia ajustadas por la edad gestacional del bebé, como las proporcionadas por la OMS. Estas curvas permiten monitorear comparativamente al niño respecto a su edad corregida y detectar a tiempo desviaciones en la velocidad de crecimiento.</p> <p>Se recomienda registrar las métricas en cada consulta neonatal o pediátrica mensual, idealmente hasta los 24 meses de edad corregida. Ante una disminución en la ganancia ponderal, longitud o perímetro cefálico, se debe revisar el plan nutricional: considerar la fortificación de la leche materna, introducción de fórmulas especiales o suplementos, y adaptar la frecuencia o volumen de alimentación según la tolerancia. También es importante evaluar factores no nutricionales que puedan afectar el crecimiento, como enfermedades intercurrentes, alergias o condiciones metabólicas.</p> <p>Cuando existan patrones persistentes de bajo crecimiento, se debe derivar a unidades especializadas en nutrición infantil o desarrollo infantil temprano para una valoración integral y, si se requiere, intervención adaptada incluyendo estimulación multisensorial, apoyo psicopedagógico o rehabilitación física.</p>	
<b>RECOMENDACIONES BRINDADAS O DE ACUERDO A LA PRÁCTICA</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Capacitar a personal de salud en el uso correcto de curvas ajustadas por edad corregida.</li> <li>● Garantizar controles regulares hasta los 24 meses en todos los niveles de atención.</li> </ul>	

- Mejorar el acceso a programas de soporte nutricional e intervención temprana.
- Fortalecer los mecanismos de referencia y contrarreferencia para casos con crecimiento limitado.

### **ANÁLISIS COMPARATIVO**

El monitoreo del crecimiento del recién nacido pretérmino de bajo riesgo en el hogar es un componente esencial para asegurar su desarrollo integral; sin embargo, en El Salvador esta práctica se ve limitada por barreras de acceso, capacitación y continuidad del seguimiento. Aunque los controles de crecimiento forman parte de los programas de atención infantil, no siempre se aplican de manera sistemática las curvas ajustadas por edad corregida, lo que dificulta una interpretación adecuada del crecimiento del prematuro.

En muchos casos, las familias desconocen la importancia de los controles periódicos o enfrentan dificultades logísticas para acudir a las consultas, especialmente en áreas rurales. Esto puede retrasar la identificación de problemas nutricionales o de desarrollo, incrementando el riesgo de secuelas a mediano y largo plazo.

La brecha entre la recomendación teórica y la práctica comunitaria evidencia la necesidad de fortalecer la educación familiar, capacitar al personal del primer nivel de atención y facilitar herramientas simples que permitan un seguimiento continuo y oportuno del crecimiento del prematuro en el hogar.

### 5.1.2. MATRICES DE ANÁLISIS COMPARATIVO DE HIGIENE, VESTIMENTA Y SUEÑO

Las prácticas de higiene, vestimenta y sueño muestran un cumplimiento relativamente mayor de las recomendaciones teóricas, aunque persisten brechas relacionadas con acceso a insumos, diferencias socioculturales y variabilidad en la consejería recibida. Los resultados indican que la higiene umbilical, el baño y el cuidado de la piel suelen llevarse a cabo siguiendo prácticas tradicionales más que basadas en evidencia. Además, se observó que las pautas de sueño seguro no están completamente incorporadas en todos los hogares, lo que puede incrementar riesgos prevenibles. Estas brechas se explican por limitaciones en la difusión de información estandarizada, diferencias entre zonas urbanas y rurales y el rol determinante del acompañamiento familiar.

**Matriz 5. Baño del neonato, Mennen Central America, 2025.**

<b>INDICADOR</b>	<b>REFERENCIA O FUENTE</b>
Baño del neonato	Mennen Central America. Guía definitiva para bañar a tu bebé: Desde recién nacidos hasta los 12 meses [Internet]. [actualizado posiblemente 2023; citado 11 julio 2025]. Disponible en: <a href="https://www.mennencentralamerica.com/blog/banar-a-tu-bebe">https://www.mennencentralamerica.com/blog/banar-a-tu-bebe</a>
<b>CONTENIDO O CITA TEXTUAL O RECOMENDACIÓN TEÓRICA</b>	
<p>Para bañar a los bebés prematuros, es importante limitar el baño a 2-3 veces por semana y usar una esponja húmeda en lugar de sumergir al bebé en el agua, ya que tienen una piel de bebé extremadamente sensible. Siempre supervisión constante. Prepara todo antes del baño: toallas, ropa, jabón, champú suave y pañal.</p> <p>Verifica la temperatura corporal del agua. Revisa que el agua esté tibia, no caliente. Usa productos adecuados como jabones suaves diseñados para la piel delicada de los bebés.</p> <p>Tiempo adecuado: El baño no debe durar demasiado. Con 5 a 10 minutos es suficiente, sobre todo en los primeros meses. Sostenlo firmemente: Sostener siempre al bebé de forma segura.</p> <p>Haz del baño una rutina: Bañar al bebé a la misma hora le ayuda a relajarse y entender que se acerca la hora de dormir. Evita corrientes de aire: Al sacarlo de la bañera, secar bien al bebé y evita que esté expuesto a cambios bruscos de temperatura. No usar esponjas ásperas: Para</p>	

los primeros meses, es mejor usar solo las manos o una esponja suave. Secar bien las áreas de pliegues: Axilas, cuello y zona del pañal deben secarse bien para evitar irritaciones. Bañar al bebé no solo es una cuestión de higiene, sino también un momento de conexión y cariño.

### **RECOMENDACIONES BRINDADAS O DE ACUERDO A LA PRÁCTICA**

- Solo 2-3 veces por semana, especialmente en prematuros.
- Esponja húmeda en prematuros; inmersión progresiva según desarrollo.
- Solo jabones y champús suaves, específicamente diseñados para piel delicada.
- Tiempo de baño de 5 a 10 min máximo
- Verificación constante del ambiente, evitar corrientes, agua tibia, sujeción firme siempre.

### **ANÁLISIS COMPARATIVO**

La higiene y el baño del recién nacido pretérmino de bajo riesgo en el hogar constituyen prácticas esenciales para la prevención de infecciones y el bienestar general; sin embargo, en la práctica domiciliar salvadoreña persisten temores, creencias erróneas y técnicas inadecuadas que limitan su correcta aplicación. Aunque la teoría recomienda baños breves, con agua tibia y manipulación mínima para evitar estrés térmico, muchas familias retrasan el baño por miedo a causar daño o, por el contrario, realizan baños frecuentes sin considerar la inmadurez cutánea del prematuro.

Estas prácticas suelen estar influenciadas por tradiciones familiares y por la limitada educación específica sobre el cuidado del prematuro en el hogar. En algunos contextos, se utilizan productos no recomendados o se descuida el secado adecuado de pliegues, lo que incrementa el riesgo de irritaciones e infecciones cutáneas.

La comparación entre la evidencia científica y la práctica real evidencia la necesidad de reforzar la educación sanitaria dirigida a las familias, promoviendo rutinas de higiene seguras, sencillas y adaptadas al entorno domiciliario, que contribuyan a proteger la piel y la estabilidad fisiológica del recién nacido pretérmino de bajo riesgo.

**Matriz 6. Limpieza del muñón umbilical, Asociación Española de Pediatría, 2025.**

<b>INDICADOR</b>	<b>REFERENCIA O FUENTE</b>
Limpieza del muñón umbilical.	Asociación Española de Pediatría (EnFamilia). Cuidados del cordón umbilical [Internet]. Madrid: AEP; 27 Mar 2014 [citado 11 Jul 2025]. Disponible en: <a href="https://enfamilia.aeped.es/edades-etapas/cuidados-cordon-umbilical">https://enfamilia.aeped.es/edades-etapas/cuidados-cordon-umbilical</a>
<b>CONTENIDO O CITA TEXTUAL O RECOMENDACIÓN TEÓRICA</b>	
<p>Son muchos los productos que se han empleado a lo largo del tiempo para el cuidado del cordón umbilical: soluciones antisépticas tópicas (clorhexidina 4%, alcohol 70°, sulfadiazina de plata, etc.), antibióticos tópicos (bacitracina, mupirocina). El uso de soluciones antisépticas y antibióticas tópicas se recomienda en aquellas situaciones en las que la atención neonatal y las medidas higiénicas sean deficitarias. En los países desarrollados donde existe una adecuada atención neonatal y buenas medidas higiénicas, no se ha visto que estos métodos sean mejores que simplemente limpiar el cordón umbilical con agua y jabón y secarlo bien después.</p> <p>De hecho, el empleo de antisépticos y antibióticos locales o tópicos puede retrasar la caída del cordón, porque interfiere con el proceso normal de cicatrización.</p>	
<b>RECOMENDACIONES BRINDADAS O DE ACUERDO A LA PRÁCTICA</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Lavarse las manos antes de su cuidado.</li> <li>● Limpiar la zona del cordón con agua tibia y jabón neutro. Posteriormente secarlo bien.</li> <li>● Se puede ayudar a mantener seco el cordón con una gasa limpia y seca que lo envuelva, cambiando la gasa con los cambios de pañal.</li> <li>● Cambiar frecuentemente los pañales del bebé.</li> </ul>	
<b>ANÁLISIS COMPARATIVO</b>	
<p>El cuidado adecuado del cordón umbilical en el hogar es fundamental para prevenir infecciones en el recién nacido pretérmino de bajo riesgo. A nivel teórico, se promueve la limpieza simple y el mantenimiento del cordón limpio y seco; sin embargo, en la práctica</p>	

domiciliaria persisten conductas tradicionales como la aplicación de sustancias caseras que pueden retrasar la cicatrización y aumentar el riesgo de infección.

Estas prácticas están estrechamente relacionadas con la transmisión intergeneracional de conocimientos y con la falta de seguimiento educativo continuo tras el egreso. En algunos hogares, el desconocimiento sobre signos de alarma conduce a la consulta tardía ante enrojecimiento, secreción o mal olor del cordón.

La brecha entre las recomendaciones basadas en evidencia y las prácticas observadas en el hogar subraya la importancia de fortalecer la educación comunitaria y el acompañamiento familiar, orientando a las madres y cuidadores sobre cuidados simples, seguros y oportunos del cordón umbilical del prematuro.

**Matriz 7. Aseo de genitales, Asistencia Integral de Pediatría, 2025.**

INDICADOR	REFERENCIA O FUENTE
Aseo de genitales	Asistencia Integral de Pediatría. Higiene genital de bebés [Internet]. Sevilla: AI Pediatría; 2017 [citado 11 julio 2025]. Disponible en: <a href="https://www.aipediatria.es/higiene-genital-bebes/">https://www.aipediatria.es/higiene-genital-bebes/</a>
<b>CONTENIDO O CITA TEXTUAL O RECOMENDACIÓN TEÓRICA</b>	
<p>Cómo limpiar correctamente el pene</p> <p>Al cambiar el pañal, pasa una toallita o esponja por el abdomen, ombligo, pliegues, muslos, testículos y debajo del pene, para que no queden restos de orina o heces. Debes limpiar solo el exterior del prepucio. No es necesario retraer ni limpiar la piel del prepucio del pene, ya que se limpia mejor durante el baño. Puedes lavar el prepucio si se retira fácilmente por sí solo. Esto generalmente ocurrirá cuando tu hijo tenga 2-3 años, pero a veces puede no ocurrir hasta la pubertad.</p> <p>Cómo limpiar correctamente la vulva</p> <p>Las cremas para pañales, el sudor y otras sustancias como los restos de orina o heces pueden acumularse dentro y alrededor de los labios vaginales.</p> <p>Para limpiar la vulva de tu bebé, mantén sus piernas separadas y limpia entre los labios con suavidad. Comienza por la parte delantera y limpia suavemente hacia atrás (hacia el ano). Seca con mucho cuidado el área genital con una toalla suave. Una vez limpios, pásale una esponja o toallita por el abdomen, muslos, pliegues y culete. Cuando esté todo bien seco, puedes aplicar una fina capa de la crema protectora, pero únicamente en las partes externas de los genitales, pliegues y alrededores del ano. Es posible que observes una secreción parecida a la clara de huevo. Esto es perfectamente normal y no necesitas limpiarlo.</p>	
<b>RECOMENDACIONES BRINDADAS O DE ACUERDO A LA PRÁCTICA</b>	

- Se recomienda limpiar con una toallita o esponja suave el área del abdomen, pliegues, testículos y pene, sin retraer el prepucio.
- Durante el baño, si el prepucio se retrae fácilmente por sí solo, puede lavarse con agua tibia, evitando el uso de jabones irritantes.
- Para las niñas, es necesario mantener una técnica de limpieza suave, separando las piernas y limpiando entre los labios vaginales con una toalla limpia o toallita húmeda, siempre de adelante hacia atrás para evitar la contaminación fecal.
- Se debe secar con cuidado toda el área genital y perianal, y aplicar una capa fina de crema protectora solo en las zonas externas, pliegues y alrededor del ano.

### **ANÁLISIS COMPARATIVO**

El aseo genital adecuado del recién nacido pretérmino de bajo riesgo en el hogar es una práctica fundamental para prevenir infecciones y mantener la integridad de la piel; sin embargo, en la práctica domiciliaria persisten dudas y técnicas inadecuadas. Aunque la teoría recomienda una limpieza suave, con agua y productos no irritantes, muchas familias emplean métodos tradicionales o productos perfumados que pueden alterar el equilibrio cutáneo y favorecer irritaciones.

Estas prácticas suelen estar relacionadas con la falta de orientación específica y con la reproducción de cuidados aplicados a recién nacidos a término, sin considerar la mayor fragilidad del prematuro. Además, la manipulación excesiva o la limpieza incorrecta del área genital incrementan el riesgo de lesiones cutáneas.

La diferencia entre las recomendaciones basadas en evidencia y la práctica real en el hogar evidencia la necesidad de reforzar la educación sanitaria, orientando a los cuidadores sobre técnicas simples y seguras que protejan la salud genital del recién nacido pretérmino de bajo riesgo.

**Matriz 8. Cambio de pañal, Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, 2025.**

<b>INDICADOR</b>	<b>REFERENCIA O FUENTE</b>
Cambio de pañal.	Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap). Cuidados del área del pañal. Guía de ayuda para centros docentes [Internet]. 2023 [citado 12 julio 2025]. Disponible en: <a href="https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/texto_dermatitis_del_panal_guarderias_.pdf">https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/texto_dermatitis_del_panal_guarderias_.pdf</a>
<b>CONTENIDO O CITA TEXTUAL O RECOMENDACIÓN TEÓRICA</b>	
<p>Antes de empezar a cambiarlo tener a la mano todo lo que necesitas: pañal limpio, toallitas húmedas de un solo uso (o una gasa húmeda) y crema protectora (no todos los bebés la necesitan). Lava bien las manos, antes y después del cambio del pañal. Así evitarás contagios para ti y los demás, para cambiar a las niñas: limpia el área genital de adelante hacia atrás para evitar arrastrar restos de las deposiciones hacia la vagina y uretra, y delicadamente los pliegues. Limpia el área genital de adelante hacia atrás y por debajo del escroto, No fuerces la retracción del prepucio para limpiar la zona.</p>	
<b>RECOMENDACIONES BRINDADAS O DE ACUERDO A LA PRÁCTICA</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● No dejar nunca solo al bebe en la superficie donde se cambian.</li> <li>● Tener a la mano todo lo que necesites</li> <li>● Observa el pañal cada 2 o 3 horas. Cámbialo, aunque solo esté húmedo.</li> <li>● Limpia suavemente la zona y los pliegues con una toallita húmeda o esponja.</li> <li>● Aplica una capa fina de crema protectora de la humedad antes de colocar un pañal nuevo.</li> <li>● Evita el talco puesto que puede entrar en la herida y causar inflamación, y además puede ser dañino para el pulmón si el bebé lo inhala.</li> </ul>	
<b>ANÁLISIS COMPARATIVO</b>	

El cambio frecuente de pañal y el cuidado adecuado de la piel son esenciales para prevenir dermatitis e infecciones en el recién nacido pretérmino de bajo riesgo. A nivel teórico, se promueve el uso de pañales adecuados, la limpieza suave y el mantenimiento de la piel seca; sin embargo, en la práctica domiciliaria estas recomendaciones no siempre se cumplen de manera sistemática.

En muchos hogares, el uso prolongado del pañal, la aplicación de productos no indicados o la falta de secado adecuado favorecen la aparición de lesiones cutáneas. Estas conductas suelen estar asociadas al desconocimiento sobre la vulnerabilidad de la piel del prematuro y a limitaciones económicas que condicionan la frecuencia de cambio de pañal.

La brecha entre la teoría y la práctica pone de manifiesto la necesidad de fortalecer la educación familiar y de promover estrategias accesibles que permitan mantener la integridad de la piel del recién nacido pretérmino de bajo riesgo en el hogar.

**Matriz 9. Hidratación y cuidado de la piel, Asociación Española de Pediatría, 2025.**

<b>INDICADOR</b>	<b>REFERENCIA O FUENTE</b>
Hidratación y cuidado de la piel.	Asociación Española de Pediatría. Aseo en el recién nacido [Internet]. EnFamilia. [citado 12 de julio 2025]. Disponible en: <a href="https://enfamilia.aeped.es/edades-etapas/aseo-en-recien-nacido">https://enfamilia.aeped.es/edades-etapas/aseo-en-recien-nacido</a>
<b>CONTENIDO O CITA TEXTUAL O RECOMENDACIÓN TEÓRICA</b>	
<p>Durante los primeros días de vida, la piel del recién nacido tiende a secarse al adaptarse al ambiente extrauterino. No es necesario aplicar cremas hidratantes de forma rutinaria, salvo en casos de sequedad excesiva. En tales situaciones, se puede emplear una crema especial para bebés, con la menor cantidad de aditivos posibles (sin parabenos ni perfumes).</p>	
<b>RECOMENDACIONES BRINDADAS O DE ACUERDO A LA PRÁCTICA</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Solo aplicar crema si existe una sequedad excesiva o descamación importante.</li> <li>● Utilizar cremas especiales formuladas para la piel delicada del recién nacido.</li> <li>● Seleccionar productos sin perfumes, sin colorantes y sin parabenos, para evitar reacciones irritantes o alérgicas.</li> <li>● Evitar el uso excesivo de productos cosméticos en esta etapa tan temprana.</li> </ul>	
<b>ANÁLISIS COMPARATIVO</b>	

La hidratación y protección de la piel del recién nacido pretérmino de bajo riesgo constituyen un componente clave del cuidado domiciliario, debido a la inmadurez de la barrera cutánea. Aunque la teoría recomienda el uso limitado de emolientes adecuados y la evitación de productos irritantes, en la práctica muchas familias aplican aceites o cremas sin indicación, basándose en creencias culturales o recomendaciones informales.

Estas prácticas pueden generar alteraciones en la piel, aumentar el riesgo de dermatitis o favorecer infecciones. Además, la falta de información clara sobre la frecuencia y tipo de productos adecuados contribuye a una aplicación inadecuada de medidas de cuidado cutáneo. La comparación entre la evidencia científica y la práctica domiciliaria resalta la necesidad de educación continua y accesible, orientada a promover el uso racional de productos seguros que contribuyan a proteger la piel del recién nacido pretérmino de bajo riesgo en el hogar.

**Matriz 10. Horas de sueño y posición adecuada, Fundación para la Salud Materno Infantil, 2025.**

<b>INDICADOR</b>	<b>REFERENCIA O FUENTE</b>
Horas de sueño y posición adecuada.	Fundación para la Salud Materno Infantil (FUNDASAMIN). Educación de los padres del recién nacido en el alojamiento conjunto [Internet]. Buenos Aires: FUNDASAMIN; [citado 1 de mayo de 2025]. Disponible en: <a href="https://www.fundasamin.org.ar/web/wp-content/uploads/2012/05/Educacion-de-los-padres-del-recien-nacido-en-el-alojamiento-conjunto.pdf">https://www.fundasamin.org.ar/web/wp-content/uploads/2012/05/Educacion-de-los-padres-del-recien-nacido-en-el-alojamiento-conjunto.pdf</a>
<b>CONTENIDO O CITA TEXTUAL O RECOMENDACIÓN TEÓRICA</b>	
<p>El recién nacido pretérmino de bajo riesgo duerme entre 16 y 20 horas al día. Durante el sueño, se deben tomar medidas para reducir el riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL). Se recomienda colocar al bebé en decúbito dorsal sobre una superficie firme. Esta posición es segura, ya que permite la rotación lateral de la cabeza en caso de vómito, reduciendo el riesgo de broncoaspiración.</p> <p>El tono muscular del cuello es bajo, y las estructuras cartilaginosas del cuello son inestables, por lo que cualquier cambio de posición puede implicar riesgos. Además, un ambiente térmico no excesivamente cálido y la lactancia materna favorecen los despertares frecuentes, lo cual constituye un factor protector frente a eventos adversos durante el sueño.</p>	
<b>RECOMENDACIONES BRINDADAS O DE ACUERDO A LA PRÁCTICA</b>	

- Tomar medidas para reducir el riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL).
- Se recomienda colocar al bebé en decúbito dorsal sobre una superficie firme.
- Evitar almohadas, cobijas sueltas o peluches en la cuna o cama que puedan obstruir la vía aérea.
- Mantener una temperatura ambiente adecuada, evitando el sobre abrigo del bebé.
- Dejar dormir al prematuro lo suficiente y despertarlo entre 2 y 3 horas para comer y evitar una hipoglucemia.

### **ANÁLISIS COMPARATIVO**

Muchas de las familias salvadoreñas prefieren dormir con el bebé en la cama o mecerlo en sillones, especialmente en contextos rurales o con escasa educación postnatal, lo que incrementa los riesgos relacionados con el sueño.

Además, las interrupciones frecuentes para amamantar o atender al bebé no siempre se equilibran con la necesidad de preservar bloques de sueño nocturno prolongado, lo que puede afectar la estabilidad emocional y neurológica del recién nacido. La disponibilidad de entornos seguros como cunas certificadas o moisés puede estar limitada en hogares de escasos recursos, lo que a veces lleva al uso de camas improvisadas o prácticas informalmente aceptadas que no cumplen con los estándares recomendados.

Por otro lado, aunque los padres reciben instrucción sobre la posición supina, el seguimiento posterior no siempre refuerza esta orientación, lo que permite que persistan prácticas de riesgo. Para mejorar la seguridad del sueño infantil, es clave fortalecer la educación pre y postnatal, promover entornos de sueño adecuados y monitorear la adherencia a prácticas seguras. La variabilidad en el cumplimiento de medidas de sueño seguro sugiere la necesidad de reforzar la educación familiar, ya que aún persisten posiciones inadecuadas para dormir o el uso de accesorios no recomendados.

A diferencia de entornos con sistemas de apoyo domiciliario más robustos, el contexto salvadoreño se caracteriza por una menor supervisión tras el inicio de los cuidados en el hogar. El recién nacido pretérmino de bajo riesgo suele dormir más que un recién nacido a término debido a la inmadurez de su sistema nervioso y a la alta demanda energética que implica su

adaptación al medio. El sueño cumple un papel fundamental en la maduración cerebral, el crecimiento y la recuperación física. Este patrón es considerado normal cuando se evalúa según la edad corregida; sin embargo, debe vigilarse que el descanso no interfiera con la alimentación ni con la respuesta a estímulos, lo cual requiere seguimiento por parte de los servicios de salud.

### 5.1.3 MATRICES DE ANÁLISIS COMPARATIVO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA Y CONTACTO PIEL A PIEL.

La estimulación temprana y el contacto piel a piel constituyen intervenciones fundamentales para el desarrollo neurológico y emocional del recién nacido pretérmino de bajo riesgo. Las fuentes teóricas destacan su impacto positivo en la estabilidad cardiorrespiratoria, el vínculo afectivo y la organización sensorial. No obstante, los resultados revelan que estas prácticas no siempre se mantienen en el hogar después del alta, principalmente por desconocimiento, inseguridad de las familias o falta de apoyo profesional. La brecha urbano-rural también influye en el acceso a programas de estimulación temprana comunitarios.

**Matriz 11. Masajes suaves, NeoCare, 2025.**

<b>INDICADOR</b>	<b>REFERENCIA O FUENTE</b>
Masajes suaves	NeoCare. La importancia de los masajes en bebés prematuros [Internet]. [2023] [citado 1 de mayo de 2025]. Disponible en: <a href="https://neocare.gt/es/blog/la-importancia-de-los-masajes-en-bebs-prematuros">https://neocare.gt/es/blog/la-importancia-de-los-masajes-en-bebs-prematuros</a>
<b>CONTENIDO O CITA TEXTUAL O RECOMENDACIÓN TEÓRICA</b>	
Los masajes y las técnicas de estimulación kinésica resultan muy beneficiosos para los recién nacidos pretérmino, ya que favorecen el aumento de peso y talla acordes a su edad gestacional, además de mejorar la irritabilidad, la sociabilidad y el vínculo afectivo. Actualmente, la terapia de masaje neonatal se practica en aproximadamente el 40 % de las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) en Estados Unidos, con resultados positivos tanto en el bienestar del recién nacido como en los costos hospitalarios, al reducir la estancia en el hospital en promedio una semana.	
<b>RECOMENDACIONES BRINDADAS O DE ACUERDO A LA PRÁCTICA</b>	

Capacitar a los cuidadores en técnicas seguras de masaje neonatal, adecuadas a la edad gestacional.

### **ANÁLISIS COMPARATIVO**

En El Salvador, la mayoría de los servicios públicos priorizan el contacto piel con piel (método canguro), pero no siempre integran un protocolo claro de masaje estructurado tras el alta, ni instruyen a los padres sobre técnicas específicas, duración ni frecuencia.

Además, los recursos humanos en hospitales públicos pueden no incluir fisioterapeutas o terapeutas capacitados en masaje neonatal, lo cual limita su implementación sistemática. El enfoque en masajes suele centrarse sólo bajo condiciones asistidas en UCIN y no como rutina domiciliaria guiada.

Pese a ello, algunas clínicas privadas y ONG especializadas han comenzado a entrenar a los padres en masajes estructurados antes del alta, reconociendo los beneficios demostrados en ganancia de peso y apego familiar. Esta práctica aún es incipiente y no uniforme en todo el sistema de salud salvadoreño.

La simplicidad de los protocolos masajes suaves de 15 minutos tres veces al día sugiere que podrían ser incorporados con un entrenamiento básico a madres y cuidadores, incluso en primera línea. Sin embargo, esto requiere inversión en capacitación, supervisión y difusión de buenas prácticas a nivel comunitario y hospitalario.

En El Salvador, aunque existe reconocimiento del valor del contacto piel con piel, la implementación del masaje neonatal estructurado como práctica generalizada aún enfrenta brechas en capacitación, recursos y continuidad educativa para las familias. Para aprovechar todo su potencial, sería importante fortalecer la formación de personal sanitario y madres, e integrarlo formalmente en los protocolos de atención post alta neonatal.

**Matriz 12. Estimulación sensorial, Manitos Valientes, 2025.**

INDICADOR	REFERENCIA O FUENTE
Estimulación sensorial	Manitos Valientes. Estimulación sensorial en bebés prematuros [Internet] [citado 1 de mayo de 2025]. Disponible en: <a href="https://www.manitosvalientes.com/recursos/estimulacion-sensorial-bebes-prematuros">https://www.manitosvalientes.com/recursos/estimulacion-sensorial-bebes-prematuros</a>
<b>CONTENIDO O CITA TEXTUAL O RECOMENDACIÓN TEÓRICA</b>	
<p>Los recién nacidos pretérmino presentan una sensibilidad aumentada a los estímulos sensoriales. Por ello, se recomienda mantener una iluminación tenue y controlada, evitando luces directas, intensas o parpadeantes. Asimismo, se debe procurar un ambiente tranquilo, libre de ruidos fuertes y estímulos excesivos, ya que estos pueden generar estrés y desorganización neurológica. Un entorno sereno, con sonidos suaves y música tranquila (como nanas o melodías armónicas), contribuye a la regulación emocional, mejora el sueño y favorece el desarrollo del sistema nervioso. Estas condiciones ayudan a simular el ambiente intrauterino, permitiendo una maduración más armónica del recién nacido. La vista de los bebés prematuros está aún en desarrollo, por lo que es beneficioso exponerlos a luces suaves, patrones visuales simples y colores contrastantes, lo que favorece el desarrollo de la agudeza visual y estimula su curiosidad</p>	
<b>RECOMENDACIONES BRINDADAS O DE ACUERDO A LA PRÁCTICA</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Evitar ruidos fuertes.</li> <li>● Mantener un ambiente tranquilo.</li> <li>● Usar música suave o sonidos armoniosos.</li> <li>● Exponer al bebé a estímulos visuales simples y colores contrastantes.</li> <li>● Evitar sobreestimulación sensorial para favorecer el desarrollo neurológico</li> <li>● Evitar la luz directa en el recién nacido</li> </ul>	

## ANÁLISIS COMPARATIVO

En El Salvador, la normativa de atención neonatal está en proceso de adoptar lineamientos vinculados a cuidados centrados en el desarrollo (CCD), que incluyen control ambiental como parte del cuidado integral del prematuro.

En la práctica existen limitaciones importantes: en el hogar la contaminación auditiva por el paso vehicular, ruidos internos o de vecinos puede afectar el neurodesarrollo. El control del ruido es un desafío crítico; los niveles sonoros elevados pueden afectar el bienestar del prematuro. La falta de conocimiento de los estándares internacionales por parte de profesionales y familiares, junto con la ausencia de mediciones sistemáticas, prolonga estas condiciones adversas.

Este panorama refleja que, aunque la normativa busca alinear la atención con prácticas basadas en evidencia, la implementación enfrenta limitaciones estructurales y educativas. Para cerrar esta brecha, es necesario invertir en infraestructura básica que permita regular luz y sonido, capacitar a los equipos de salud en estándares de CCD y promover la sensibilización de las familias para tomar las medidas necesarias en los hogares, respecto a luces o sonidos que pueden controlar. Solo así se podrá garantizar que los cuidados ambientales formen parte efectiva del abordaje integral del prematuro y se traduzcan en mejores resultados de salud y desarrollo.

**Matriz 13. Actividades que promueven el neurodesarrollo, Gapsiat, 2025.**

<b>INDICADOR</b>	<b>REFERENCIA O FUENTE</b>
Actividades que promueven el neurodesarrollo	Gapsiat (gabinete de psicopedagógico y neuroeducativo de atención temprana). Estimulación temprana en bebés prematuros [Internet]. Psicólogos en León 2002 [citado 1 de mayo de 2025]. Disponible en: <a href="https://gapsiat.com/estimulacion-temprana-bebes-prematuros">https://gapsiat.com/estimulacion-temprana-bebes-prematuros</a>
<b>CONTENIDO O CITA TEXTUAL O RECOMENDACIÓN TEÓRICA</b>	
<p>La estimulación temprana en bebés prematuros es esencial para favorecer la madurez física y psicológica que no pudieron completar dentro del útero. Estos niños requieren una atención especial para favorecer su desarrollo neurológico y sensorial.</p> <p>Entre las actividades recomendadas para la estimulación de todas las áreas del neurodesarrollo se encuentran:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Música:</b> Las canciones de cuna con ritmos suaves estimulan el desarrollo auditivo y cognitivo.</li> <li>● <b>Lenguaje:</b> Hablarle al bebé, narrar lo que se está haciendo o contarle cuentos favorece su desarrollo del lenguaje y la comprensión. También se pueden incluir sonidos de animales y modulaciones vocales que capten su atención.</li> <li>● <b>Expresiones faciales:</b> Realizar movimientos con los ojos, la boca, la nariz o las cejas ayuda a que el bebé reconozca emociones, promueve el contacto visual y fortalece la comunicación no verbal, estimulando su desarrollo socioemocional.</li> </ul>	
<b>RECOMENDACIONES BRINDADAS O DE ACUERDO A LA PRÁCTICA</b>	
Estas actividades deben realizarse en un ambiente tranquilo, respetando los tiempos y señales del bebé, sin forzar la interacción, y siempre bajo una actitud amorosa, receptiva y constante.	
<b>ANÁLISIS COMPARATIVO</b>	
En El Salvador, la estimulación temprana en recién nacidos prematuros refleja una clara diferencia entre el ámbito urbano y el rural. En las ciudades, los hospitales públicos han	

comenzado a incorporar el método canguro como parte de los cuidados básicos, aunque la implementación de protocolos más integrales —que incluyan masajes, juegos auditivos y visuales estructurados— sigue siendo limitada. Aun así, las familias urbanas tienen mayor acceso a clínicas privadas y organizaciones de desarrollo infantil que ofrecen talleres de estimulación estructurada, donde se enseñan técnicas de juego, canto, masaje y posicionamiento. Esto genera un entorno más favorable para que los padres reciban orientación y acompañamiento especializado.

En contraste, en las zonas rurales la situación es más restrictiva: los servicios de salud pública son la principal fuente de atención, pero carecen de programas sistemáticos de estimulación temprana y de personal capacitado para guiar a las familias en estas prácticas. La distancia geográfica, las limitaciones de transporte y la falta de recursos educativos hacen que la población más vulnerable quede excluida de las iniciativas privadas o comunitarias que sí están presentes en áreas urbanas. Esta brecha rural–urbana evidencia una inequidad en el acceso a intervenciones que son fundamentales para el desarrollo integral del prematuro, ya que mientras en las ciudades se avanza hacia modelos más estructurados, en el campo aún se depende casi exclusivamente de la orientación básica brindada en la consulta pública.

En síntesis, la estimulación temprana en El Salvador se encuentra en un proceso de expansión, pero su alcance está condicionado por el lugar de residencia: en lo urbano se vislumbran oportunidades de innovación y acompañamiento especializado, mientras que en lo rural persiste la necesidad de fortalecer la atención primaria y garantizar que las familias reciban herramientas prácticas para apoyar el desarrollo de sus hijos.

#### 5.1.4. MATRICES DE ANÁLISIS COMPARATIVO DE SIGNOS DE ALARMA.

El reconocimiento oportuno de signos de alarma y el cumplimiento del seguimiento médico estructurado son indispensables para prevenir complicaciones graves en recién nacidos pretérmino. Aunque la teoría ofrece directrices claras, los hallazgos muestran una comprensión variable entre las familias, influida por factores como nivel educativo, lugar de residencia y disponibilidad de servicios de salud.

**Matriz 14. Determinación y seguimiento al llanto inconsolable., Asociación Española de Pediatría, 2025.**

INDICADOR	REFERENCIA O FUENTE
Determinación y seguimiento al llanto inconsolable.	Asociación Española de Pediatría. Guía para padres de recién nacidos prematuros [Internet]. Madrid: AEP; [citado 1 de mayo de 2025]. Disponible en: <a href="https://enfamilia.aeped.es/sites/enfamilia.aeped.es/files/libroprematuros.pdf">https://enfamilia.aeped.es/sites/enfamilia.aeped.es/files/libroprematuros.pdf</a>
<b>CONTENIDO O CITA TEXTUAL O RECOMENDACIÓN TEÓRICA</b>	
El llanto es una de las principales formas de comunicación del recién nacido. Sin embargo, cuando este se torna persistente, agudo o inconsolable, puede ser un signo de alerta, especialmente en los recién nacidos pretérmino. Entre las posibles causas se encuentran la incomodidad, el hambre no reconocida, el dolor, la sobreestimulación sensorial o la presencia de patologías como infecciones o alteraciones neurológicas. Se considera preocupante cuando el llanto persiste por más de tres horas al día, se repite en varios días de la semana y no mejora con las medidas habituales de confort.	
<b>RECOMENDACIONES BRINDADAS O DE ACUERDO A LA PRÁCTICA</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>● Evaluar si el llanto es causado por hambre, pañal sucio, incomodidad o necesidad de contacto.</li></ul>	

- Aplicar técnicas de confort como arrullo, contacto piel a piel, succión o balanceo suave.
- Si el llanto es persistente, agudo o no mejora con medidas habituales, referir al profesional de salud.

### **ANÁLISIS COMPARATIVO**

El llanto inconsolable en bebés prematuros se aborda como una manifestación común en las primeras semanas de vida, asociada generalmente a inmadurez neurológica, necesidades fisiológicas no satisfechas, cólicos o sobreestimulación.

Al iniciar los cuidados en el hogar, se brinda orientación básica, pero muchas veces esta información no incluye recomendaciones prácticas específicas sobre cómo manejar episodios de llanto persistente o técnicas seguras de consuelo. Además, el acompañamiento emocional a madres o cuidadores que se sienten desbordados por el llanto excesivo es limitado, especialmente en áreas rurales.

El acceso a orientación psicológica o a redes de apoyo familiar o comunitario no siempre está garantizado. Esto puede generar una sobrecarga emocional, lo que incrementa el riesgo de respuestas inadecuadas como sacudir al bebé o dejarlo llorar sin consuelo, prácticas que están contraindicadas.

Asimismo, la identificación de señales de alarma puede verse obstaculizada por falta de educación en salud, dificultades para acceder a consultas médicas oportunas y normalización del llanto prolongado. Esto puede retrasar el diagnóstico de condiciones médicas que requieren intervención, sobre todo en zonas rurales donde es más difícil el acceso.

**Matriz 15. Detección de ictericia, Eichenwald EC, 2025.**

<b>INDICADOR</b>	<b>REFERENCIA O FUENTE</b>
Detección de ictericia.	Eichenwald EC. Cuidado del recién nacido prematuro. En: Martin RJ, Fanaroff AA, Walsh MC, editores. Medicina Neonatal-Perinatal de Fanaroff y Martin [Internet]. Filadelfia: Elsevier; 2019 [citado 1 de mayo de 2025]. Disponible en: <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532930/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532930/</a>
<b>CONTENIDO O CITA TEXTUAL O RECOMENDACIÓN TEÓRICA</b>	
<p>La ictericia neonatal es una condición frecuente que se manifiesta por la coloración amarillenta de la piel, las mucosas y las escleróticas, producto del aumento de bilirrubina en sangre (hiperbilirrubinemia). En la mayoría de los casos se trata de una ictericia fisiológica, transitoria y autolimitada. Sin embargo, es fundamental diferenciarla de la ictericia patológica, que puede implicar hiperbilirrubinemia conjugada y que requiere atención médica urgente. La ictericia patológica no tratada puede derivar en encefalopatía por bilirrubina, con secuelas neurológicas graves. Por lo tanto, ante signos de ictericia persistente, intensa o de inicio temprano, se debe consultar al equipo de salud.</p>	
<b>RECOMENDACIONES BRINDADAS O DE ACUERDO A LA PRÁCTICA</b>	
<p>Se aconseja a los padres sobre signos de alerta (ictericia desde las primeras 24 h, llanto agudo, mala succión, fiebre, letargia), mantener seguimiento cercano tras el alta (con monitoreos dentro de 24–48 h).</p>	
<b>ANÁLISIS COMPARATIVO</b>	
<p>En El Salvador, la ictericia neonatal representa un desafío clínico que evidencia marcadas diferencias entre el ámbito urbano y el rural. En las zonas urbanas, existe mayor disponibilidad de equipos de laboratorio y personal capacitado para realizar pruebas diagnósticas. Esto permite una detección más temprana y un manejo más cercano a los estándares internacionales, con acceso a fototerapia y seguimiento especializado.</p>	

Sin embargo, incluso en estos entornos, la sobrecarga de pacientes y la falta de protocolos estandarizados limitan la cobertura total. En contraste, en las zonas rurales la situación es más crítica: muchas unidades de salud carecen de equipos para medir bilirrubina y dependen únicamente de la observación clínica del color de la piel y mucosas, lo que puede retrasar el diagnóstico y aumentar el riesgo de complicaciones graves.

El seguimiento posterior es irregular, ya que las familias enfrentan dificultades de transporte y menor acceso a consultas de control. Esta comparación rural-urbana muestra que, mientras en las ciudades el reto es lograr la universalización y estandarización de protocolos, en el campo la prioridad es garantizar acceso básico a pruebas diagnósticas y tratamientos esenciales.

La inequidad en la detección y manejo de la ictericia refleja una brecha estructural que condiciona directamente la seguridad de los recién nacidos, especialmente los prematuros, y subraya la necesidad de políticas que fortalezcan la atención primaria rural y aseguren continuidad en el seguimiento.

**Matriz 16. Reconocimiento de infecciones, Neurocentro, 2025.**

<b>INDICADOR</b>	<b>REFERENCIA O FUENTE</b>
Reconocimiento de Infecciones	Neurocentro. Complicaciones neurológicas del nacimiento prematuro [Internet]. [citado 1 de mayo de 2025]. Disponible en: <a href="https://neuro-centro.com/complicaciones-neurologicas-del-nacimiento-prematuro/">https://neuro-centro.com/complicaciones-neurologicas-del-nacimiento-prematuro/</a>
<b>CONTENIDO O CITA TEXTUAL O RECOMENDACIÓN TEÓRICA</b>	
<p>La sepsis neonatal es una infección sistémica grave que afecta a los lactantes menores de 90 días. Se clasifica en sepsis de aparición temprana (dentro de la primera semana de vida) y sepsis de aparición tardía (entre la segunda semana y los tres meses). Entre los agentes causales más comunes se encuentran <i>Escherichia coli</i>, <i>Listeria monocytogenes</i> y estreptococos del grupo B (EGB). Gracias a la detección y profilaxis materna durante el embarazo, la incidencia de EGB ha disminuido. El virus del herpes simple también puede provocar sepsis neonatal, especialmente cuando la madre adquiere la infección durante el embarazo o el parto. El diagnóstico y tratamiento precoz son esenciales para evitar complicaciones graves o incluso la muerte.</p>	
<b>RECOMENDACIONES BRINDADAS O DE ACUERDO A LA PRÁCTICA</b>	
<p>Vigilar signos de alerta en el recién nacido como fiebre o hipotermia, dificultad para alimentarse, letargo, irritabilidad, dificultad respiratoria o coloración anormal.</p>	
<b>ANÁLISIS COMPARATIVO</b>	
<p>En El Salvador, la atención a recién nacidos prematuros con sospecha de sepsis muestra diferencias claras entre el ámbito urbano y el rural. En centros urbanos de referencia, donde existe personal más capacitado, el abordaje clínico es relativamente más estructurado. Aunque persisten limitaciones en infraestructura y recursos, estos centros tienen mayor posibilidad de realizar pruebas básicas para un diagnóstico más oportuno.</p> <p>En contraste, en unidades rurales la situación es más restrictiva: la ausencia de infraestructura especializada y de personal entrenado obliga a que el diagnóstico se base casi exclusivamente</p>	

en la clínica, sin acceso a pruebas confirmatorias. Esto aumenta el riesgo de diagnósticos tardíos. Las medidas de prevención, como el lavado de manos y la manipulación adecuada, también enfrentan mayores dificultades en estos entornos debido a la escasez de insumos básicos como jabón antiséptico, lo que incrementa la vulnerabilidad de los recién nacidos.

En cuanto a la promoción de la leche materna como estrategia protectora frente a infecciones, en las ciudades existe mayor apoyo técnico, mientras que en las zonas rurales esta práctica se ve limitada por la falta de recursos y acompañamiento especializado a las madres. La atención urbana enfrenta el reto de mejorar la calidad y sistematización de protocolos, mientras que la rural enfrenta barreras estructurales más profundas que condicionan tanto la prevención como el diagnóstico, reflejando una inequidad que impacta directamente en la supervivencia de los prematuros.

**Matriz 17. Detección y seguimiento de hipotermia, Mayo Clinic, 2025.**

<b>INDICADOR</b>	<b>REFERENCIA O FUENTE</b>
Detección y seguimiento de hipotermia.	Mayo Clinic. Hipotermia [Internet]. [citado 1 de mayo de 2025]. Disponible en: <a href="https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/hypothermia/symptoms-causes/syc-20352682">https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/hypothermia/symptoms-causes/syc-20352682</a>
<b>CONTENIDO O CITA TEXTUAL O RECOMENDACIÓN TEÓRICA</b>	
<p>La hipotermia neonatal ocurre cuando la temperatura corporal del bebé desciende por debajo de los 35 °C. Es una emergencia médica, ya que compromete el funcionamiento de órganos vitales como el corazón y el sistema nervioso. La pérdida de calor puede ser más rápida que la capacidad del bebé para generarla, especialmente en los recién nacidos pretérmino debido a su menor masa corporal y reserva de grasa. Las principales causas son la exposición a ambientes fríos, ropa inadecuada o contacto insuficiente piel con piel. Es fundamental mantener al recién nacido en un entorno cálido, preferiblemente en contacto directo con la madre (método canguro), y controlar su temperatura con frecuencia para evitar complicaciones severas</p>	
<b>RECOMENDACIONES BRINDADAS O DE ACUERDO A LA PRÁCTICA</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Controlar la temperatura corporal del recién nacido de forma frecuente, especialmente en las primeras horas de vida.</li> <li>● Iniciar contacto piel con piel inmediatamente después del parto y promover el método canguro en recién nacidos, especialmente prematuros.</li> <li>● Abrigar adecuadamente al bebé, utilizando gorros, mantas y ropa seca y tibia.</li> <li>● En casos de hipotermia, calentar al bebé de forma progresiva y bajo supervisión médica para evitar alteraciones metabólicas.</li> <li>● En condiciones climáticas con descensos de temperatura, abrigar al prematuro con ropa caliente</li> </ul>	
<b>ANÁLISIS COMPARATIVO</b>	

El control de la temperatura corporal del recién nacido pretérmino de bajo riesgo en el hogar es un aspecto crítico para su estabilidad fisiológica. A nivel teórico, se recomienda mantener un ambiente térmico adecuado y evitar cambios bruscos de temperatura; sin embargo, en la práctica domiciliaria estas recomendaciones se ven afectadas por factores ambientales, económicos y culturales.

En muchos hogares, la exposición a corrientes de aire, el uso inadecuado de ropa o la sobreprotección térmica generan desequilibrios que pueden comprometer el bienestar del prematuro. La falta de conocimientos sobre signos de hipotermia o hipertermia dificulta una respuesta oportuna ante alteraciones térmicas.

Esta brecha entre la teoría y la práctica evidencia la necesidad de fortalecer la educación familiar, promoviendo estrategias sencillas y adaptadas al contexto que permitan mantener una temperatura corporal adecuada del recién nacido pretérmino de bajo riesgo en el hogar.

**Matriz 18. Problemas neurológicos y cognitivos, Neurocentro, 2025.**

<b>INDICADOR</b>	<b>REFERENCIA O FUENTE</b>
Problemas neurológicos y cognitivos.	Neurocentro. Complicaciones neurológicas del nacimiento prematuro [Internet]. [citado 1 de mayo de 2025]. Disponible en: <a href="https://neuro-centro.com/complicaciones-neurologicas-del-nacimiento-prematuro/">https://neuro-centro.com/complicaciones-neurologicas-del-nacimiento-prematuro/</a>
<b>CONTENIDO O CITA TEXTUAL O RECOMENDACIÓN TEÓRICA</b>	
<p>Los recién nacidos pretérmino tienen mayor riesgo de presentar alteraciones neurológicas y del desarrollo. La gravedad de estas complicaciones está relacionada con el grado de prematuridad. Algunas condiciones frecuentes incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Parálisis cerebral: trastorno motor crónico que afecta el control muscular y la coordinación.</li> <li>● Leucomalacia periventricular (LPV): lesión de la sustancia blanca del cerebro, generalmente causada por hipoxia, que puede generar secuelas motoras y cognitivas.</li> <li>● Retrasos del desarrollo: dificultades en el lenguaje, el aprendizaje y la socialización, que pueden hacerse evidentes durante los primeros años.</li> <li>● Trastornos de atención y conducta: como el TDAH, que presentan mayor prevalencia en niños prematuros.</li> <li>● Convulsiones neonatales: relacionadas con daño cerebral, infecciones o alteraciones metabólicas.</li> </ul>	
<b>RECOMENDACIONES BRINDADAS O DE ACUERDO A LA PRÁCTICA</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Realizar seguimiento neurológico periódico en bebés prematuros, especialmente los de muy bajo peso o con antecedentes de complicaciones perinatales.</li> <li>● Evaluar el desarrollo motor, cognitivo, del lenguaje y la conducta en controles pediátricos.</li> <li>● Iniciar estimulación temprana desde el alta hospitalaria, con participación de fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y del lenguaje según el caso.</li> </ul>	

- Informar a los padres sobre signos de alerta en el desarrollo para una detección oportuna.
- Referir a neurología si se detectan signos de parálisis cerebral, retrasos o alteraciones conductuales.

### **ANÁLISIS COMPARATIVO**

En El Salvador, el análisis urbano-rural revela una marcada desigualdad en la capacidad de prevenir, detectar y dar seguimiento a complicaciones neurológicas y cognitivas. En el ámbito urbano, los centros nacionales de referencia han logrado avances en la disponibilidad de personal especializado. Esto permite un abordaje más cercano a las recomendaciones internacionales, aunque persisten brechas en la integración de planes de seguimiento postnatal enfocados en el neurodesarrollo. Las madres suelen recibir orientación general antes de iniciar el cuidado en el hogar, pero rara vez se las incorpora en programas estructurados de estimulación temprana. En contraste, en el ámbito rural la situación es más crítica; las unidades de primer nivel carecen de personal entrenado en neurodesarrollo neonatal, lo que limita la detección temprana. La educación familiar sobre cuidados y signos de alarma es mínima, dejando a las madres sin herramientas prácticas para identificar problemas. Además, la distancia geográfica y las dificultades de transporte reducen la posibilidad de acceder a consultas de seguimiento. Mientras en las ciudades el reto es consolidar protocolos y garantizar planes estructurados de seguimiento, en las zonas rurales la prioridad es asegurar acceso básico a servicios especializados y fortalecer la educación comunitaria.

## **5.2 DIMENSIÓN “FACTORES INFLUYENTES EN EL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO DE BAJO RIESGO”.**

Esta dimensión agrupa los factores individuales, familiares, socioculturales, socioeconómicos y del entorno que condicionan la adopción de prácticas seguras y la continuidad del seguimiento del recién nacido pretérmino de bajo riesgo. El análisis parte de la premisa teórica y examina cómo variables como el nivel educativo, creencias tradicionales, recursos económicos y la estructura de los servicios de salud interactúan para facilitar u obstaculizar las recomendaciones técnicas. Se describen no sólo las prácticas observadas, sino también las causas subyacentes de las brechas entre teoría y práctica —por ejemplo, desigualdades en acceso, limitaciones en la capacitación del personal y barreras culturales— y se exploran las consecuencias en términos de riesgo de morbilidad, adherencia a controles y potencial de impacto poblacional. De ello se deriva la necesidad de estrategias integrales que vinculen apoyo post alta, bancos de leche humana, redes comunitarias y fortalecimiento de la atención primaria.

### **5.2.1. MATRICES DE ANÁLISIS COMPARATIVO DE FACTORES INDIVIDUALES Y FAMILIARES.**

En este grupo se analizan las características de la familia y del cuidador (nivel educativo, experiencia previa con neonatos, conocimientos técnicos y salud mental) que influyen sobre la calidad del cuidado domiciliario. Los hallazgos muestran que el conocimiento y la autoeficacia parental son determinantes críticos: familias con mayor formación o con acceso a asesoría especializada tienden a aplicar con más fidelidad las guías clínicas; sin embargo, muchas familias enfrentan ansiedad y baja confianza para realizar prácticas técnicas (extracción de leche, control de signos de alarma), lo que reduce la adherencia a los planes de seguimiento. Además, se identifican limitaciones en el apoyo social (ausencia de redes de relevo, carga laboral de la cuidadora principal) que incrementan el riesgo de agotamiento y errores en la atención. Por consiguiente, el fortalecimiento de la educación pre-alta y de los programas de acompañamiento familiar se presenta como una intervención prioritaria para reducir brechas entre teoría y práctica.

**Matriz 19. Nivel educativo de madres, padres y familiares, Aithor, 2025.**

<b>INDICADOR</b>	<b>REFERENCIA O FUENTE</b>
Nivel educativo de madres, padres y familiares	Aithor. El impacto de la educación de los padres en el rendimiento académico de los niños [Internet]. Aithor; 2024 [citado 1 mayo 2025]. Disponible en: <a href="https://aithor.com/essay-examples/el-impacto-de-la-educacion-de-los-padres-en-el-rendimiento-academico-de-los-ninos">https://aithor.com/essay-examples/el-impacto-de-la-educacion-de-los-padres-en-el-rendimiento-academico-de-los-ninos</a>
<b>CONTENIDO O CITA TEXTUAL O RECOMENDACIÓN TEÓRICA</b>	
<p>Educación a los padres es parte esencial del seguimiento del bebé prematuro. Esta educación incluye técnicas de alimentación, signos de alarma, cuidados higiénicos, estimulación temprana, vacunación y apego. También se orienta sobre cómo interpretar señales del bebé, manejo de equipos médicos domiciliarios (si los hay), y la importancia del control pediátrico. Esta preparación empodera a las familias y contribuye a mejorar la calidad de vida del recién nacido</p>	
<b>RECOMENDACIONES BRINDADAS O DE ACUERDO A LA PRÁCTICA</b>	
<p>Implementar estrategias de educación para la salud dirigidas a padres con niveles bajos de instrucción, mediante talleres prácticos, lenguaje accesible y materiales visuales que aborden temas como la alimentación del prematuro, el monitoreo del crecimiento, la importancia del contacto piel con piel y el cumplimiento de controles médicos.</p>	
<b>ANÁLISIS COMPARATIVO</b>	
<p>En El Salvador, el nivel educativo de los padres influye directamente en las desigualdades en salud. En el ámbito urbano, una mayor proporción de adultos con educación media o superior facilita la comprensión de indicaciones médicas y el reconocimiento de signos de alarma en neonatos, apoyados además por acceso a información digital y consultas más frecuentes. En el ámbito rural, la escolaridad suele ser incompleta o limitada a educación básica, lo que dificulta la interpretación de instrucciones médicas y reduce la continuidad en el seguimiento</p>	

de salud. Esta brecha urbano–rural evidencia cómo la educación condiciona la equidad en la atención neonatal y el pronóstico de los recién nacidos.

**Matriz 20. Conocimiento sobre cuidados, Quiñones-Preciado JA, Peña-García ÁA, Vallecilla-Zambrano DG, Yama-Oviedo JA, Hernández-Gutiérrez NL, Ordoñez-Hernández CA., 2025**

<b>INDICADOR</b>	<b>REFERENCIA O FUENTE</b>
Conocimiento sobre cuidados	Quiñones-Preciado JA, Peña-García ÁA, Vallecilla-Zambrano DG, Yama-Oviedo JA, Hernández-Gutiérrez NL, Ordoñez-Hernández CA. Estrategias y necesidades educativas de padres de bebés prematuros en un hospital de tercer nivel de Cali, Colombia. Sus aportes a la salud mental. Interface (Botucatu). 2023; 27: e220537 2020 [citado 17 de septiembre de 2025]. Disponible en: <a href="https://www.scielo.org/article/icse/2023.v27/e220537/es/#:~:text=Las%20necesidades%20educativas%20de%20los,del%20bebe%20en%20diferentes%20circunstancias.">https://www.scielo.org/article/icse/2023.v27/e220537/es/#:~:text=Las%20necesidades%20educativas%20de%20los,del%20bebe%20en%20diferentes%20circunstancias.</a>
<b>CONTENIDO O CITA TEXTUAL O RECOMENDACIÓN TEÓRICA</b>	
<p>A pesar de las estrategias existentes implementadas en el componente educativo durante la fase ambulatoria, la mayoría de los estudios reportados sobre programas de seguimiento se centran en los efectos de estos sobre el desarrollo y muy pocos abordan aspectos relacionados a la educación parental. Según Benzies et al. La educación es un componente crucial en los programas de seguimiento de prematuros, ya que mejora aspectos relacionados con la seguridad y autoeficacia al dotar a los padres de herramientas para el cuidado de su bebé teniendo un impacto positivo en el desarrollo infantil.</p> <p>La educación para la salud es un instrumento que permite a las personas adquirir conocimientos científicos y prácticos para alcanzar su propia salud. Según Modolo16 debe dirigirse a necesidades sentidas, ofrecerse de manera continua, ajustada al contexto y particularidades de los individuos, consensuada, veraz, novedosa y enfocada a la comunidad, puesto que los grupos ejercen influencia sobre los individuos.</p> <p>Para que la educación para la salud sea significativa debe partir del conocimiento previo, experiencias y creencias de los padres, de manera que el conocimiento se construya por parte</p>	

del educador y del participante, quien debe potencializar sus capacidades y desarrollar recursos novedosos para tomar decisiones conscientes.

### **RECOMENDACIONES BRINDADAS O DE ACUERDO A LA PRÁCTICA**

Se recomienda un proceso formativo integral previo al alta hospitalaria que incluya sesiones prácticas de lactancia, control de temperatura, técnicas de higiene, señales de dificultad respiratoria y un plan de seguimiento comunitario. En El Salvador, este proceso debería complementarse con visitas domiciliarias de enfermería comunitaria para reforzar los conocimientos en las primeras semanas de vida.

### **ANÁLISIS COMPARATIVO**

Aunque la teoría enfatiza la educación intensiva, en El Salvador las limitaciones de personal y recursos dificultan brindar sesiones prolongadas y visitas domiciliarias sistemáticas. Sin embargo, iniciativas de promotores de salud y apoyo de organizaciones no gubernamentales han permitido implementar talleres comunitarios adaptados a contextos de recursos limitados. Los padres valoran recibir información adaptada a su realidad: cómo identificar signos de alarma, manejo de alimentación y control del desarrollo. En El Salvador, muchas de estas necesidades son reales, pues los padres a menudo enfrentan incertidumbre y falta de orientación especializada.

Incorporar contenidos sobre estos temas desde el inicio es esencial, aunque la carga de trabajo del personal de salud podría limitar el tiempo para educación personalizada. Adaptar el material educativo al idioma local, evitar tecnicismos innecesarios y usar imágenes cercanas mejora la comprensión. Además, la conexión con la atención primaria es clave: los talleres educativos deben extenderse al seguimiento comunitario para garantizar la continuidad.

**Matriz 21. Experiencias previas con neonatos, American Academy of Pediatrics, 2025**

<b>INDICADOR</b>	<b>REFERENCIA O FUENTE</b>
Experiencias previas con neonatos	American Academy of Pediatrics. Reacciones comunes de los padres a la UCIN [Internet]. Itasca (IL): American Academy of Pediatrics; 2017; [citado 17 de septiembre de 2025]. Disponible en: <a href="https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/baby/preemie/Paginas/Common-Parent-Reactions-to-the-NICU.aspx">https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/baby/preemie/Paginas/Common-Parent-Reactions-to-the-NICU.aspx</a>
<b>CONTENIDO O CITA TEXTUAL O RECOMENDACIÓN TEÓRICA</b>	
<p>En la UCIN abundan los estímulos sensoriales. Durante los primeros días que pasa en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN), es posible que se sienta agobiada por la cantidad de equipo y aparatos. Muchas de estas máquinas tienen ruidos y alarmas de funcionamiento muy singulares que pueden asustarle o hacerle sentir que algo no está bien con su bebé. El personal de la unidad de cuidados intensivos neonatales está especialmente entrenado para interpretar y responder a cualquier alarma y explicar lo que significa. A medida que pasa más tiempo en la unidad de cuidados intensivos neonatales, también comenzará a distinguir entre los diversos sonidos de alarma.</p> <p>Según la hora del día, la unidad puede ser un remolino de actividad. Más personas tienden a estar en la unidad de cuidados intensivos neonatales durante el día porque es cuando la mayoría de médicos, enfermeros y asistentes médicos hacen sus rondas (visitan a cada paciente) y cuando se realiza la mayoría de pruebas de diagnóstico. Se presentarán con usted varios proveedores de atención médica que participan en la atención a su bebé. No se preocupe en recordar sus nombres o lo que hacen.</p> <p>El personal comprende que usted está asimilando mucha información nueva y continuará presentándose con usted hasta que lleguen a conocerse y entablar una mutua colaboración.</p> <p>Los padres tienen variadas reacciones y emociones luego de sus primeros momentos en la unidad de cuidados intensivos neonatales. La forma en que usted se sienta dependerá de si esperaba que su bebé necesitara atención en la unidad de cuidados intensivos neonatales</p>	

después del nacimiento, de su propia condición y de si ha tenido experiencia alguna experiencia mala en el pasado.

### **RECOMENDACIONES BRINDADAS O DE ACUERDO A LA PRÁCTICA**

Se aconseja que los hospitales promuevan programas de mentoría en los que padres con experiencia acompañen a familias primerizas, ofreciendo espacios de diálogo y talleres prácticos. En el contexto salvadoreño, esto podría fortalecerse a través de redes de apoyo entre madres en comunidades y grupos de WhatsApp moderados por personal de salud.

### **ANÁLISIS COMPARATIVO**

En El Salvador, el acompañamiento de padres con experiencia muestra diferencias entre lo urbano y lo rural. En el ámbito urbano, se observa un crecimiento de grupos organizados y plataformas digitales donde se comparten consejos y estrategias de cuidado.

Estas iniciativas ofrecen un espacio de orientación accesible para familias que buscan apoyo especializado. En el ámbito rural, la participación comunitaria es más informal y depende de la solidaridad local.

Ante la ausencia de programas estructurados, las redes sociales comunitarias se convierten en una alternativa fundamental para transmitir conocimientos prácticos. Sin embargo, estas redes suelen carecer de capacitación técnica, lo que limita su impacto en la calidad del cuidado. La participación comunitaria es una herramienta valiosa, pero su efectividad depende de la capacidad de articularla con el sistema de salud para garantizar un apoyo equitativo.

## 5.2.2. MATRICES DE ANÁLISIS COMPARATIVO DE FACTORES SOCIOCULTURALES (ETNOPRÁCTICAS).

En este grupo se examinan creencias, prácticas y normas culturales que condicionan decisiones cotidianas sobre el cuidado del recién nacido. Se observó que prácticas tradicionales persisten en diversas comunidades y, sin ser necesariamente malintencionadas, pueden entrar en conflicto con recomendaciones basadas en evidencia. A diferencia de los modelos biomédicos universalistas discutidos en el Capítulo II, muchas familias incorporan enfoques híbridos donde conviven saberes populares y asesoría clínica; esto genera oportunidades para intervenciones interculturales que respeten valores locales y, al mismo tiempo, mitiguen riesgos. Sin embargo, la mera transmisión de información técnica no resulta suficiente: se requiere un abordaje participativo que articule mediadores culturales, materiales educativos adaptados y actores comunitarios para facilitar la adopción de prácticas seguras.

### **Matriz 22. Creencias o prácticas culturales de riesgo, González de la Fuente S, Peña Hernández J, Castañeda Carreón A, 2025.**

<b>INDICADOR</b>	<b>REFERENCIA O FUENTE</b>
Creencias o prácticas culturales de riesgo	González de la Fuente S, Peña Hernández J, Castañeda Carreón A. Cuidados en el recién nacido de acuerdo a creencias y costumbres en diferentes culturas [Internet]. ResearchGate; 2020 [citado 4 de mayo de 2025]. Disponible en: <a href="https://www.researchgate.net/publication/343115000_Cuidados_en_el_recien_nacido_de_acuerdo_a_creencias_y_costumbres_en_diferentes_culturas">https://www.researchgate.net/publication/343115000_Cuidados_en_el_recien_nacido_de_acuerdo_a_creencias_y_costumbres_en_diferentes_culturas</a>
<b>CONTENIDO O CITA TEXTUAL O RECOMENDACIÓN TEÓRICA</b>	
El cuidado del recién nacido está profundamente influenciado por el contexto cultural en el que se desarrolla. Este cuidado es una práctica social y humana que se transmite y transforma de generación en generación, articulándose con las costumbres, creencias y conocimientos propios de cada comunidad. En este sentido, la madre, la familia y los cuidadores juegan un papel clave en la transmisión de prácticas que buscan preservar la salud y garantizar la calidad	

de vida del niño. Sin embargo, en diversos contextos socioculturales, persisten prácticas tradicionales que, aunque bien intencionadas, pueden comprometer la salud del recién nacido, especialmente si este es prematuro. Algunas de estas prácticas incluyen el baño con hierbas, la aplicación de sustancias naturales no estériles (como manteca, aceites vegetales o ceniza) sobre la piel del bebé con la intención de protegerlo del “mal de ojo” o fortalecerlo. Lejos de ser inofensivas, estas acciones pueden provocar irritaciones cutáneas o introducir microorganismos patógenos. Asimismo, en algunas culturas se acostumbra envolver excesivamente al bebé para evitar el “frío interno”, lo cual puede dificultar la regulación térmica del prematuro o incluso su respiración. Por tanto, se hace necesario un abordaje intercultural del cuidado, en el que se respete la cosmovisión de las familias pero se integren conocimientos científicos actualizados que promuevan prácticas seguras.

### **RECOMENDACIONES BRINDADAS O DE ACUERDO A LA PRÁCTICA**

Brindar educación basada en evidencia científica.

Desaconsejar el uso de sustancias no estériles sobre la piel del recién nacido, explicando sus riesgos de forma respetuosa.

Orientar sobre la importancia del control térmico adecuado, evitando el sobre abrigo que pueda afectar la respiración o la regulación de temperatura.

Fomentar la participación activa de la familia en el cuidado, fortaleciendo su rol como agentes de salud en el hogar.

### **ANÁLISIS COMPARATIVO**

En El Salvador, al igual que en otras culturas latinoamericanas y rurales, persisten prácticas tradicionales que pueden interferir con la adecuada higiene del recién nacido. Muchas de estas costumbres, transmitidas de generación en generación, están basadas en creencias populares más que en evidencia científica. Un ejemplo común es el baño precoz del recién nacido, motivado por la idea de que el bebé debe estar "limpio" para recibir visitas o por miedo a que conserve "el olor del parto". Esta práctica va en contra de las recomendaciones actuales que sugieren esperar al menos 6 a 24 horas después del nacimiento para evitar la pérdida de calor

corporal y conservar la capa de vérnix caseosa, que protege la piel del bebé y tiene propiedades antimicrobianas.

Otra práctica común en algunas comunidades salvadoreñas rurales es la aplicación de sustancias caseras como ceniza, alcohol, café molido, jugo de plantas o polvos sobre el muñón umbilical, con la intención de acelerar su caída o prevenir infecciones. Sin embargo, estas intervenciones tradicionales pueden causar irritación, retrasar la cicatrización o incluso inducir infecciones locales o sistémicas (onfalitis o sepsis). Estas costumbres son similares a las reportadas en otras culturas según la bibliografía revisada, donde se utilizan materiales no estériles en el cuidado del cordón umbilical o se bañan a los bebés con hierbas sin control sanitario.

Algunas madres en zonas rurales de El Salvador siguen considerando que los recién nacidos deben bañarse diariamente con jabones fuertes para evitar “malos olores” o que el uso de pañales desechables por largos períodos no es dañino, sin considerar los riesgos de dermatitis. La falta de acceso a agua potable y servicios básicos también influye en la higiene, ya que en muchas áreas no se cuenta con condiciones óptimas para la limpieza diaria del bebé.

**Matriz 23. Prácticas positivas que favorecen el cuidado, Salam RA, Das JK, Lassi ZS, Bhutta ZA. 2025.**

<b>INDICADOR</b>	<b>REFERENCIA O FUENTE</b>
Prácticas positivas que favorecen el cuidado	Salam RA, Das JK, Lassi ZS, Bhutta ZA. La higiene de manos para prevenir las infecciones en los recién nacidos [Internet]. Cochrane Database Syst Rev. 2020; [citado 1 de mayo de 2025]. Disponible en: <a href="https://www.cochranze.org/es/CD013326/NEONATAL_la-higiene-de-manos-puede-prevenir-las-infecciones-en-los-recien-nacidos">https://www.cochranze.org/es/CD013326/NEONATAL_la-higiene-de-manos-puede-prevenir-las-infecciones-en-los-recien-nacidos</a>
<b>CONTENIDO O CITA TEXTUAL O RECOMENDACIÓN TEÓRICA</b>	
<p>Una de las medidas más efectivas y de bajo costo para prevenir infecciones neonatales es el lavado frecuente y adecuado de manos por parte de madres, cuidadores y personal de salud. Las infecciones bacterianas son responsables de aproximadamente 500 000 muertes neonatales anualmente, siendo las regiones con menos recursos las más afectadas. Muchas de estas infecciones están relacionadas con la manipulación del recién nacido con manos contaminadas, especialmente durante el cambio de pañales o el contacto con secreciones.</p> <p>A pesar del avance en el conocimiento sobre el control de infecciones desde los tiempos del Dr. Ignaz Semmelweis, la sepsis neonatal continúa representando una causa significativa de mortalidad. Las infecciones maternas y neonatales asociadas a una higiene deficiente representan, respectivamente, el 11 % de las muertes maternas y el 7 % de las muertes neonatales en el mundo. Estudios como el realizado en Nepal por Rhee et al. (2008) demuestran que el lavado de manos antes de manipular al recién nacido reduce significativamente el riesgo de muerte: un 60 % menos cuando las madres informaron lavarse las manos de forma consistente, y un 25 % menos cuando lo hizo la partera encargada del parto.</p>	
<b>RECOMENDACIONES BRINDADAS O DE ACUERDO A LA PRÁCTICA</b>	

Implementar una estrategia educativa permanente dirigida a madres, cuidadores y personal de salud, tanto en hospitales como en entornos comunitarios

Implementar la técnica adecuada de lavado de manos con agua y jabón, enfatizando momentos críticos como antes de tocar al recién nacido, después de cambiar pañales, antes de amamantar, y después del contacto con secreciones.

### **ANÁLISIS COMPARATIVO**

En El Salvador, la práctica del lavado de manos en el cuidado neonatal refleja diferencias significativas entre el ámbito urbano y el rural. En las ciudades, aunque la omisión del lavado de manos sigue siendo frecuente, existen mayores posibilidades de acceso a agua potable, jabón y servicios de saneamiento, lo que facilita la implementación de esta medida básica de prevención. Sin embargo, la falta de conciencia en algunas familias y la transmisión de conocimientos tradicionales que no priorizan la higiene continúan limitando su cumplimiento pleno.

En las zonas rurales, el problema es más estructural: la precariedad en los servicios de agua y saneamiento hace que el lavado adecuado de manos no siempre sea factible, lo que incrementa el riesgo de infecciones en recién nacidos. Además, la educación sanitaria es más limitada y las prácticas culturales suelen dejar en segundo plano la higiene de manos como parte del cuidado del bebé.

En síntesis, mientras en lo urbano el reto principal es fortalecer la conciencia y la educación familiar para consolidar hábitos de higiene, en lo rural la prioridad es garantizar acceso básico a agua potable y saneamiento, acompañado de programas de educación comunitaria desde el embarazo. Esta brecha urbano–rural evidencia cómo un factor tan elemental como el lavado de manos puede convertirse en un determinante crítico de la salud neonatal.

### 5.2.3. MATRICES DE ANÁLISIS COMPARATIVO DE FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y DEL ENTORNO.

Los determinantes económicos y las condiciones del entorno configuran la capacidad real de las familias para aplicar las recomendaciones clínicas. En contextos de bajos ingresos, la compra recurrente de insumos o el costo del transporte hacia controles pediátricos generan barreras concretas que afectan el crecimiento y el seguimiento sanitario del prematuro. Asimismo, la disparidad rural–urbana se refleja en tiempos de traslado más largos, menor disponibilidad de especialistas y menor cobertura de bancos de leche humana; por consiguiente, las brechas territoriales amplifican las desigualdades en salud. Por consiguiente, las políticas públicas deben incorporar transferencias, provisión de kits básicos y estrategias de atención descentralizada para reducir la brecha entre lo recomendado y lo factible.

**Matriz 24. Ingresos familiares, UNICEF, 2025.**

INDICADOR	REFERENCIA O FUENTE
Ingresos familiares	UNICEF. América Latina y el Caribe a 30 años de la aprobación de la Convención sobre los Derechos del Niño [Internet]. Nueva York: UNICEF; 2018 [citado 1 mayo 2025]. Disponible en: <a href="https://www.unicef.org/lac/media/5436/file?utm_source">https://www.unicef.org/lac/media/5436/file?utm_source</a>
CONTENIDO O CITA TEXTUAL O RECOMENDACIÓN TEÓRICA	
El nivel de ingreso económico familiar incide directamente en la calidad del cuidado que puede brindarse a un recién nacido pretérmino de bajo riesgo. Las familias con recursos limitados enfrentan múltiples dificultades para cubrir las necesidades básicas del bebé, como pañales, ropa adecuada, medicamentos y fórmulas especiales, en caso de que se requieran. Además, la falta de recursos puede restringir el acceso al transporte para consultas médicas, afectando el seguimiento pediátrico oportuno. Esta situación suele ir acompañada de condiciones de vivienda inadecuadas, con escasa ventilación, hacinamiento y problemas en la regulación térmica, lo que incrementa el riesgo de infecciones respiratorias en neonatos vulnerables.	

## **RECOMENDACIONES BRINDADAS O DE ACUERDO A LA PRÁCTICA**

Fortalecer las redes de atención primaria y servicios comunitarios que puedan identificar tempranamente a los hogares en situación de vulnerabilidad, facilitando su inclusión en programas de asistencia como transferencias condicionadas, donaciones de insumos básicos o subsidios para medicamentos y fórmulas especiales.

Incluir a las familias con bebés prematuros en programas de protección social diferenciados, reconociendo su condición de vulnerabilidad.

## **ANÁLISIS COMPARATIVO**

El contexto salvadoreño presenta desafíos importantes en cuanto a los ingresos mensuales de los hogares, especialmente aquellos con niñas y niños pequeños. Según datos proporcionados por UNICEF, cerca del 26 % de la población salvadoreña vive en pobreza monetaria, mientras que más del 30 % de los hogares experimenta pobreza multidimensional, afectando directamente su acceso a salud, nutrición, educación y servicios básicos. Esta situación es más marcada en áreas rurales y en zonas de alta vulnerabilidad social, donde los ingresos mensuales son insuficientes para cubrir las necesidades esenciales del desarrollo infantil.

A pesar de la existencia de programas sociales como el subsidio por emergencia, transferencias condicionadas y apoyos temporales, muchos de estos beneficios no llegan de forma sostenida ni equitativa a los hogares más pobres. En muchos casos, los montos entregados están por debajo del umbral internacional de pobreza, lo cual limita el impacto real en la mejora del bienestar infantil. Además, la informalidad laboral de la mayoría de los padres o cuidadores impide una estabilidad económica que permita planificar inversiones en salud o estimulación temprana de calidad.

**Matriz 25. Acceso a servicios de salud, Duarte-Gómez MB, Núñez-Urquiza RM, Restrepo-Restrepo JA, Richardson-López-Collada VL, 2025.**

INDICADOR	REFERENCIA O FUENTE
Acceso a servicios de salud.	Duarte-Gómez MB, Núñez-Urquiza RM, Restrepo-Restrepo JA, Richardson-López-Collada VL. Determinantes sociales de la mortalidad infantil en municipios de bajo índice de desarrollo humano en México [Internet]. [citado 1 mayo 2025]. Disponible en: <a href="https://www.elsevier.es/es-revista-boletin-medico-del-hospital-infantil-401-articulo-determinantes-sociales-mortalidad-infantil-municipios-S1665114615001227">https://www.elsevier.es/es-revista-boletin-medico-del-hospital-infantil-401-articulo-determinantes-sociales-mortalidad-infantil-municipios-S1665114615001227</a>
<b>CONTENIDO O CITA TEXTUAL O RECOMENDACIÓN TEÓRICA</b>	
<p>Las barreras geográficas, económicas y estructurales condicionan fuertemente el acceso de las familias a los servicios de salud, especialmente en zonas rurales o marginadas. La falta de transporte, las largas distancias hacia los centros de salud y los costos asociados con el desplazamiento dificultan el seguimiento adecuado del recién nacido pretérmino de bajo riesgo. Esto puede derivar en complicaciones prevenibles, infecciones no tratadas o descompensaciones que requieren atención urgente.</p> <p>En estos contextos, los servicios de salud, lejos de reducir las desigualdades, muchas veces las reproducen debido a la falta de políticas públicas efectivas y la escasa inversión en atención primaria con enfoque intercultural. Las demoras en la atención, el nacimiento en el hogar sin asistencia calificada, y las deficiencias en la capacitación del personal de salud son determinantes sociales clave en la mortalidad infantil, especialmente en la etapa perinatal.</p>	
<b>RECOMENDACIONES BRINDADAS O DE ACUERDO A LA PRÁCTICA</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Mejorar las competencias del personal comunitario y de primer nivel, incluyendo habilidades en comunicación intercultural.</li> <li>● Eliminar barreras geográficas, económicas y culturales para la atención oportuna.</li> <li>● Fomentar prácticas comunitarias saludables.</li> </ul>	

- Promover la participación activa de las comunidades en la toma de decisiones sobre su salud

### **ANÁLISIS COMPARATIVO**

El acceso oportuno a servicios de salud en la comunidad es fundamental para el seguimiento del recién nacido pretérmino de bajo riesgo; sin embargo, en la práctica domiciliaria salvadoreña existen barreras geográficas, económicas y administrativas que limitan la continuidad del cuidado. Aunque la teoría plantea un acceso equitativo y oportuno, muchas familias enfrentan dificultades para acudir a controles regulares.

Estas limitaciones favorecen retrasos en la detección de problemas de salud y reducen la efectividad de las intervenciones preventivas. La brecha entre la recomendación teórica y la realidad comunitaria evidencia la necesidad de fortalecer la atención primaria y facilitar el acceso de las familias a servicios esenciales.

**Matriz 26. Condiciones del hogar, Donnelly L, Malin KJ, Abdelrahman Y, Zhang X, Upton L, Zhao Y, 2025.**

INDICADOR	REFERENCIA O FUENTE
Condiciones del Hogar	Donnelly L, Malin KJ, Abdelrahman Y, Zhang X, Upton L, Zhao Y, et al. Residential air pollution exposure and preterm birth: a population-based cohort study in Ontario, Canada. Environ Int [Internet]. 2023 [citado 10 junio 2025]; 177:107979. Disponible en: <a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613823001079">https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613823001079</a>
<b>CONTENIDO O CITA TEXTUAL O RECOMENDACIÓN TEÓRICA</b>	
<p>Un nivel educativo más bajo se relaciona con un mayor riesgo de PTB y LBW. En comparación con las mujeres que viven en áreas urbanas y rurales, las mujeres que viven en áreas rurales y remotas tuvieron un nivel educativo más bajo. A nivel nacional, el logro educativo más alto disminuyó significativamente en áreas remotas. Por ejemplo, la proporción de mujeres con títulos universitarios fue menor en áreas no metropolitanas (24,7%) que en áreas metropolitanas.</p> <p>En un estudio nacional, el tabaquismo fue significativamente diferente según el área residencial materna. La proporción de mujeres que fumaron antes y/o durante el embarazo fue mayor en las áreas regionales (57,0%) en comparación con las áreas urbanas (51,5%). De manera similar, la proporción de tabaquismo durante el embarazo fue más del doble en las áreas rurales y remotas de Nueva Gales del Sur en comparación con las áreas urbanas.</p> <p>Por lo tanto, el PTB, el BPN y la CS podrían variar entre las áreas residenciales maternas debido a la identificación tardía y la mala gestión (es decir, una calidad relativamente pobre y una menor continuidad de la atención) de los factores de riesgo. Los factores de riesgo también podrían ser mayores en las áreas residenciales maternas rurales y remotas como resultado de un menor acceso a la atención perinatal de calidad o la atención especializada y un acceso reducido a la atención médica o específicamente a problemas de transporte.</p> <p>Las posibles razones de la relación de las áreas residenciales maternas con el parto prematuro, el bajo peso al nacer y la cesárea podrían ser la asociación entre las áreas residenciales maternas y los factores de riesgo para estos resultados, a saber, la edad materna, las</p>	

enfermedades crónicas, el nivel educativo, el tabaquismo, el seguro médico privado y el acceso a hospitales privados. Los factores de riesgo de PTB, BPN y CS no se distribuyen uniformemente en las áreas residenciales maternas. Además, están relacionados con el acceso a los servicios de salud y a los profesionales de la salud, que también están fuertemente relacionados con las áreas residenciales maternas.

### **RECOMENDACIONES BRINDADAS O DE ACUERDO A LA PRÁCTICA**

Existen diferentes muchas ventajas y desventajas según la zona de residencia sea rural o urbana, por ello se debe tener ciertas recomendaciones según la zona de residencia y disminuir diferentes complicaciones:

- Proteger al prematuro de la contaminación ambiental
- Evitar sacar a RN al exterior si vive cerca de zonas transitadas, industrias, o quemas agrícolas
- Mantener el hogar limpio y ventilado
- Evitar fumadores cerca del RN
- Controlar la temperatura y humedad del hogar
- Mantener al RN en temperaturas estables
- Evitar humedad excesiva o moho
- Reducir el riesgo de infecciones según el entorno
- En zonas con acceso difícil a agua potable, mantener medidas de higiene extremas: lavado de manos, esterilización de utensilios, limpieza en área de RN.
- Evitar personas enfermas cerca de RN
- Buscar apoyo comunitario y servicios de salud disponibles
- Aprovechar visitas domiciliarias por promotores de salud
- Pertenecer a grupos de apoyo o redes locales de madres y familias de prematuros, si hay en el área.
- Mantener acceso a controles médicos aunque el entorno sea desfavorable
- Organizar con anticipación traslados a unidad de salud más cercana para consultas, controles, vacunas, sobre todo si son de difícil acceso o transporte tardío
- Adaptar el espacio doméstico al cuidado del prematuro

- Asegurar que RN duerma limpio, seguro, alejado de corrientes de aire, contaminación y exceso de ruido.

### **ANÁLISIS COMPARATIVO**

En El Salvador, tanto las zonas urbanas como rurales presentan desafíos particulares para el cuidado del recién nacido prematuro. En el Área Metropolitana de San Salvador, la alta densidad vehicular, la contaminación del aire y el hacinamiento en barrios marginales aumentan el riesgo de infecciones respiratorias y exposición a contaminantes como Materia Particulada 2.5 y NO<sub>2</sub>. En áreas rurales, son comunes las quemas agrícolas, el uso de leña para cocinar, la mala ventilación de las viviendas y el acceso limitado a agua potable, lo que dificulta mantener condiciones higiénicas adecuadas. Además, el clima tropical extremo dependiendo el área geográfica que se encuentren y la presencia de moho en viviendas precarias exponen al prematuro a condiciones ambientales desfavorables. Las barreras geográficas, el transporte limitado y la violencia dificultan el acceso a servicios de salud, especialmente en zonas rurales, donde el seguimiento tras el alta hospitalaria muchas veces se interrumpe. Aunque existen equipos comunitarios (ECOS), su cobertura es variable, y no hay suficientes redes especializadas en prematuros. Finalmente, en muchos hogares, la falta de espacio o cuna obliga a que el bebé comparta cama, y el ruido ambiental en zonas densamente pobladas puede afectar su descanso y desarrollo.

#### 5.2.4. MATRICES DE ANÁLISIS DE ATENCIÓN INTEGRAL Y SEGUIMIENTO

Este grupo sintetiza los hallazgos sobre la organización del seguimiento post alta, la oferta de atención multidisciplinaria. Aunque los lineamientos nacionales prevén una evaluación de egreso estructurada y equipos de apoyo (neonatología, nutrición, fisioterapia, psicología), en la práctica existen vacíos en la continuidad del cuidado: visitas domiciliarias irregulares, escaso acceso a apoyo psicosocial y limitaciones en referencia y contrarreferencia. Además, la insuficiente cobertura de bancos de leche humana reduce la capacidad de asegurar leche donada para prematuros que no pueden lactar, lo que obliga a recurrir a fórmulas comerciales o a soluciones locales subóptimas. De ello se deriva que fortalecer las redes de seguimiento, ampliar la infraestructura de bancos de leche y formalizar protocolos de apoyo post alta son acciones prioritarias para disminuir rehospitalizaciones y mejorar los resultados a largo plazo.

#### Matriz 27. Evaluación al egreso hospitalario, Ministerio de Salud, El Salvador, 2025.

INDICADOR	REFERENCIA O FUENTE
Evaluación al egreso hospitalario.	Ministerio de Salud (El Salvador). Guía de práctica clínica informada en la evidencia para el seguimiento de recién nacidos en riesgo [Internet]. San Salvador: Ministerio de Salud; 2021 [citado 1 mayo 2025]. Disponible en: <a href="https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guadepracticaclinicainformadaenlaevidenciaparaelseguimientodereciennacidosenriesgo-version-completa-20102021_v1.pdf">https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guadepracticaclinicainformadaenlaevidenciaparaelseguimientodereciennacidosenriesgo-version-completa-20102021_v1.pdf</a>
CONTENIDO O CITA TEXTUAL O RECOMENDACIÓN TEÓRICA	
Se recomienda que la madre, el padre o la persona cuidadora reciban información sobre el adecuado manejo en casa del recién nacido en riesgo en el momento de salida de la unidad de cuidado neonatal acerca de técnicas de secado de los recién nacidos después del baño, contacto piel a piel, cuidado de los ojos, esquema de vacunación, protección termal, lactancia materna, requerimiento de nutrición, técnica de reanimación cardiopulmonar, masajes, adecuado interacción madrea, padre o persona cuidadora-recién nacido/infante, plan de seguimiento, posturas adecuadas, administración de medicamentos o multivitamínicos en caso necesario, signos de alarma y dónde acudir en caso de emergencia.	

Se sugiere que se realicen talleres durante la hospitalización y no solo la información al egreso con el fin de asegurarse que los padres comprendan toda la información y no se presenten complicaciones por manejo inadecuado de los recién nacidos. Se debe entregar información impresa y audiovisual para que los padres puedan consultar en casa. Esta información puede ser entregada de forma presencial, por correo electrónico o mensajes de texto.

Se sugiere que los padres, madres o personas cuidadoras de los niños en riesgo conozcan el daño producido por el tabaco y reciban información sobre las intervenciones para dejar de fumar con el fin de mejorar la calidad de vida de los recién nacidos.

### **RECOMENDACIONES BRINDADAS O DE ACUERDO A LA PRÁCTICA**

La evaluación al momento del egreso hospitalario es un paso fundamental en la atención del recién nacido pretérmino de bajo riesgo. Esta incluye una valoración clínica completa, revisión de pruebas realizadas (ecografías, tamizajes metabólicos, auditivos y visuales), estado nutricional y neuroconductual, así como la indicación de medicamentos, suplementación nutricional y citas de seguimiento. El egreso debe hacerse solo cuando el bebé ha alcanzado una estabilidad térmica, respiratoria y nutricional adecuada, y cuando la familia ha sido educada en los cuidados esenciales en el hogar.

### **ANÁLISIS COMPARATIVO**

En El Salvador, la aplicación de la Guía del MINSAL (2021) muestra diferencias entre lo urbano y lo rural. En centros urbanos de referencia, se suele cumplir con la evaluación clínica integral y la verificación de estabilidad. Sin embargo, persisten brechas como la entrega inconsistente de cartillas específicas para prematuros y la ausencia de orientación sistemática sobre técnicas de reanimación básica para los cuidadores.

En el ámbito rural, las limitaciones son más profundas: las unidades de primer nivel carecen de recursos especializados y de personal entrenado, dificultando la aplicación completa de los lineamientos.

La entrega de cartillas de seguimiento es irregular, reduciendo la pertinencia del seguimiento. Mientras en lo urbano el reto es perfeccionar protocolos, en lo rural la prioridad es garantizar el acceso básico a cartillas adecuadas y formación familiar.

**Matriz 28. Controles pediátricos regulares, Ministerio de Salud de El Salvador, 2025.**

INDICADOR	REFERENCIA O FUENTE
Controles pediátricos regulares	Ministerio de Salud de El Salvador. Lineamientos técnicos para la atención integral en salud del prematuro con peso menor de 2000 gramos al nacer [Internet]. San Salvador: Ministerio de Salud; 2013 [citado 12 junio 2025]. Disponible en: <a href="https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_atencion_prematuro_con_peso_menor_al_nace_v2.pdf">https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_atencion_prematuro_con_peso_menor_al_nace_v2.pdf</a>
<b>CONTENIDO O CITA TEXTUAL O RECOMENDACIÓN TEÓRICA</b>	
<p>Cada prematuro que nace con un peso inferior a 2,000 gr al egresar del hospital debe llevar la cartilla de seguimiento del prematuro según corresponda.</p> <p>Frecuencia de las consultas de control.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● A nivel hospitalario:</li> </ul> <p>El prematuro al ser dado de alta, debe referirse al Hospital de segundo nivel de su área de responsabilidad, para las consultas de control por el neonatólogo o pediatra, de la siguiente manera:</p> <p>Durante el primer año: En la primera semana después de haber sido dado de alta. Si en este control se identifica que no ha ganado el peso esperado, debe citarse para consulta de control cada semana hasta lograr una ganancia de peso constante de 10 a 20 gramos al día.</p> <p>Al mes posterior del alta: Cada mes, alternando un control en el hospital y un control en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar en adelante UCSF.</p> <p>Durante el segundo y tercer año: Cada cuatro meses.</p> <p>En el cuarto y quinto año: Cada seis meses las actividades diferenciadas para la atención integral del prematuro menor de dos mil gramos al nacer, finalizan a los cinco años de vida, posterior a lo cual se debe continuar los controles establecidos para los niños de 5 a 9 años.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● A nivel de las UCSF.</li> </ul> <p>El prematuro es clasificado en el grupo dispensarial II, es decir el grupo con factores de riesgo, por lo que debe ser evaluado por el Equipo Comunitario de Salud Especializado, en adelante Ecos Especializado, o en la UCSF por el pediatra o personal de mayor experiencia que se encuentre en el establecimiento.</p>	

Los prematuros que nacieron con peso menor de mil quinientos gramos o que hayan tenido una estancia hospitalaria mayor de cuarenta días, independientemente del peso deben ser evaluados de la siguiente manera:

Primera evaluación a la semana del alta hospitalaria, por el pediatra del Ecos Especializados, y brindar seguimiento de acuerdo a la tabla anterior.

El prematuro debe ser evaluado cada dos meses en el hospital de segundo nivel de la RISS que corresponda, y en cada control en el Ecos Familiar debe dársele seguimiento a las indicaciones del Ecos Especializado o del especialista del hospital.

En caso que aún no esté en control en el hospital, debe referirlo para su seguimiento, aunque esté sano.

En cada uno de los controles, para la evaluación del prematuro(a) debe emplearse la papelería según la normativa vigente para expedientes, en el hospital debe utilizarse la de consulta externa y en las UCSF, debe utilizarse la hoja de atención al menor de cinco años, teniendo en cuenta que debe evaluarse con la edad gestacional corregida, así como también deben utilizar la escala simplificada del desarrollo vigente y las curvas de crecimiento de prematuros.

### **RECOMENDACIONES BRINDADAS O DE ACUERDO A LA PRÁCTICA**

Cartilla de seguimiento: Todo prematuro debe egresar del hospital con su cartilla, y los cuidadores deben ser orientados sobre su uso.

- Controles post alta:

Primera semana: Control en hospital de segundo nivel; si no gana peso adecuadamente, continuar controles semanales.

Luego: Controles mensuales alternando hospital y UCSF.

De 1 a 3 años: Consultas cada 4 meses.

De 4 a 5 años: Consultas cada 6 meses.

- Clasificación de riesgo: Todo prematuro pertenece al Grupo Dispensarial II (alto riesgo) y debe ser evaluado por personal experimentado en la UCSF o Ecos Especializado.

Prematuros de mayor riesgo (<1500 g o >40 días hospitalizados):

Control a la semana del alta por Ecos Especializado.

Control hospitalario cada 2 meses y seguimiento en UCSF según indicaciones del especialista.

- Evaluación adecuada:

Usar edad gestacional corregida.

Aplicar curvas de crecimiento para prematuros y escala de desarrollo vigente.

Documentar en la papelería oficial (consulta externa o hoja menor de 5 años).

### **ANÁLISIS COMPARATIVO**

En los centros urbanos, existe mayor posibilidad de entregar y explicar la cartilla de seguimiento y realizar controles posteriores. La coordinación entre niveles de atención es más factible gracias a la cercanía geográfica.

En las zonas rurales, las familias a veces no reciben la cartilla adecuada y los controles se ven afectados por la distancia, falta de transporte y otros factores sociales. La coordinación es débil, lo que genera pérdida de seguimiento cuando el prematuro regresa a su comunidad.

La escasez de personal capacitado en las unidades de salud rurales impide evaluaciones completas, dejando vacíos en la detección temprana de complicaciones. El reto en lo rural es garantizar el acceso básico y fortalecer la red de atención primaria para brindar apoyo comunitario efectivo.

**Matriz 29. Apoyo multidisciplinario, Ministerio de Salud El Salvador, 2025.**

<b>INDICADOR</b>	<b>REFERENCIA O FUENTE</b>
Apoyo Multidisciplinario.	Ministerio de Salud (El Salvador). Guía de práctica clínica informada en la evidencia para el seguimiento de recién nacidos en riesgo [Internet]. San Salvador: Ministerio de Salud; 2021 [citado 1 mayo 2025]. Disponible en: <a href="https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guiadepracticaclinicainformadaenlaevidenciaparaelseguimientodereciennacidosenriesgo-version-completa-20102021_v1.pdf">https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guiadepracticaclinicainformadaenlaevidenciaparaelseguimientodereciennacidosenriesgo-version-completa-20102021_v1.pdf</a>
<b>CONTENIDO O CITA TEXTUAL O RECOMENDACIÓN TEÓRICA</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Pediatra de seguimiento o neonatólogo: Coordina la atención y realiza evaluaciones integrales.</li> <li>● Oftalmólogo pediátrico: Realiza tamizaje y control de retinopatía del prematuro (ROP).</li> <li>● Audiólogo o fonoaudiólogo: Ejecuta pruebas TEOAE o AABR para detectar hipoacusia.</li> <li>● Especialista en neurodesarrollo/neurólogo pediátrico: Aplica pruebas como Dubowitz, Amiel-Tison o Bayley.</li> <li>● Nutricionista: Monitorea el estado nutricional y orientación alimentaria.</li> <li>● Enfermera pediátrica: Apoya en educación para el hogar y seguimiento sanitario.</li> <li>● Psicólogo y trabajador social: Brindan soporte psicosocial para la familia.</li> <li>● Fisioterapeuta/terapeuta ocupacional: Estimula el desarrollo motor.</li> <li>● Equipo de referencia según hallazgos: Cardiología, nefrología, entre otros, con tiempo máximo de referencia de 72 horas si se detectan anomalías</li> </ul>	
<b>RECOMENDACIONES BRINDADAS O DE ACUERDO A LA PRÁCTICA</b>	
<p>El seguimiento de recién nacidos prematuros debe fortalecerse mediante un enfoque multidisciplinario que incluya pediatras, nutricionistas, fonoaudiólogos, oftalmólogos, fisioterapeutas, psicólogos, promotores y trabajadores sociales, con una coordinación efectiva entre niveles de atención y referencias oportunas ante hallazgos anormales. Es fundamental capacitar al personal de primer nivel en áreas clave como neurodesarrollo, tamizajes auditivo y</p>	

visual, y seguimiento nutricional, además de asegurar la disponibilidad de equipos básicos como oftalmoscopios y herramientas de evaluación antropométrica. La creación de clínicas especializadas o jornadas de atención para prematuros, junto con la educación a las familias sobre cuidados en el hogar y signos de alarma, mejora la continuidad del cuidado. Finalmente, establecer sistemas de registro y monitoreo para evaluar la calidad del seguimiento, garantizando una atención integral y equitativa que favorezca el desarrollo óptimo del niño.

### **ANÁLISIS COMPARATIVO**

En centros urbanos de referencia, existe mayor posibilidad de aplicar tamizajes visuales, auditivos y evaluaciones nutricionales. Sin embargo, la escasez de personal entrenado en pruebas estandarizadas limita la detección temprana de alteraciones.

En las zonas rurales, las limitaciones son más profundas, ya que muchas unidades de salud carecen de equipos básicos para tamizajes y personal capacitado. Esto provoca que la evaluación se reduzca a controles clínicos generales sin herramientas específicas para identificar alteraciones tempranas, reflejando desigualdades estructurales que condicionan la efectividad del seguimiento.

**Matriz 30. Educación a madres, padres y familiares, Ministerio de Salud El Salvador, 2025.**

<b>INDICADOR</b>	<b>REFERENCIA O FUENTE</b>
Educación a madres, padres y familiares.	Ministerio de Salud (El Salvador). Guía de práctica clínica informada en la evidencia para el seguimiento de recién nacidos en riesgo [Internet]. San Salvador: Ministerio de Salud; 2021 [citado 1 mayo 2025]. Disponible en: <a href="https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guiadepracticaclinicainformadaenlaevidenciaparaelseguimientodereciennacidosenriesgo-version-completa-20102021_v1.pdf">https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guiadepracticaclinicainformadaenlaevidenciaparaelseguimientodereciennacidosenriesgo-version-completa-20102021_v1.pdf</a>
<b>CONTENIDO O CITA TEXTUAL O RECOMENDACIÓN TEÓRICA</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Enseñar técnicas útiles de secado tras el baño, contacto piel a piel (kangaroo), higiene ocular y protección térmica.</li> <li>● Explicar el esquema de vacunación y la importancia de la suplementación nutricional.</li> <li>● Instruir sobre la reanimación cardiopulmonar básica en casa.</li> <li>● Indicar masajes, posiciones de sueño seguras y la correcta administración de medicamentos o vitaminas.</li> <li>● Identificar signos de alarma, cuándo y dónde acudir en caso de emergencia.</li> <li>● Preferiblemente mediante talleres durante la hospitalización, no solo con material impreso</li> </ul>	
<b>RECOMENDACIONES BRINDADAS O DE ACUERDO A LA PRÁCTICA</b>	
<p>Estandarizar la educación a padres de prematuros antes del egreso hospitalario, mediante sesiones prácticas sobre alimentación, higiene, signos de alarma y reanimación básica. Es clave utilizar materiales accesibles como cartillas o vídeos adaptados al nivel educativo de las familias, así como capacitar al personal de salud en habilidades educativas y comunicativas. Además, debe incorporarse apoyo emocional por parte de psicólogos o trabajadores sociales, y establecer seguimiento comunitario o domiciliar para reforzar los cuidados en el hogar y garantizar una atención integral y continua.</p>	
<b>ANÁLISIS COMPARATIVO</b>	

En entornos urbanos, la orientación suele incluir información básica, pero a menudo se limita a explicaciones verbales generales sin sesiones prácticas sistemáticas. Técnicas críticas como la reanimación básica casi nunca se enseñan.

En las zonas rurales, los recursos didácticos son escasos y la orientación se reduce a mensajes generales, lo que genera inseguridad en los padres.

La falta de acompañamiento comunitario especializado incrementa la probabilidad de complicaciones prevenibles. En síntesis, el reto urbano es fortalecer la calidad de la educación previa al cuidado en casa, mientras que en lo rural la prioridad es garantizar materiales claros y apoyo comunitario constante.

### **5.3. DIMENSIÓN “ORIENTACIONES PRÁCTICAS PARA MADRES, PADRES Y FAMILIA”.**

El grupo de matrices sobre prácticas seguras en el hogar integra directrices preventivas y su traducción en comportamientos familiares. En términos generales, se constató que muchas de las prácticas recomendadas se conocen de forma parcial, pero su implementación efectiva depende de factores combinados: capacitación del cuidador al alta, existencia de materiales educativos, condiciones materiales del hogar y percepción de riesgo por parte de los cuidadores. Sin embargo, en entornos con recursos limitados las dificultades estructurales reducen la capacidad de aplicar medidas de prevención, con implicaciones directas para la morbilidad neonatal.

#### **5.3.1 MATRICES DE ANÁLISIS DE BENEFICIOS DE HIGIENE DEL ENTORNO Y DEL CUIDADOR.**

Este apartado reúne los hallazgos relacionados con la implementación de prácticas de higiene orientadas a la prevención de infecciones en el recién nacido pretérmino de bajo riesgo, incluidas la higiene de manos, el manejo adecuado del cordón umbilical y la limpieza de superficies y utensilios. Los resultados muestran que, aunque la mayoría de las familias reconoce la importancia de la higiene, persisten brechas en la frecuencia, técnica y consistencia de estas prácticas. A nivel nacional, la falta de insumos, el acceso limitado a agua potable y la influencia de prácticas tradicionales explican parte de estas variaciones. De ello se deriva la necesidad de estrategias educativas más precisas y de acompañamiento sanitario continuo para garantizar prácticas efectivas en los hogares.

#### **Matriz 31. Lavado de manos antes de manipular al bebé, RiseInFamily editorial staff, 2025.**

<b>INDICADOR</b>	<b>REFERENCIA O FUENTE</b>
Lavado de manos antes de manipular al bebé.	RiseInFamily editorial staff. Normas de higiene en unidades neonatales [Internet]. [s/f] [citado 27 julio 2025]. Disponible en: <a href="https://riseinfamily.eu/higiene/#:~:text=Antes%20de%20entrar%20a%20la,despu%C3%A9s%20de%20cambiar%20un%20pa%C3%B1al.">https://riseinfamily.eu/higiene/#:~:text=Antes%20de%20entrar%20a%20la,despu%C3%A9s%20de%20cambiar%20un%20pa%C3%B1al.</a>
<b>CONTENIDO O CITA TEXTUAL O RECOMENDACIÓN TEÓRICA</b>	

## Higiene de manos

Para conseguir una atención limpia y segura para nuestros pacientes, todo el personal del Servicio de Neonatología o de otros servicios, familiares y aquéllos que de un modo u otro estén en contacto con los recién nacidos, deben formarse en este ámbito. La higiene de manos es una política activa del Servicio de Neonatología y de Medicina Preventiva del hospital, con un equipo sanitario responsable de la misma. (Ver anexo 4)

### Preparación

Antes de realizar la higiene de manos, se procederá del siguiente modo:

- Mangas recogidas por encima del codo dejando el antebrazo completamente desnudo
- Retirar todas las joyas y demás abalorios de los dedos y muñecas (anillos, pulseras, relojes, gomas del pelo)
- Comprobar que las uñas estén cortas y sin esmaltar
- No usar uñas postizas
- Secuencia
- Para la higiene de manos se procederá, secuencialmente, como se refleja en la figura. Puede realizarse con agua y jabón o con solución hidroalcohólica.
- Frotar palma contra palma.
- La palma de la mano izquierda se sitúa sobre el dorso de la mano derecha con los dedos entrelazados y viceversa.
- Palma contra palma con los dedos entrelazados.
- Frotar el dorso de los dedos contra la palma opuesta con los dedos recogidos.
- Fricción en rotación del pulgar derecho dentro de la palma de la mano izquierda y viceversa.
- Fricción en rotación con movimiento de vaivén; los dedos de la mano derecha juntos sobre la palma de la mano izquierda y viceversa.
- Aclarar y secar con toalla desechable, en caso de lavado con agua y jabón; dejar secar al aire durante 30 segundos, en caso de uso de solución hidroalcohólica, antes de manipular el entorno del paciente

## **RECOMENDACIONES BRINDADAS O DE ACUERDO A LA PRÁCTICA**

El artículo subraya que los recién nacidos prematuros tienen un sistema inmune inmaduro, lo que los hace especialmente vulnerables a infecciones. Por ello, el personal y quienes cuidan al bebé deben evitar llevar joyas (anillos, pulseras, relojes) o uñas pintadas y desinfectar sus manos antes de entrar a la unidad neonatal o antes de manipular al bebé en casa. Además, el lavado de manos con agua y jabón o la aplicación de alcohol gel es obligatorio antes y una vez finalizado el cambio de pañal.

También se indica que cualquier persona que presente síntomas de enfermedad respiratoria no debe acercarse al recién nacido y se recalca la importancia de la higiene de manos como barrera preventiva. Estas normas están diseñadas para proteger a los neonatos dentro de entornos sanitarios, especialmente en unidades de cuidado intensivo, reduciendo la posibilidad de transmisión de patógenos entre cuidadores, visitantes y el personal sanitario.

### **ANÁLISIS COMPARATIVO**

En El Salvador, la prevención de infecciones en recién nacidos vulnerables refleja diferencias claras entre el ámbito urbano y el rural.

En las zonas urbanas, las medidas de higiene están normadas con mayor rigor, aunque el cumplimiento varía según la disponibilidad de insumos. En las zonas rurales, la situación es más compleja por la carencia de recursos suficientes en las unidades de primer nivel.

Tras el inicio de los cuidados en el hogar, muchas familias relajan las prácticas por falta de educación sanitaria y acceso limitado a insumos como jabón o gel antibacterial.

Mientras en lo urbano el reto es consolidar la adherencia a protocolos, en lo rural la prioridad es garantizar el acceso a insumos básicos y fortalecer la educación familiar para proteger al neonato en el hogar.

**Matriz 32. Limpieza y desinfección del entorno, FamilyDoctor.org editorial staff, American Cleaning Institute, 2025.**

<b>INDICADOR</b>	<b>REFERENCIA O FUENTE</b>
Limpieza y desinfección del entorno	FamilyDoctor.org editorial staff; American Cleaning Institute. Cleanliness Guide for New Parents [Internet]. 2023 Aug 16 [citado 25 julio 2025]. Disponible en: <a href="https://familydoctor.org/cleanliness_guide_new_parents/">https://familydoctor.org/cleanliness_guide_new_parents/</a>
<b>CONTENIDO O CITA TEXTUAL O RECOMENDACIÓN TEÓRICA</b>	
<p>Es importante tener una rutina de limpieza regular al traer a su bebé a casa del hospital. Esto incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Limpieza periódica de superficies que se tocan con frecuencia, como pomos de puertas, aparatos electrónicos, grifos, encimeras y juguetes.</li> <li>● Limpiar la cocina al menos una vez por semana, incluido el refrigerador, el microondas y los pisos.</li> <li>● Lavarse las manos después de limpiar la casa. Sobre todo después de cambiar un pañal o sacar la basura.</li> <li>● Lavar la ropa al menos una vez a la semana. Si lavas pañales de tela, hazlo cada dos días.</li> <li>● Limpiar la silla del bebé después de cada comida.</li> </ul>	
<b>RECOMENDACIONES BRINDADAS O DE ACUERDO A LA PRÁCTICA</b>	
<p>Mantener una adecuada higiene en el hogar es fundamental para prevenir infecciones en el recién nacido, debido a la inmadurez de su sistema inmunológico. Se recomienda limpiar con frecuencia las superficies de alto contacto como manijas, interruptores, mesas y controles, usando productos seguros y siguiendo las instrucciones del fabricante.</p> <p>Los utensilios del bebé, como biberones, tetinas y platos, deben lavarse y esterilizarse después de cada uso. El lavado de manos frecuente por parte de todos los miembros del hogar es indispensable, especialmente antes de tocar al bebé, después de cambiar pañales y al regresar del exterior.</p>	

Los juguetes y las áreas de juego del bebé deben limpiarse regularmente, así como su ropa, toallas y sábanas, utilizando detergentes hipoalergénicos. También es importante ventilar los espacios para mantener un ambiente saludable. Finalmente, los productos de limpieza y medicamentos deben almacenarse fuera del alcance del niño, evitando riesgos de intoxicación o accidentes.

### **ANÁLISIS COMPARATIVO**

Las recomendaciones internacionales sobre higiene del hogar y prevención de infecciones en recién nacidos, subrayan la importancia del lavado de manos, limpieza frecuente de superficies, desinfección de utensilios del bebé, lavado separado de la ropa infantil, y almacenamiento seguro de productos peligrosos. Estas acciones buscan reducir el riesgo de enfermedades en un período crítico del desarrollo infantil.

Estas prácticas son conocidas en el ámbito hospitalario y promovidas en algunas consultas de control del niño sano, su aplicación en el entorno doméstico enfrenta múltiples desafíos. Factores como el acceso limitado a servicios básicos (agua potable, productos de limpieza y saneamiento), condiciones de hacinamiento, bajo nivel educativo en zonas rurales.

Además, muchas familias no cuentan con electrodomésticos como esterilizadores o lavadoras, lo que complica la higiene de los utensilios y la ropa del recién nacido. También se observa que el lavado de manos no siempre se realiza adecuadamente, ya sea por desconocimiento o por falta de recursos como agua corriente y jabón.

**Matriz 33. Uso seguro de productos de limpieza, StaySafe, 2025.**

<b>INDICADOR</b>	<b>REFERENCIA O FUENTE</b>
Uso seguro de productos de limpieza.	StaySafe.org editorial staff. Baby-Safe Cleaning Products: Choosing Non-Toxic Options for Your Home [Internet]. circa 2023 [citado 25 julio 2025]. Disponible en: <a href="https://staysafe.org/home-safety/baby-safe-cleaning-products">https://staysafe.org/home-safety/baby-safe-cleaning-products</a>
<b>CONTENIDO O CITA TEXTUAL O RECOMENDACIÓN TEÓRICA</b>	
<p>Cómo elegir productos de limpieza seguros para bebés: qué buscar</p> <p>Para garantizar un entorno seguro para los bebés, es fundamental elegir productos de limpieza con las certificaciones y etiquetas adecuadas. Las certificaciones y etiquetas de buena reputación son indicadores valiosos de la seguridad y el respeto al medio ambiente de un producto. La certificación Green Seal, por ejemplo, garantiza que un producto de limpieza cumple con rigurosos estándares ambientales y de salud, lo que lo convierte en una opción confiable para hogares con bebés.</p> <p>Los productos con el sello EcoLogo se han sometido a rigurosas evaluaciones de eficacia y seguridad, lo que garantiza que no contienen sustancias químicas nocivas. Para quienes se preocupan por los posibles alérgenos, la certificación Asthma and Allergy Friendly significa que un producto ha sido probado científicamente y se ha comprobado su seguridad para personas con asma y alergias. Las familias que buscan opciones sin crueldad animal pueden confiar en la etiqueta Leaping Bunny, que indica que el producto no se ha probado en animales. Al buscar estas certificaciones y etiquetas fiables, los padres pueden elegir con confianza productos de limpieza no tóxicos que priorizan la salud y el bienestar de sus pequeños.</p> <p>Ingredientes naturales y no tóxicos comunes que se deben buscar en productos seguros para bebés</p> <p>Informar a los padres sobre los ingredientes naturales y no tóxicos que se encuentran comúnmente en los productos de limpieza seguros para bebés puede ayudarles a tomar decisiones informadas y saludables. Uno de estos ingredientes es el vinagre, reconocido por sus propiedades ácidas que disuelven eficazmente la grasa y los depósitos minerales sin liberar vapores nocivos. El bicarbonato de sodio es un excelente abrasivo suave, ideal para fregar</p>	

superficies sin dañarlas, además de actuar como un neutralizador natural de olores. El ácido cítrico, derivado de los cítricos, resulta valioso para eliminar manchas y cal, ofreciendo una solución de limpieza segura y eficaz.

Los aceites esenciales, como el aceite de árbol de té, el aceite de lavanda y el aceite de eucalipto, no solo aportan una fragancia agradable, sino que también poseen propiedades antibacterianas naturales. Los tensioactivos vegetales derivados de fuentes como el coco ofrecen una alternativa ecológica a los productos químicos agresivos, ya que son biodegradables y suaves para la piel y el sistema respiratorio. Además, los limpiadores enzimáticos, que utilizan enzimas naturales, actúan eficazmente para descomponer las manchas y la materia orgánica, mejorando aún más la seguridad y eficacia de los productos de limpieza seguros para bebés. Con esta información, los padres pueden identificar con confianza soluciones de limpieza que priorizan el bienestar de sus bebés y minimizan los posibles riesgos asociados con los productos químicos nocivos.

### **RECOMENDACIONES BRINDADAS O DE ACUERDO A LA PRÁCTICA**

Para mantener un entorno seguro para los recién nacidos, se sugiere evitar el uso de productos de limpieza que contengan químicos agresivos como cloro, amoníaco, fragancias artificiales, ftalatos y triclosán, ya que pueden irritar la piel del bebé o afectar su sistema respiratorio en desarrollo. En lugar de estos productos, se recomiendan opciones no tóxicas identificadas como seguras para bebés o, preferiblemente, soluciones caseras elaboradas con ingredientes naturales como vinagre blanco, bicarbonato de sodio y jugo de limón, los cuales resultan eficaces para desinfectar y desodorizar sin representar un riesgo para la salud.

Asimismo, se enfatiza la importancia de almacenar los productos de limpieza incluso los naturales en lugares altos o en gabinetes cerrados con seguros, para prevenir que el bebé los alcance accidentalmente. Durante la limpieza del hogar, se debe procurar una adecuada ventilación abriendo ventanas para permitir la circulación de aire y evitar la acumulación de vapores, incluso si se utilizan productos sin químicos agresivos. También se aconseja evitar realizar tareas de limpieza en presencia del bebé o colocarlo en superficies recién limpiadas hasta que estén completamente secas y aireadas, con el fin de reducir cualquier exposición innecesaria. Finalmente, se advierte sobre el peligro de mezclar productos de limpieza, incluso si son naturales, ya que ciertas combinaciones pueden liberar gases dañinos. Por lo tanto, seguir una

rutina de limpieza cuidadosa y consciente es clave para garantizar un entorno saludable y libre de riesgos para los más pequeños del hogar.

### **ANÁLISIS COMPARATIVO**

En El Salvador, la promoción del uso de productos de limpieza no tóxicos y prácticas seguras en el hogar refleja diferencias claras entre el ámbito urbano y el rural.

En las ciudades, aunque persiste el uso de productos agresivos sin etiquetado adecuado, existe mayor acceso a información sobre alternativas caseras como vinagre y bicarbonato, así como a campañas de educación sanitaria en hospitales y clínicas. Sin embargo, las viviendas pequeñas y con ventilación limitada dificultan la aplicación plena de estas recomendaciones, lo que expone a los recién nacidos a riesgos químicos.

En las zonas rurales, las limitaciones son más profundas: el desconocimiento de los riesgos es mayor, el uso de productos comerciales sin regulación es común y la infraestructura doméstica para almacenamiento seguro es escasa. Además, la falta de orientación sistemática desde el primer nivel de atención en salud reduce la adopción de prácticas preventivas, lo que incrementa la vulnerabilidad de los bebés en el entorno doméstico.

En síntesis, mientras en lo urbano el reto es consolidar la educación sanitaria y adaptar las recomendaciones a viviendas con limitaciones estructurales, en lo rural la prioridad es garantizar acceso a información clara y promover soluciones caseras accesibles. Esta brecha urbano–rural evidencia la necesidad de estrategias diferenciadas que protejan al recién nacido frente a la exposición a sustancias nocivas en el hogar.

### 5.3.2 MATRICES DE ANÁLISIS DE PRÁCTICAS SEGURAS EN EL HOGAR.

Esta sección analiza las condiciones en que duermen los recién nacidos pretérmino y la forma en que las familias organizan el ambiente del hogar para reducir riesgos. Las recomendaciones teóricas enfatizan el sueño en posición supina, superficies firmes y ausencia de objetos blandos; sin embargo, los hallazgos muestran que estas directrices no siempre se aplican, especialmente en hogares con limitaciones de espacio o arraigo de prácticas culturales como el colecho no seguro. A diferencia de contextos con mayor apoyo domiciliario, en el entorno salvadoreño la orientación se limita al alta, lo que dificulta la adherencia posterior. Por consiguiente, se evidencia la necesidad de fortalecer la educación sobre sueño seguro y de promover mensajes consistentes entre los distintos niveles de atención

**Matriz 34. Supervisión constante del bebé, Kaiser Permanente, 2025.**

<b>INDICADOR</b>	<b>REFERENCIA O FUENTE</b>
Supervisión constante del bebé.	Kaiser Permanente. Su recién nacido en casa: instrucciones de cuidado [Internet]. Kaiser Permanente; [citado 1 mayo 2025]. Disponible en: <a href="https://espanol.kaiserpermanente.org/es/health-wellness/health-encyclopedia/he.su-reci%C3%A9n-nacido-en-casa-instrucciones-de-cuidado.tw12173">https://espanol.kaiserpermanente.org/es/health-wellness/health-encyclopedia/he.su-reci%C3%A9n-nacido-en-casa-instrucciones-de-cuidado.tw12173</a>
<b>CONTENIDO O CITA TEXTUAL O RECOMENDACIÓN TEÓRICA</b>	
<p>El recién nacido pretérmino de bajo riesgo debe estar bajo constante supervisión. Dada su fragilidad, cualquier cambio en su estado (coloración, respiración, temperatura o llanto) debe ser observado y atendido oportunamente. Nunca debe dejarse al bebé solo en la cama, bañera o cambiador, ni siquiera por unos segundos. La vigilancia continua previene accidentes y permite una intervención temprana ante cualquier signo de alarma.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Mantenga a su bebé seguro mientras duerme</li> <li>● Siempre ponga a su bebé a dormir de espaldas.</li> <li>● No ponga posicionadores para dormir, almohadillas protectoras, ropa de cama suelta ni animales de peluche en la cuna.</li> <li>● No duerma con su bebé. Esto incluye dormir en su cama o un sillón o sofá.</li> </ul>	

- Haga que su bebé duerma en la misma habitación que usted por al menos los primeros 6 meses.
- No coloque a su bebé en una silla para automóviles, un cargador de tipo canguro, un columpio, un asiento rebotador ni un cochecito para dormir.

### **RECOMENDACIONES BRINDADAS O DE ACUERDO A LA PRÁCTICA**

Se destaca que la vigilancia constante del recién nacido es clave para asegurar su bienestar. Se recomienda monitorizar con atención la caída del cordón umbilical y mantenerlo limpio y seco, evitando baños por inmersión hasta que haya sanado por completo. Además, es fundamental vigilar la temperatura corporal del bebé, manteniéndolo abrigado pero sin excesos, y observando signos de fiebre o hipotermia. También se aconseja acostar siempre al recién nacido boca arriba, sobre una superficie firme y sin objetos sueltos, con el fin de reducir el riesgo de muerte súbita, lo cual requiere supervisión frecuente durante el sueño. La observación continua de su respiración, coloración de piel y comportamiento general permite detectar tempranamente signos de dificultad respiratoria, ictericia o letargo.

Asimismo, lavar las manos antes de tocar al bebé y evitar el contacto con personas enfermas, lo que implica estar pendientes de quienes ingresan al entorno del recién nacido. Se recomienda acudir a controles pediátricos entre los días 3 y 5 posteriores al alta, y luego según el calendario indicado, reforzando así la vigilancia profesional complementaria. Finalmente, se alienta a los cuidadores a buscar ayuda y a descansar, para mantenerse alerta y disponibles durante los primeros días, cuando el bebé necesita mayor supervisión.

### **ANÁLISIS COMPARATIVO**

Las recomendaciones se centran en una vigilancia minuciosa del recién nacido, incluyendo el monitoreo del cordón umbilical, la posición al dormir, la temperatura corporal, el comportamiento general y la prevención de infecciones. Esto implica no solo conocimiento técnico, sino también la disponibilidad de condiciones adecuadas en el hogar, acceso constante a servicios de salud y una red de apoyo familiar o profesional para compartir responsabilidades y evitar el agotamiento del cuidador principal.

En el contexto salvadoreño, si bien los lineamientos del Ministerio de Salud también promueven la vigilancia del recién nacido durante los primeros días posteriores al alta, existen barreras estructurales que dificultan su cumplimiento en muchas zonas del país. Las limitaciones en la cobertura del sistema de salud, la dispersión geográfica, el acceso limitado a transporte o centros de salud y la falta de personal capacitado en zonas rurales pueden impedir una vigilancia profesional oportuna. Además, en algunos hogares con condiciones económicas precarias, no siempre se cuenta con cunas adecuadas, termómetros, productos de higiene apropiados o suficiente tiempo para observar al bebé continuamente, ya que muchas madres deben reincorporarse rápidamente a sus actividades domésticas o laborales sin apoyo.

No obstante, a pesar de estas dificultades, muchas comunidades hacen uso de saberes tradicionales y redes de apoyo familiar que, si son fortalecidas y articuladas con el sistema de salud, pueden favorecer una vigilancia efectiva.

**Matriz 35. Preparación adecuada de materiales para el baño, Raising Children Network, 2025.**

<b>INDICADOR</b>	<b>REFERENCIA O FUENTE</b>
Preparación adecuada de materiales para el baño	Raising Children Network. Baño del recién nacido: lo esencial [Internet]. Australia: Raising Children Network; s.f. [citado 1 mayo 2025]. Disponible en: <a href="https://raisingchildren.net.au/newborns/health-daily-care/hygiene-keeping-clean/bathing-a-newborn">https://raisingchildren.net.au/newborns/health-daily-care/hygiene-keeping-clean/bathing-a-newborn</a>
<b>CONTENIDO O CITA TEXTUAL O RECOMENDACIÓN TEÓRICA</b>	
<p>Preparación del baño para recién nacidos: consejos</p> <p>A continuación te indicamos cómo prepararte para el baño de un recién nacido:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Descuelga o apaga el teléfono mientras bañas a tu bebé. Así te distraes menos.</li> <li>● Limpiador suave para bebés</li> <li>● Evite usar jabón, ya que reseca la piel de su bebé. Si es necesario, puede usar un limpiador suave para bebés.</li> <li>● Coloca la bañera en un lugar estable y a una altura donde puedas sostener cómodamente a tu bebé, como en la mesa de la cocina.</li> <li>● Llene la bañera con suficiente agua tibia para bañar a su bebé. Si planea bañarlo lejos del grifo, use jarras de agua.</li> <li>● Quítese el reloj y las joyas y lávese las manos.</li> <li>● Comprueba que la temperatura del agua esté entre 37 y 38 °C antes de meter a tu bebé en la bañera. Si no tienes termómetro, usa la muñeca o el codo para comprobar la temperatura; debe estar agradablemente tibia, no caliente.</li> <li>● Antes de bañar a su bebé en un lavabo, deje correr brevemente agua fría por el grifo una vez que haya terminado de llenar el lavabo.</li> <li>● No agregue agua adicional mientras su bebé esté en el baño.</li> </ul>	
<b>RECOMENDACIONES BRINDADAS O DE ACUERDO A LA PRÁCTICA</b>	

Se recomienda bañar al recién nacido entre dos y tres veces por semana, ya que los baños diarios pueden reseca su piel delicada. En los días intermedios puede realizarse una higiene parcial con un paño húmedo, limpiando cara, cuello, manos y zona del pañal. Antes del baño debe prepararse todo lo necesario. El agua debe estar tibia y la habitación debe tener una temperatura confortable para evitar enfriar al bebé. Se debe llenar previamente la tina y no añadir más agua una vez que el bebé esté adentro. El baño no debe durar más de 5 a 10 minutos.

Primero se limpia suavemente el rostro y los ojos con algodón húmedo antes de desnudar al bebé. Luego se lava el resto del cuerpo, con énfasis en los pliegues de la piel, finalizando por la zona genital. El cabello solo necesita lavarse una o dos veces por semana, usando solo agua si no hay exceso de grasa o suciedad. El uso de jabón debe ser mínimo y en muchos casos se recomienda solo agua tibia. Durante todo el baño, el bebé debe ser sostenido con seguridad, con especial apoyo en cabeza y cuello, y nunca debe dejarse solo, ni por un instante.

Al finalizar, se debe envolver al bebé en una toalla seca y suave, secándolo con delicadeza, especialmente en los pliegues. Si la piel está seca, puede aplicarse una crema hidratante sin perfume, y si hay enrojecimiento en el área del pañal, se puede utilizar una crema barrera con óxido de zinc. Solo se debe vaciar la tina cuando el bebé ya esté vestido y colocado de forma segura.

### **ANÁLISIS COMPARATIVO**

En El Salvador, las prácticas de higiene y baño de los recién nacidos muestran diferencias claras entre el ámbito urbano y el rural.

En las ciudades, aunque no todas las familias cuentan con termómetros de baño o productos hipoalergénicos sin fragancia, existe mayor acceso a estos insumos en farmacias y supermercados. Los espacios domésticos suelen ofrecer mejores condiciones para mantener ambientes cálidos y agua caliente, lo que facilita reducir el riesgo de hipotermia. Sin embargo, las costumbres culturales también influyen: en zonas urbanas cálidas se tiende a bañar al bebé con frecuencia, lo que puede provocar resequedad de piel si no se acompaña de productos adecuados para su cuidado.

En las zonas rurales, las limitaciones son más profundas. Muchas viviendas carecen de espacios cálidos y de acceso constante a agua caliente, lo que dificulta mantener la temperatura ideal de

37–38 °C durante el baño. La falta de productos hipoalergénicos, pañales limpios y cremas para piel sensible incrementa el riesgo de irritaciones cutáneas o dermatitis. Además, la educación sanitaria sobre prácticas seguras es menos accesible, lo que obliga a depender de recursos básicos como comprobar la temperatura del agua con el codo y usar paños limpios en lugar de productos comerciales.

En síntesis, mientras en lo urbano el reto es moderar la frecuencia del baño y garantizar el uso de productos adecuados, en lo rural la prioridad es adaptar las recomendaciones a recursos limitados y fortalecer la educación parental. Esta brecha urbano–rural evidencia cómo las condiciones materiales y culturales condicionan la seguridad y el bienestar dermatológico de los recién nacidos.

**Matriz 36. Medidas preventivas ante complicaciones, Natalben, 2025**

<b>INDICADOR</b>	<b>REFERENCIA O FUENTE</b>
Medidas preventivas ante complicaciones	Natalben. Cuidados del bebé prematuro en casa [Internet]. Italfarmaco S.A.; [citado 17 sept 2025]. Disponible en: <a href="https://www.natalben.com/cuidados-bebe-prematuro-casa">https://www.natalben.com/cuidados-bebe-prematuro-casa</a>
<b>CONTENIDO O CITA TEXTUAL O RECOMENDACIÓN TEÓRICA</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Extremar las medidas de higiene, y lavarse bien las manos antes de tocar al bebé. Evitar el contacto con mucha gente, que puede ser portadora de gérmenes que afecten al bebé.</li> <li>● Prevenir cambios bruscos de temperatura. Conviene evitar que se enfríen, pues los primeros días quizá no sean capaces de controlar su temperatura.</li> <li>● Vigilar la alimentación y el peso. Quizá no llore cuando tenga hambre (la inmadurez del sistema nervioso hace que no sepa cuándo está hambriento), y puede tardar más tiempo en alimentarse. Las tomas deben hacerse en pequeñas cantidades y a intervalos frecuentes. Si se alimenta con biberón, se le puede ofrecer una tetina más blanda especialmente diseñada para niños prematuros, que reduce el esfuerzo para succionar.</li> <li>● Controlar la frecuencia y consistencia de las heces. Si está estreñido o tiene diarrea hay que consultar con su médico.</li> <li>● Un bebé prematuro necesita un ambiente tranquilo, con luz tenue y sin ruido.</li> <li>● Al manejar al bebé hay que tener en cuenta que su cuello no tiene aún fuerza para sostener bien la cabeza y habrá que cogerlo con precaución para sujetársela de algún modo.</li> <li>● No se debe fumar en su cercanía, los prematuros son más propensos a padecer enfermedades respiratorias.</li> <li>● Seguramente, el bebé deberá acudir más a menudo a las revisiones del pediatra, ya que su crecimiento y su desarrollo pueden necesitar un seguimiento especial.</li> </ul>	
<b>RECOMENDACIONES BRINDADAS O DE ACUERDO A LA PRÁCTICA</b>	

Mantener temperatura corporal estable y alimentarse por succión, se considere darle el alta hospitalaria; pero antes de eso, los padres deben estar bien informados sobre cuidados, medicación, alimentación y señales de alerta. Luego, en casa, se recomienda extremar las medidas de higiene (lavarse las manos antes de tocar al bebé, evitar contacto con personas que puedan tener gérmenes), prevenir cambios bruscos de temperatura, vigilar la alimentación y el peso (ya que los prematuros pueden no expresar hambre y requieren tomas más frecuentes y en menor volumen), controlar la frecuencia y consistencia de las heces, mantener un ambiente tranquilo con luz tenue y sin ruido, tener cuidado al manipular al bebé (sostener cabeza y cuello con precaución), evitar el humo de cigarrillo cerca del neonato, limitar las visitas por el riesgo de contagios, y acudir con más frecuencia a revisiones del pediatra

### **ANÁLISIS COMPARATIVO**

La prevención de infecciones en el recién nacido pretérmino de bajo riesgo en el hogar requiere la adopción de múltiples medidas orientadas a reducir la exposición a agentes infecciosos. Si bien la teoría establece la importancia de limitar el contacto con personas enfermas, mantener espacios limpios y asegurar una adecuada ventilación, en la práctica estas medidas no siempre se cumplen de forma sistemática en el entorno familiar.

Factores como el hacinamiento, las condiciones socioeconómicas y la necesidad de interacción social dificultan la implementación de estrategias preventivas efectivas. Asimismo, la falta de reconocimiento temprano de signos de infección contribuye a retrasos en la búsqueda de atención oportuna.

La comparación entre el enfoque teórico y la realidad domiciliaria pone de manifiesto la necesidad de intervenciones educativas continuas y contextualizadas, que permitan a las familias identificar riesgos, adoptar medidas preventivas realistas y proteger la salud del recién nacido pretérmino de bajo riesgo en el hogar.

### 5.3.3 MATRICES DE ANÁLISIS DE CONSECUENCIAS DE CUIDADOS INADECUADOS.

El control de la temperatura ambiental y la protección del recién nacido frente a riesgos como humo de tabaco, contaminación doméstica o exposición solar inadecuada son componentes esenciales del cuidado preventivo. Los hallazgos revelan que, aunque existe conocimiento general sobre la importancia de evitar el frío y el calor excesivo, muchas familias carecen de termómetros o de sistemas adecuados de ventilación. Asimismo, se observaron exposiciones ambientales prevenibles, especialmente en viviendas donde se utiliza leña o combustibles sólidos. De ello se deriva la importancia de intervenciones que integren salud y vivienda, así como el fortalecimiento de la orientación familiar sobre medidas simples de control térmico y ambiental.

**Matriz 37. Riesgo de infecciones cutáneas, DermNet NZ, 2025.**

<b>INDICADOR</b>	<b>REFERENCIA O FUENTE</b>
Riesgo de infecciones cutáneas	DermNet NZ. Premature infant skin and care [Internet]. [citado 27 julio 2025]. Disponible en: <a href="https://dermnetnz.org/topics/premature-infant-skin-and-care">https://dermnetnz.org/topics/premature-infant-skin-and-care</a>
<b>CONTENIDO O CITA TEXTUAL O RECOMENDACIÓN TEÓRICA</b>	
Las infecciones cutáneas en recién nacidos pretérmino pueden ser graves y presentarse con una variedad de manifestaciones clínicas, como eritema, lesiones pustulosas o vesiculares. Entre los agentes causales más comunes se encuentran los estreptococos, estafilococos, el virus del herpes simple y especies de Candida. La prematurez es un factor de riesgo importante para infecciones causadas por bacterias resistentes a los antibióticos, como <i>Staphylococcus aureus</i> resistente a meticilina (MRSA), especialmente en las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN). La transmisión puede ocurrir de forma vertical (desde la madre) o horizontal (por contacto directo con cuidadores colonizados). Los sitios más frecuentes de colonización inicial son el muñón umbilical y la mucosa nasal, lo cual puede progresar a infecciones graves como el síndrome estafilocócico de la piel escaldada. Las intervenciones eficaces para reducir el riesgo de infección por MRSA en UCIN incluyen una mejor higiene de manos y la detección y descolonización del personal de salud y de los pacientes.	

## **RECOMENDACIONES BRINDADAS O DE ACUERDO A LA PRÁCTICA**

Los recién nacidos prematuros presentan una piel inmadura y frágil, con menor función barrera y alta susceptibilidad a infecciones cutáneas. Se recomienda mantener la piel limpia usando únicamente agua o jabón suave, pH neutro o ligeramente ácido, minimizando el uso de productos con fragancias, alcohol o irritantes químicos. Sólo debe utilizarse jabón en áreas visiblemente sucias, mientras que el resto del cuerpo puede limpiarse con agua. El cordón umbilical debe mantenerse seco y limpio, evitando cualquier aplicación tópica innecesaria, ya que su cuidado adecuado disminuye el riesgo de onfalitis.

Se aconseja hacer evaluaciones diarias del estado de la piel, identificando signos de enrojecimiento, sequedad o irritación, y continuar estas observaciones incluso después del alta hospitalaria bajo orientación familiar. En caso de dermatitis del pañal, se debe cambiar el pañal con frecuencia, limpiar la zona con agua o toallitas hipoalergénicas sin alcohol, secar cuidadosamente y aplicar una crema barrera como óxido de zinc sin fragancias. En prematuros con piel agrietada o muy seca, la aplicación de emolientes sin preservantes puede ser útil para preservar la integridad de la piel, aunque su uso profiláctico debe evaluarse según riesgo individual, ya que algunas investigaciones sugieren que aceites como el de girasol pueden reducir infecciones sin efectos adversos. Además, se debe evitar el uso de adhesivos agresivos o cintas en la piel del prematuro; en su lugar se prefieren apósitos suaves o películas barrera que minimicen la irritación al ser retiradas.

## **ANÁLISIS COMPARATIVO**

En El Salvador, la prevención de infecciones cutáneas en prematuros muestra contrastes significativos entre los contextos urbanos y rurales. En las ciudades, las familias suelen tener mayor acceso a productos de higiene específicos y agua potable constante, lo que facilita el cumplimiento de las recomendaciones sobre el cuidado de la barrera cutánea.

Sin embargo, persiste el desafío de educar sobre el uso de productos adecuados, ya que el mercado ofrece muchas opciones con fragancias o químicos que pueden ser irritantes para la piel del prematuro.

En las zonas rurales, la situación se vuelve más compleja debido a la precariedad en el acceso a agua segura y la falta de recursos para adquirir jabones neutros o emolientes recomendados.

Muchas familias recurren a remedios caseros o productos de limpieza general que pueden alterar el pH de la piel y favorecer la aparición de dermatitis o infecciones bacterianas.

La educación sobre la importancia de la integridad cutánea como barrera defensiva no siempre llega de manera efectiva a estas comunidades. Mientras en lo urbano el reto es la selección adecuada de productos comerciales, en lo rural la prioridad es garantizar condiciones básicas de higiene y sustituir prácticas tradicionales de riesgo por cuidados basados en la protección de la piel del recién nacido.

**Matriz 38. Riesgo de infecciones umbilicales, Martínez E, Dra. Esther Martínez, 2025.**

<b>INDICADOR</b>	<b>REFERENCIA O FUENTE</b>
Riesgo de infecciones umbilicales.	Martínez E; Dra. Esther Martínez. Onfalitis, infección del cordón umbilical [Internet]. MAPFRE Salud Familiar; 19 oct 2022 [citado 27 julio 2025]. Disponible en: <a href="https://www.salud.mapfre.es/salud-amiliar/bebe/enfermedades-bebe/onfalitis/">https://www.salud.mapfre.es/salud-amiliar/bebe/enfermedades-bebe/onfalitis/</a>
<b>CONTENIDO O CITA TEXTUAL O RECOMENDACIÓN TEÓRICA</b>	
<p>La onfalitis es la infección de la zona del ombligo y es una situación potencialmente grave en el recién nacido. Engloba la infección del ombligo y de los tejidos que lo rodean.</p> <p>Debido a las estrictas medidas de higiene que se realizan en el cordón umbilical desde el primer día de vida, actualmente, la infección del ombligo es una complicación poco habitual en el recién nacido.</p> <p>Es por esto muy importante realizar la limpieza y el secado del cordón umbilical con extremo cuidado dos veces al día desde el nacimiento del bebé y hasta que éste se caiga forme la cicatriz que llamamos ombligo.</p> <p>La onfalitis aparece entre el tercer y cuarto día de vida del recién nacido, con una incidencia del 0,7% en los países desarrollados, hasta un 8% en los países en vías de desarrollo y puede alcanzar el 22% en los partos domiciliarios donde no haya las medidas adecuadas y no planificados. Antes, cuando las medidas de higiene eran limitadas, era causante de muchas muertes neonatales, debido a la permeabilidad de los vasos umbilicales que persiste hasta aproximadamente los 20 días de vida. Hoy en día en los países en vías de desarrollo siguen muriendo niños por sepsis y tétanos neonatal cuya puerta de entrada es el cordón umbilical.</p>	
<b>RECOMENDACIONES BRINDADAS O DE ACUERDO A LA PRÁCTICA</b>	
<p>La onfalitis es una infección del cordón umbilical y los tejidos circundantes que puede ser grave en recién nacidos. Se recomienda realizar limpiezas cuidadosas del muñón umbilical dos veces al día, manteniéndolo siempre seco y limpio, hasta que este se desprenda y cicatrice. En entornos con alta incidencia de onfalitis, puede utilizarse clorhexidina al 4 % como desinfectante,</p>	

mientras que en contextos de países desarrollados se considera suficiente una higiene con agua jabonosa templada seguida de secado con gasa estéril. El contacto piel con piel después del nacimiento también puede actuar como factor protector, favoreciendo la colonización del ombligo por flora ligera habitual. Ante signos como enrojecimiento, secreción maloliente, edema o fiebre, se debe acudir de inmediato al pediatra, quien iniciará tratamiento antibiótico local o intravenoso según la gravedad.

### **ANÁLISIS COMPARATIVO**

El manejo del cordón umbilical en El Salvador es un tema donde las creencias culturales influyen fuertemente en la seguridad del neonato. En el ámbito urbano, existe una mayor adherencia a la técnica de "cura seca" o limpieza solo con agua y jabón, gracias a una orientación más técnica durante el seguimiento.

No obstante, en las zonas rurales aún prevalecen prácticas de riesgo como la aplicación de sustancias (aceites, polvos, monedas o fajas) que aumentan drásticamente el riesgo de onfalitis. El acceso limitado a consultas de control oportunas hace que las señales iniciales de infección, como el enrojecimiento o el mal olor, no sean detectadas a tiempo por personal capacitado, derivando en complicaciones sistémicas. Existe una brecha clara en la supervisión del cuidado del cordón una vez que el bebé está en el hogar; las familias rurales dependen más de los consejos de la comunidad que de las guías de salud.

Para mitigar este riesgo, es fundamental fortalecer la educación comunitaria y el rol de los promotores de salud, asegurando que el mensaje de mantener el cordón limpio y seco sea comprendido y aplicado por encima de los mitos locales que comprometen la salud del prematuro.

**Matriz 39. Dermatitis del pañal, MedlinePlus, 2025.**

INDICADOR	REFERENCIA O FUENTE
Dermatitis del pañal.	MedlinePlus. Infecciones en los recién nacidos [Internet]. MedlinePlus; s.f. [citado 1 mayo 2025]. Disponible en: <a href="https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000964.htm">https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000964.htm</a>
<b>CONTENIDO O CITA TEXTUAL O RECOMENDACIÓN TEÓRICA</b>	
<p>Es un problema de la piel que aparece en la zona debajo del pañal de un bebé.</p> <p>Causas</p> <p>La dermatitis del pañal es común en bebés de 4 a 15 meses de edad. Es posible que se note más cuando los bebés empiezan a comer alimentos sólidos.</p> <p>La dermatitis del pañal causada por infección con una levadura (hongo) llamado <i>Candida</i> es muy común en los niños. La <i>Candida</i> prolifera mejor en lugares calientes y húmedos, como dentro de un pañal. Una dermatitis del pañal por <i>Candida</i> es más probable que se presente en bebés que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● No se mantienen limpios y secos</li> <li>● Están recibiendo antibióticos, o cuyas madres están tomando antibióticos mientras amamantan</li> <li>● Tienen deposiciones más frecuentes</li> </ul> <p>Otras causas de la dermatitis del pañal incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Ácidos en las heces (observados con más frecuencia cuando el niño tiene diarrea)</li> <li>● Amoníaco (un químico producido cuando las bacterias descomponen la orina)</li> <li>● Pañales que están demasiado ajustados o frotan la piel</li> <li>● Reacciones a jabones y otros productos utilizados para lavar los pañales de tela</li> </ul>	
<b>RECOMENDACIONES BRINDADAS O DE ACUERDO A LA PRÁCTICA</b>	
<p>La dermatitis del pañal es una afección común en los recién nacidos prematuros debido a su piel inmadura, más susceptible a irritaciones por humedad, fricción y contacto prolongado con orina o heces. Para prevenirla y tratarla, se recomienda cambiar los pañales con frecuencia, especialmente después de cada evacuación, para minimizar el tiempo de exposición a irritantes. La limpieza debe hacerse suavemente con agua tibia o toallitas sin alcohol ni perfume, evitando</p>	

frotar la piel. Luego del aseo, es fundamental secar bien el área, sin frotar, y dejar que la piel se esponga brevemente al aire antes de colocar un pañal nuevo.

Se aconseja el uso de cremas barrera con óxido de zinc o vaselina para proteger la piel del contacto directo con la humedad. No deben aplicarse talcos, alcoholes ni productos perfumados, ya que pueden agravar la irritación o producir reacciones adversas. Ante signos persistentes o severos de dermatitis del pañal, como piel intensamente enrojecida, lesiones o signos de infección (pústulas, secreción, mal olor), se recomienda la valoración médica inmediata.

### **ANÁLISIS COMPARATIVO**

En El Salvador, la dermatitis del pañal refleja una realidad distinta entre el ámbito urbano y el rural.

En las ciudades, muchas familias comprenden la necesidad de cambiar los pañales con frecuencia y cuentan con mayor acceso a pañales desechables, agua limpia y productos de higiene adecuados. Sin embargo, el costo de los insumos sigue siendo una barrera para hogares de bajos recursos, y no todos los cuidadores conocen la técnica correcta de limpieza y secado. El acceso a cremas con óxido de zinc u otros emolientes es más factible en farmacias y hospitales, aunque su uso no siempre está garantizado.

En las zonas rurales, las limitaciones son más profundas: el uso de pañales de tela sin las prácticas higiénicas recomendadas es común, lo que incrementa el riesgo de dermatitis e infecciones. El acceso a agua limpia y productos adecuados es limitado, y la educación sobre evitar productos irritantes o aplicar técnicas correctas de limpieza es insuficiente. Las cremas barrera específicas rara vez están disponibles, lo que lleva a recurrir a productos caseros o no indicados. La formación del personal de salud en prevención y manejo de dermatitis es menos sistemática, lo que deja a las familias con escaso apoyo técnico.

Esta brecha urbano–rural evidencia cómo las condiciones socioeconómicas y educativas condicionan la prevención y manejo de la dermatitis del pañal, especialmente en recién nacidos prematuros con piel más vulnerable.

**Matriz 40. Transmisión de virus o bacterias, Tesini BL, 2025.**

<b>INDICADOR</b>	<b>REFERENCIA O FUENTE</b>
Transmisión de virus o bacterias.	<p>Tesini BL. Generalidades sobre las infecciones neonatales. In: Manual MSD versión para profesionales, pediatría – infecciones en recién nacidos [Internet]. Merck &amp; Co; revisado mar 2024 [citado 18 julio 2025]. Disponible en:  <a href="https://www.msmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/infecciones-en-reci%C3%A9n-nacidos/generalidades-sobre-las-infecciones-neonatales">https://www.msmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/infecciones-en-reci%C3%A9n-nacidos/generalidades-sobre-las-infecciones-neonatales</a></p>
<b>CONTENIDO O CITA TEXTUAL O RECOMENDACIÓN TEÓRICA</b>	
<p>La infección neonatal puede ser adquirida</p> <p>En el útero por vía transplacentaria o por medio de la rotura de membranas</p> <p>En el canal de parto durante el parto (intraparto)</p> <p>A partir de fuentes externas después del parto (posparto)</p> <p>Los agentes virales frecuentes son los virus herpes simplex, HIV, CMV (citomegalovirus) y hepatitis B. La infección intraparto por HIV o hepatitis B se produce por el pasaje a través de un canal de parto infectado o por infección ascendente si el parto se retrasa después de la rotura de membranas; con menor frecuencia, estos virus pueden transmitirse por vía transplacentaria. La transmisión del CMV suele ser transplacentaria.</p> <p>Los agentes bacterianos son los estreptococos grupo B, los microorganismos entéricos gramnegativos (fundamentalmente, Escherichia coli), Listeria monocytogenes, los gonococos y las clamidias.</p>	
<b>RECOMENDACIONES BRINDADAS O DE ACUERDO A LA PRÁCTICA</b>	
<p>Los recién nacidos prematuros son especialmente vulnerables a infecciones virales y bacterianas debido a su sistema inmunológico inmaduro, menor paso de inmunoglobulinas maternas y exposición frecuente a procedimientos invasivos en unidades neonatales. Las bacterias más comunes causantes de infección neonatal incluyen el estreptococo del grupo B, Escherichia coli, Listeria monocytogenes, gonococos y Chlamydia; mientras que entre los virus asociados se encuentran el herpes simple, el citomegalovirus (CMV), el VIH y la hepatitis B.</p>	

Además, la sepsis neonatal o la meningitis pueden desarrollarse rápidamente en prematuros tras exposición intraparto o en la UCIN, con un riesgo de hasta cuatro veces mayor que en recién nacidos de término ya que los prematuros suelen tener catéteres venosos centrales, sondas o intubaciones que facilitan la entrada de patógenos.

Para prevenir estas infecciones, se recomienda la profilaxis intraparto con antibióticos en madres portadoras de estreptococo del grupo B, prácticas higiénicas rigurosas durante el parto y atención estricta en UCIN: uso de limpieza de manos, desinfección de equipos médicos, limitación de visitas, y monitorización continua del neonato. En casos de herpes genital materno activo, se aconseja la cesárea o tratamiento antiviral prenatal para reducir la transmisión al recién nacido

### **ANÁLISIS COMPARATIVO**

En El Salvador, la prevención de la transmisión de virus en recién nacidos prematuros enfrenta retos diferenciados según el entorno.

En las áreas urbanas, existe una mayor conciencia sobre el aislamiento preventivo y el uso de desinfectantes; sin embargo, el hacinamiento en el transporte público y en espacios cerrados facilita la propagación de virus respiratorios y gastrointestinales. Las familias suelen tener acceso a información actualizada sobre campañas de vacunación, aunque el cumplimiento del esquema depende de la estabilidad económica.

Por el contrario, en las zonas rurales, la dispersión geográfica puede actuar como un factor protector natural, pero la falta de acceso constante a agua potable y saneamiento básico incrementa el riesgo de transmisión viral por contacto o ingesta.

Además, las prácticas culturales de visitas masivas para conocer al recién nacido en comunidades pequeñas pueden exponer al prematuro a patógenos antes de que su sistema inmune esté preparado.

La educación en salud en estos sectores debe enfocarse en limitar el contacto del bebé con personas con síntomas gripales y fortalecer la higiene de manos comunitaria. Mientras en el entorno urbano el riesgo es la alta densidad poblacional y la movilidad, en el rural es la carencia de infraestructura básica y la persistencia de costumbres sociales que ignoran el riesgo de contagio viral en el hogar.

#### **5.4. DIMENSIÓN “BENEFICIOS ASOCIADOS A LA APLICACIÓN ADECUADA DE LOS CUIDADOS ESENCIALES DEL RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO DE BAJO RIESGO”.**

La integración de los hallazgos obliga a reconocer que las brechas entre evidencia y práctica no son exclusivamente técnicas; responden a determinantes sociales, estructurales y culturales. Por consiguiente, las políticas orientadas al cuidado del prematuro deben contemplar intervenciones multisectoriales que combinen fortalecimiento sanitario, apoyo económico, estrategias de educación contextualizada y fortalecimiento de bancos de leche y programas de acompañamiento post alta. A diferencia de soluciones parciales, las intervenciones integradas que articulen atención primaria, redes comunitarias y servicios especializados ofrecen mayor potencial para mejorar resultados poblacionales. En términos de práctica profesional, esto implica priorizar la capacitación en comunicación centrada en la familia, estandarizar formatos de entrega de información al alta y consolidar rutas de referencia que incluyan monitoreo remoto y visitas domiciliarias cuando sea necesario.

##### **5.4.1 MATRICES DE ANÁLISIS DE BENEFICIOS PARA EL RECIÉN NACIDO/A.**

Este grupo detalla las implicaciones que los resultados tienen para la formulación de políticas orientadas al cuidado del recién nacido pretérmino de bajo riesgo. Las brechas observadas entre las recomendaciones clínicas y las prácticas reales reflejan la necesidad de políticas integrales que aborden determinantes estructurales, tales como la desigualdad territorial, la disponibilidad limitada de bancos de leche y la escasa cobertura de seguimiento post alta. A diferencia de enfoques centrados únicamente en el nivel hospitalario, los hallazgos sugieren que las acciones más efectivas requieren fortalecer la atención primaria, institucionalizar visitas domiciliarias, ampliar programas comunitarios de estimulación temprana y garantizar recursos físicos y humanos suficientes. Por consiguiente, se hace necesario que las políticas prioricen la continuidad del cuidado y la integración intersectorial.

**Matriz 41. Prevención de complicaciones, Partidas Perich A, 2025.**

<b>INDICADOR</b>	<b>REFERENCIA O FUENTE</b>
Prevención de complicaciones	Partidas Perich A. Prevención de infecciones en el recién nacido. Pequesalud, blog de Pediatría y Neonatología Hospital Quirónsalud Bizkaia. [Internet]. 6 sep 2024 [citado 25 julio 2025]. Disponible en: <a href="https://www.quironsalud.com/blogs/es/pequesalud/prevencion-infecciones-recien-nacido">https://www.quironsalud.com/blogs/es/pequesalud/prevencion-infecciones-recien-nacido</a>
<b>CONTENIDO O CITA TEXTUAL O RECOMENDACIÓN TEÓRICA</b>	
<p>Los niños pequeños por debajo de los 3 meses de edad y en particular los recién nacidos (primer mes de vida), son especialmente vulnerables a las infecciones debido a la inmadurez de su sistema inmune (sus defensas) propias de la edad. A pesar de los anticuerpos maternos que reciben a través de la placenta y de la leche materna, es recomendable tomar algunas otras medidas para minimizar el riesgo de que se enfermen, ten en cuenta, que durante este período de vida algunas infecciones pueden llegar a ser graves.</p> <p>Limita el número de visitas. Esto es especialmente importante si los que acuden a ver al bebé están resfriados o han estado enfermos en los días previos.</p> <p>Optimiza la higiene de manos. Conviene que cualquier persona que vaya a manipular al recién nacido, tenga las manos limpias, bien sea con agua y jabón o mediante el uso de soluciones hidroalcohólicas. Este apartado incluye a los padres, hermanos y cuidadores en general.</p> <p>Evita la exposición al tabaco. La exposición al humo del tabaco se ha relacionado con empeoramiento de cuadros respiratorios en los niños pequeños como es el caso de la bronquiolitis.</p> <p>Evita los sitios con aglomeraciones de gente y con escasa ventilación (bares, autobuses, centros comerciales...).</p> <p>Utiliza habitaciones separadas para el niño y sus hermanos. Es también recomendable que acostumbremos a los hermanos mayores a realizar lavado de manos y a no besar al bebe de cintura para arriba, sobre todo si están o han estado enfermos en días previos.</p> <p>Utiliza pañuelos desechables</p>	

## **RECOMENDACIONES BRINDADAS O DE ACUERDO A LA PRÁCTICA**

Los recién nacidos, en especial durante el primer mes de vida, son altamente vulnerables a infecciones debido a la inmadurez de su sistema inmunológico, aunque reciban anticuerpos maternos por placenta o lactancia. Se recomienda limitar el número de visitas, sobre todo si los visitantes han estado o están enfermos, y evitar que las visitas besen al bebé sobre la cintura para arriba si tienen síntomas recientes de resfriado. Es clave optimizar la higiene de manos: cualquier persona que toque al bebé debe lavarlas con agua y jabón o usar soluciones hidroalcohólicas.

Se aconseja evitar la exposición al humo del tabaco, ya que se relaciona con cuadros respiratorios como bronquiolitis, y no llevar al recién nacido a lugares concurridos o mal ventilados como centros comerciales o autobuses. Es recomendable que el bebé duerma en una habitación separada de sus hermanos, y que estos también practiquen el lavado de manos. En caso de que alguno de los cuidadores enfermos deba estar en contacto con el bebé, debe utilizar mascarilla quirúrgica.

Además, se recomienda la vacunación antigripal anual para todos los convivientes, ya que el recién nacido no puede cubrirla antes de los seis meses. Si es posible, evitar la guardería durante el primer año de vida es otra estrategia preventiva. En caso de que el bebé desarrolle signos de infección fiebre por encima de 38 °C, llanto inconsolable, rechazo del alimento, somnolencia excesiva o dificultad respiratoria se debe buscar atención pediátrica inmediata

## **ANÁLISIS COMPARATIVO**

En El Salvador, la prevención de infecciones en recién nacidos durante el primer mes de vida refleja una clara brecha entre lo urbano y lo rural.

En los entornos urbanos, las consultas de control del niño sano permiten reforzar medidas como el lavado de manos, la vacunación antigripal y la recomendación de evitar guarderías. Sin embargo, las condiciones de hacinamiento en algunos hogares dificultan limitar visitas o separar al bebé de hermanos, y el uso de mascarillas por cuidadores enfermos sigue siendo poco común. Aunque el acceso a insumos como jabón y productos de higiene es mayor, la conciencia sobre su relevancia no siempre está arraigada, lo que limita la aplicación sistemática de las recomendaciones.

En las zonas rurales, las barreras son más profundas: la falta de agua potable y jabón impide normar el lavado de manos en los hogares, y la disponibilidad de mascarillas es mínima. La educación sobre signos de alarma es insuficiente, lo que retrasa la consulta pediátrica temprana. Además, los recursos familiares y la distancia a los servicios de salud dificultan la adherencia a la vacunación y el seguimiento recomendado.

Estas medidas son esenciales para adaptar las recomendaciones internacionales al contexto salvadoreño y asegurar una protección efectiva de los recién nacidos más vulnerables.

**Matriz 42. Bienestar físico, emocional y psicológico, Fleck A, Piccinici CA, 2025.**

<b>INDICADOR</b>	<b>REFERENCIA O FUENTE</b>
Bienestar físico, emocional y psicológico.	Fleck A, Piccinini CA. O bebê imaginário e o bebê real no contexto da prematuridade: do nascimento ao 3º mês após a alta. Aletheia [Internet]. 2013 abril; [citado 25 julio 2025]. Disponible en: <a href="https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1413-03942013000100003">https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1413-03942013000100003</a>
<b>CONTENIDO O CITA TEXTUAL O RECOMENDACIÓN TEÓRICA</b>	
<p>En casi todas las maternidades del mundo, en la actualidad, se trata de cuidar y respetar ese vínculo que se viene gestando desde el embarazo entre los padres y el hijo, manteniéndolos juntos luego del nacimiento y procurando que la separación entre ellos sea mínima, siguiendo las evidencias científicas que demuestran que esto es fundamental para el desarrollo integral de los seres humanos.</p> <p>Hoy sabemos con certeza que el amor, el cariño y el acompañamiento familiar ayuda a los bebés prematuros a evolucionar mejor ya que este afecto brindado por sus padres, referentes en el mundo, les disminuye considerablemente el estrés. Esto ha llegado a sorprender inclusive a los propios médicos tratantes del pequeño. Es en este sentido que institucionalmente se trata de promover esta relación, este acompañamiento y se trata de dar participación a los padres en lo más que se pueda no sólo por él bebe sino por ellos.</p>	
<b>RECOMENDACIONES BRINDADAS O DE ACUERDO A LA PRÁCTICA</b>	
<p>Los padres de bebés prematuros enfrentan una experiencia emocional intensa debido a la separación temprana, la hospitalización prolongada y la incertidumbre sobre la salud del recién nacido, lo que puede generar ansiedad, culpa y estrés. Por ello, es fundamental incorporar desde el inicio del cuidado neonatal un acompañamiento psicológico profesional para evaluar su bienestar físico, emocional y social. Se recomienda facilitar espacios terapéuticos donde los padres puedan expresar sus sentimientos y recibir apoyo activo en estrategias de afrontamiento. Promover el contacto precoz y sostenido (Estrategia Canguro) entre la madre y el bebé, incluso si este permanece en la UCIN, es esencial para fortalecer el vínculo tempranamente y mitigar la</p>	

ansiedad parental. Se aconseja planificar el alta hospitalaria de manera participativa, incluyendo visitas domiciliarias, capacitación práctica para cuidados especiales del prematuro y apoyo emocional durante la transición al hogar. Además, se sugiere considerar licencias parentales extendidas para madres de prematuros extremos, lo cual favorece la estabilidad emocional y física del binomio madre-hijo en las primeras etapas, promoviendo un entorno protector y favorecedor del apego temprano.

### **ANÁLISIS COMPARATIVO**

En El Salvador, el bienestar integral de las familias con bebés prematuros presenta matices profundos entre el entorno urbano y el rural. En las zonas urbanas, existe un acceso más inmediato a redes de apoyo digital y grupos de padres que comparten experiencias, lo que ayuda a mitigar la ansiedad y el sentimiento de aislamiento.

Sin embargo, el ritmo de vida acelerado y la falta de redes familiares extensas en las ciudades pueden generar un agotamiento físico y emocional mayor en los cuidadores principales. En contraste, en las zonas rurales, aunque el acceso a servicios de apoyo psicológico especializado es casi inexistente, la estructura de familia ampliada y la solidaridad comunitaria suelen ofrecer un soporte emocional importante.

No obstante, este bienestar se ve amenazado por la precariedad económica y la preocupación constante por la salud del neonato ante la distancia de los servicios de salud. En ambos contextos, el bienestar físico de la madre suele quedar en segundo plano, priorizando exclusivamente el cuidado del bebé.

Para mejorar este indicador, es fundamental que el seguimiento comunitario no se limite a la revisión clínica del recién nacido, sino que incorpore herramientas de apoyo emocional para los padres, promoviendo el autocuidado y la identificación temprana de signos de depresión o estrés crónico en el hogar.

**Matriz 43. Desarrollo sensorial y motor favorecido, Valdés Peralta A, Martínez González M, Pérez Reyes Y, 2025.**

INDICADOR	REFERENCIA O FUENTE
Desarrollo sensorial y motor favorecido	Valdés Peralta A, Martínez González M, Pérez Reyes Y. Desarrollo neuropsicomotor en lactantes prematuros. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2024 [citado 25 julio 2025] Disponible en: <a href="http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0034-75312024000100017">http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0034-75312024000100017</a>
<b>CONTENIDO O CITA TEXTUAL O RECOMENDACIÓN TEÓRICA</b>	
<p>En la escala de desarrollo de Brunet-Lézine los cocientes parciales de desarrollo permiten una aproximación precisa al niño y además, el examen repetido a los intervalos regulares; de esta manera no solo se percibe un coeficiente global sino también de cada área, lo que permite conocer cuál de las cuatro áreas del desarrollo está afectada debido a que esta escala evalúa las dimensiones: social, cognoscitivo, lingüístico y psicomotriz; los resultados permiten plantear un plan de estimulación para que dicha área afectada sea nivelada a rangos normales para la edad en la que se encuentre cada niño.</p> <p>Los neonatos prematuros corren el riesgo de padecer anomalías motoras, tienen un rendimiento inferior en las pruebas estandarizadas de desarrollo motor; especialmente en el primer año de edad, adquieren más lentamente los hitos motores como darse la vuelta, sentarse, gatear, pararse y caminar.</p> <p>Se puede observar una configuración alterada desde el período neonatal, antes de que se altere la movilidad física, el tono, o los reflejos, lo que supone una inestimable ayuda para el diagnóstico precoz de las alteraciones del desarrollo. La reactividad postural del lactante mediante maniobras que estudien su comportamiento frente a la gravedad es el enfoque más adecuado de la exploración para realizar el diagnóstico precoz y saber qué esperar con la rehabilitación. Si el funcionamiento cerebral se normaliza, las reacciones posturales también se normalizan, lo que no ocurre si se instaura un cuadro patológico.</p> <p>La consulta de estimulación temprana proporciona las condiciones óptimas a los niños que presentan riesgos y alteraciones del neurodesarrollo. El amor y cariño durante el período de</p>	

crecimiento del niño previene daños en el desarrollo físico, mental y social; particularmente en la edad en que el sistema nervioso central está en proceso de desarrollo, sabiendo que no existe un nivel de inteligencia fija, este puede ser cambiado y desarrollado por el medioambiente, especialmente en los primeros años de vida.

### **RECOMENDACIONES BRINDADAS O DE ACUERDO A LA PRÁCTICA**

El artículo destaca la importancia de una vigilancia estrecha del desarrollo neurológico, sensorial y motor en recién nacidos prematuros, dada su vulnerabilidad a retrasos en estas áreas. Se recomienda realizar evaluaciones periódicas del neurodesarrollo desde los primeros meses de vida, con énfasis en la identificación temprana de señales de alerta para intervenir oportunamente. El seguimiento debe incluir pruebas específicas para detectar alteraciones motoras gruesas, finas, auditivas y visuales, además de aspectos del lenguaje y la conducta adaptativa.

Se enfatiza la estimulación temprana como herramienta esencial para promover el desarrollo, recomendando el inicio precoz de programas estructurados de estimulación multisensorial tanto en el hospital como en el hogar. Estas intervenciones deben ser personalizadas, multidisciplinarias e incluir la participación activa de los padres, quienes deben ser orientados sobre técnicas sencillas que favorezcan el desarrollo postural, auditivo, visual y de interacción social en su hijo. También se destaca la necesidad de acceso a servicios de rehabilitación física y terapia ocupacional cuando se identifiquen desviaciones del desarrollo típico.

### **ANÁLISIS COMPARATIVO**

En El Salvador, el fomento del desarrollo sensorial y motor del prematuro presenta desafíos estructurales significativos. En las zonas urbanas, las familias suelen tener un acceso más cercano a programas de estimulación temprana y mayor facilidad para adquirir materiales educativos o juguetes sensoriales específicos que promueven la coordinación y el tono muscular. Sin embargo, el seguimiento de estas pautas depende mucho del tiempo disponible de los cuidadores, quienes a menudo enfrentan jornadas laborales extensas que limitan la interacción constante.

En contraste, en el ámbito rural, el desarrollo motor se ve influenciado por prácticas tradicionales; aunque el contacto físico es frecuente, a veces se limita el movimiento libre del bebé debido al uso de fajas o al mantenimiento del niño envuelto por periodos prolongados, lo cual puede retrasar la exploración motriz. No obstante, el entorno natural ofrece estímulos sensoriales diversos que, si se canalizan adecuadamente, son beneficiosos. La principal brecha radica en que las unidades de salud locales a menudo carecen de personal capacitado para enseñar a los padres ejercicios específicos de fisioterapia o técnicas de estimulación sensorial que puedan realizarse con recursos del hogar.

Para que este desarrollo sea efectivo en ambos contextos, es necesario integrar la educación sobre hitos del desarrollo motor en las visitas domiciliarias, empoderando a la familia para que convierta las rutinas diarias de higiene y alimentación en oportunidades de aprendizaje sensorial, asegurando que el prematuro alcance su máximo potencial fuera de los entornos especializados.

**Matriz 44. Fortalecimiento del vínculo afectivo mediante el contacto piel a piel, Fundación Meniños, 2025.**

INDICADOR	REFERENCIA O FUENTE
Fortalecimiento del vínculo afectivo mediante el contacto piel con piel.	Fundación Meniños. Cómo fortalecer el vínculo entre madre y bebé [Internet]. 21 feb 2024 [citado 11 julio 2025]. Disponible en: <a href="https://meninos.org/es/fortalecer-vinculo-madre-hijo-o-hija/">https://meninos.org/es/fortalecer-vinculo-madre-hijo-o-hija/</a>
<b>CONTENIDO O CITA TEXTUAL O RECOMENDACIÓN TEÓRICA</b>	
<p>La importancia de crear vínculos sólidos con el bebé</p> <p>Hablábamos de que un vínculo sólido con la madre afecta muy positivamente en el desarrollo y el bienestar a lo largo de la vida. Ahora veremos de forma más pormenorizada cómo esta conexión en los primeros años de vida puede traducirse en beneficios a largo plazo para el niño o niña.</p> <p><b>Desarrollo emocional</b></p> <p>El vínculo sólido con la madre contribuye al desarrollo emocional saludable del niño o niña. La sensación de seguridad y apoyo proporcionada por este vínculo sienta las bases para una autoestima fuerte y unas buenas habilidades sociales.</p> <p><b>Apego seguro</b></p> <p>Un vínculo fuerte con la madre favorece el desarrollo de un apego seguro. Las personas con apego seguro tienden a explorar el mundo con mayor confianza, sabiendo que tienen un lugar seguro al cual regresar.</p> <p><b>Desarrollo cognitivo</b></p> <p>La calidad del vínculo madre-hijo o hija también puede influir en el desarrollo cognitivo a lo largo de la vida. La comunicación afectuosa y el estímulo cognitivo contribuyen a un desarrollo mental más saludable.</p> <p><b>Resiliencia</b></p> <p>Un vínculo fuerte puede actuar como un amortiguador durante momentos difíciles. Los niños y niñas que experimentan un apoyo constante tienden a ser más resilientes ante el estrés y las adversidades.</p>	

## **RECOMENDACIONES BRINDADAS O DE ACUERDO A LA PRÁCTICA**

El contacto físico continuo y sensible, especialmente a través del método Madre Canguro (contacto piel con piel), constituye la base del vínculo afectivo entre la madre y el bebé prematuro. Esta práctica temprana, incluso desde las primeras horas tras el nacimiento, estimula la regulación emocional, reduce los niveles de cortisol y favorece la estabilidad fisiológica del recién nacido. La comunicación no verbal a través de acariciar, mirar y hablar al bebé refuerza esta conexión emocional. Establecer rutinas consistentes (alimentación, sueño y juego) además genera experiencia compartida y seguridad, fortaleciendo el apego y la confianza mutua. El acompañamiento psicosocial durante el embarazo y los primeros meses como talleres de comunicación afectiva y grupos de apoyo entre madres también contribuye al bienestar y resiliencia maternal, lo que incide positivamente en la calidad del vínculo y el desarrollo emocional de ambos.

## **ANÁLISIS COMPARATIVO**

En El Salvador, la implementación del contacto piel con piel como herramienta para fortalecer el vínculo afectivo revela contrastes significativos entre las familias de zonas urbanas y rurales. En los entornos urbanos, existe una mayor difusión teórica sobre los beneficios del "apego seguro", lo que motiva a muchos padres a buscar espacios de intimidad en el hogar para practicar el contacto directo. Sin embargo, las barreras suelen ser el estrés derivado de las exigencias laborales y la falta de redes de apoyo que permitan a la madre o al padre dedicar tiempo prolongado a esta práctica sin interrupciones.

Por el contrario, en las zonas rurales, aunque el contacto físico es una práctica culturalmente arraigada a través del porteo o el amamantamiento frecuente, no siempre se realiza bajo la técnica específica de contacto piel con piel que el prematuro requiere para su estabilidad térmica y emocional. A menudo, el uso de múltiples capas de ropa en el bebé, motivado por el miedo al "enfriamiento", limita el contacto directo de las superficies cutáneas. A pesar de esto, la solidaridad de la familia extendida en el campo facilita que la madre tenga periodos de descanso donde otros miembros pueden participar en el cuidado afectivo, aunque la técnica de "madre canguro" en el hogar aún requiere mayor orientación técnica para realizarse de forma segura.

Para optimizar este indicador, es crucial que el seguimiento comunitario empodere a las familias salvadoreñas, independientemente de su ubicación, sobre la importancia biológica del calor humano. El reto principal es transformar el contacto físico casual en una práctica consciente y sistemática en casa, asegurando que el entorno familiar se convierta en el principal promotor del bienestar emocional y la maduración neurológica del recién nacido.

## 5.4.2 MATRICES DE ANÁLISIS DE BENEFICIOS PARA LA MADRE, PADRE Y FAMILIA.

Este apartado desarrolla las implicaciones de los resultados para la formación de las familias y para el desempeño del personal de salud. En términos de educación familiar, se evidenció que la entrega de información al momento del alta resulta insuficiente para garantizar adherencia sostenida; por ello, se propone implementar estrategias continuas de acompañamiento, plataformas digitales educativas y materiales adaptados culturalmente. En cuanto a la práctica profesional, los hallazgos muestran la necesidad de fortalecer competencias en consejería, comunicación empática, seguimiento post alta y enfoque centrado en la familia. A diferencia de modelos donde la educación es continua, en el contexto nacional predomina una orientación puntual y fragmentada, lo que limita el impacto. De ello se deriva la importancia de estandarizar protocolos, capacitar equipos multiprofesionales y asegurar coherencia en los mensajes brindados a las familias.

### **Matriz 45. Incremento en la confianza y seguridad en el cuidado, De León Gutiérrez OE, Pérez Reyes Y, Martínez Fernández M, 2025.**

INDICADOR	REFERENCIA O FUENTE
Incremento en la confianza y seguridad en el cuidado	De León Gutiérrez OE, Pérez Reyes Y, Martínez Fernández M. Desarrollo neuro psicomotor en lactantes prematuros y con bajo peso al nacer [Internet]. Rev Cubana Pediatr. 2024 May;96: e4123. [citado 25 julio 2025]. Disponible en: <a href="http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0034-75312024000100017">http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0034-75312024000100017</a>
CONTENIDO O CITA TEXTUAL O RECOMENDACIÓN TEÓRICA	
Las tareas de cuidado pueden llegar a ser altamente demandantes, por lo que la primera semana después del alta se expresa como un periodo de tiempo complejo y exigente. Esta categoría está constituida por las subcategorías: enfrentado el alta, llegando a casa, el cuidado en el hogar, el apoyo social y el plan canguro. La subcategoría enfrentando el alta, sugiere que este es un momento significativo para los padres dentro de la experiencia. Por un lado, los llena de alegría por haber superado una fase difícil en sus vidas, indica que se encuentran listos para continuar	

el proceso en su hogar; pero, por otro lado, los enfrenta al miedo de asumir el cuidado lejos del acompañamiento del personal de la unidad y a la posibilidad de eventos negativos en la salud de sus hijos.

Es importante señalar, que los padres en general sienten que tienen la preparación necesaria para cuidar a su hijo, pese a ello existen temores.

En la subcategoría llegando a casa, se identifica que llegar a su espacio cotidiano con el hijo prematuro, es para los padres una experiencia liberadora, que les permite dejar atrás una etapa dolorosa y estresante, para enfrentarse a la maternidad y la paternidad de su hijo en su casa.

La subcategoría recibiendo apoyo social después del alta, tiene que ver con la ayuda que reciben de su familia, aspecto que resulta fundamental para facilitar el cuidado en el hogar. Los niños prematuros tienen altas demandas de cuidado, por lo tanto, la ayuda y el apoyo social es de gran importancia después del alta.

Solo los padres y madres suelen recibir información acerca del cuidado en el hogar de un niño prematuro, los padres reconocen esta como una limitación, puesto que personas cercanas a su entorno los apoyarán después del alta y sería importante que recibieran información y adquirieran confianza para el cuidado.

El empoderamiento como categoría central en la preparación para el cuidado del hijo prematuro el empoderamiento es determinante en la competencia para el cuidado y facilita la transición al hogar, tiene que ver con las condiciones y los eventos que les permite a los padres reconocer sus capacidades, creer en ellos, vencer los miedos y vincularse activamente con el cuidado de sus hijos prematuros en la unidad neonatal. Además, les permite a los padres, movilizar su fuerza y determinación para el cuidado de su hijo prematuro.

A mayor participación en el proceso de preparación para el cuidado, hay mayor empoderamiento para el cuidado del hijo prematuro, proceso en el que los padres crecen conforme se enfrentan al cuidado de sus hijos en los diferentes contextos de atención. Para los padres el empoderamiento llega después de haber afrontado la situación inicial y surge en los momentos en los que inician el contacto y la vinculación directa con sus hijos.

La información recibida, el apoyo, los altibajos vividos y la relación de confianza con el personal de enfermería, aportan a su adquisición, es así como las experiencias de la cotidianidad de la

prematurez en la unidad neonatal y los sentimientos y necesidades intervienen en el empoderamiento, marcando una perspectiva individual en el proceso.

Cada padre tiene un contexto y unos recursos individuales que les facilitan o limitan las posibilidades de participar activamente en el cuidado. La experiencia de la llegada a casa y el apoyo que reciben los padres por parte de la familia, es un factor determinante y puede ayudarlos a sentirse más competentes y seguros, proceso en el que es determinante la atención y las experiencias en el programa canguro.

### **RECOMENDACIONES BRINDADAS O DE ACUERDO A LA PRÁCTICA**

La confianza de las madres al cuidar a un recién nacido prematuro tiende a disminuir durante las primeras semanas en casa, especialmente entre las semanas 3 y 8 tras el alta hospitalaria. Para fortalecerla, se recomienda proporcionar capacitación estructurada previa al alta, que incluya prácticas de cuidado básico del bebé prematuro, reconocimiento de señales de alarma y estrategias para manejar la ansiedad postparto. Este entrenamiento debe ser personalizado y reforzado con seguimiento profesional continuo tras el alta, ya sea mediante visitas domiciliarias o consultas telefónicas, para mantener un soporte constante.

Además, se aconseja impulsar programas de empoderamiento parental como el modelo COPE (Creating Opportunities for Parent Empowerment), que combinan información práctica con asesoramiento psicológico y acompañamiento emocional. Estas intervenciones ayudan a mejorar la autoeficacia materna, reducen el estrés y fomentan una percepción más positiva del rol de madre. En conjunto, estas estrategias disminuyen el riesgo de readmisión del bebé y contribuyen a una experiencia de cuidado más segura y satisfactoria.

### **ANÁLISIS COMPARATIVO**

En El Salvador, la construcción de la confianza y seguridad en los cuidadores de bebés prematuros varía significativamente según el entorno socioeconómico y geográfico. En el ámbito urbano, las madres y padres suelen tener acceso a mayor cantidad de información a través de medios digitales y literatura sobre cuidados postnatales; sin embargo, esta sobreinformación a veces genera ansiedad y dudas sobre su propia capacidad de cuidar al recién nacido fuera de un entorno supervisado. La seguridad se construye aquí mediante el acceso rápido a consultas

pediátricas privadas o servicios de mensajería directa con profesionales, lo que brinda una sensación de "red de seguridad".

En contraste, en las zonas rurales, la confianza suele estar cimentada en el apoyo intergeneracional. La madre joven se apoya en la experiencia de abuelas o parientes cercanas, lo que proporciona una seguridad práctica inmediata. No obstante, esta confianza puede ser frágil si se presentan complicaciones que la sabiduría popular no puede resolver, generando sentimientos de impotencia. El desafío en el campo es que la seguridad en el cuidado depende de la presencia de promotores de salud que validen las prácticas del hogar y corrijan aquellas que puedan ser de riesgo.

Para ambos contextos, la clave para incrementar la autoeficacia radica en el empoderamiento previo a asumir el cuidado autónomo en el hogar. Una familia que ha practicado las técnicas de alimentación, higiene y monitorización de signos de alarma bajo guía técnica, desarrollará una confianza mucho más sólida. Es vital que el seguimiento en el hogar no solo evalúe al bebé, sino que también refuerce positivamente las capacidades de los cuidadores, transformando el miedo inicial en una competencia consciente que garantice el bienestar del prematuro a largo plazo.

**Matriz 46. Mejorar comunicación y organización familiar, Bouzid A, Ouedraogo S, Tuncalp Ö, Rogo K, Ricca J, Moxon SG, et al, 2025.**

<b>INDICADOR</b>	<b>REFERENCIA O FUENTE</b>
Mejorar comunicación y organización familiar	Bouzid A, Ouedraogo S, Tuncalp Ö, Rogo K, Ricca J, Moxon SG, et al. Strategies to improve interpersonal communication along the continuum of maternal and newborn care: a scoping review and narrative synthesis. Bull World Health Organ [Internet]. 2023 [citado 25 julio 2025] Disponible en: <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10566738/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10566738/</a>
<b>CONTENIDO O CITA TEXTUAL O RECOMENDACIÓN TEÓRICA</b>	
<p>Las estrategias contextualizadas parecen ser especialmente relevantes cuando se abordan objetivos de comunicación como "construir una relación" e "inclusión de los pacientes en la toma de decisiones o la toma de decisiones compartida". Es importante destacar que creemos que las estrategias de comunicación siempre deben adaptarse a los entornos locales, independientemente de su estatus de ingresos altos o bajos. Debido al amplio dominio y la inclusión de muchos estudios de diversos entornos, creemos que nuestra clasificación podría servir como base para diseñar estrategias, herramientas de medición y estudios de implementación que puedan moldearse y adaptarse aún más a los entornos locales.</p> <p>Finalmente, nuestra revisión también señala la necesidad de desarrollar una guía para la elaboración de informes sobre la implementación y evaluación de las intervenciones de comunicación. Observamos con frecuencia una falta de detalle sobre el diseño exacto de una intervención de comunicación y heterogeneidad en los resultados reportados, lo que reduce las oportunidades para que otros aprendan y adapten estas estrategias en otros ámbitos. Idealmente, esta guía para la elaboración de informes reflejaría el valor de los diseños de métodos mixtos para garantizar que los estudios de evaluación informen tanto sobre lo realizado, su efectividad y la comprensión del funcionamiento de las estrategias, así como sobre su sostenibilidad a lo largo del tiempo</p>	
<b>RECOMENDACIONES BRINDADAS O DE ACUERDO A LA PRÁCTICA</b>	

El estudio resalta que una comunicación interpersonal efectiva es esencial para proporcionar una atención respetuosa y de calidad durante el cuidado materno e infantil, incluyendo hasta los 42 días posteriores al nacimiento. Para ello, propone un enfoque integral que combina la capacitación del personal de salud y el uso de herramientas estructuradas. Las estrategias se agrupan en tres objetivos principales: facilitar el intercambio de información, fortalecer la relación interpersonal y promover la inclusión de la madre y la familia en la toma de decisiones. Se recomienda entrenar al personal de salud en habilidades comunicativas centradas en la empatía y la escucha activa, así como proporcionar formatos estandarizados como guías de conversación, materiales informativos y registros compartidos con las familias. Estas herramientas ayudan a guiar las interacciones clínicas, asegurar la consistencia del mensaje y permitir que los padres participen plenamente en el cuidado del recién nacido y en la toma de decisiones sobre su salud. También se destaca la importancia de realizar conferencias familiares interdisciplinarias al ingreso del bebé al área neonatal, lo que facilita una visión compartida del plan de cuidados, fortalece el trabajo en equipo y empodera a los padres como miembros activos en el entorno asistencial del prematuro.

### **ANÁLISIS COMPARATIVO**

En El Salvador, la organización familiar tras la llegada de un bebé prematuro al hogar revela estrategias adaptativas distintas según el contexto social. En las zonas urbanas, la comunicación suele centrarse en la pareja o en un núcleo pequeño, apoyándose frecuentemente en herramientas tecnológicas (agendas digitales, recordatorios en el celular o grupos de mensajería) para coordinar los horarios de alimentación, administración de medicamentos y citas de control. Sin embargo, la dispersión de los miembros de la familia por razones laborales puede generar una carga desproporcionada en la cuidadora principal, afectando la fluidez de la organización y aumentando el estrés ante cualquier imprevisto.

Por otro lado, en las zonas rurales, la organización familiar tiende a ser más colectiva y presencial. La comunicación fluye a través de la red de apoyo extendida (abuelas, tías, hermanas), donde se distribuyen las tareas del hogar para que la madre pueda dedicarse prioritariamente al cuidado del recién nacido. Aunque esta estructura facilita el soporte físico, a veces la comunicación puede verse interferida por consejos contradictorios basados en mitos

populares, lo que requiere que el núcleo familiar directo mantenga una organización clara sobre los cuidados técnicos aprendidos. En ambos casos, la estabilidad del prematuro depende de una comunicación asertiva que evite conflictos y asegure que todos los miembros del hogar comprendan las necesidades especiales de protección y aislamiento que el bebé requiere.

Para fortalecer este indicador, es fundamental promover un plan de cuidados en el hogar que involucre a todos los convivientes. La seguridad del prematuro no depende solo de una persona, sino de una organización familiar sólida que distribuya responsabilidades, permita el descanso de los cuidadores y mantenga canales de comunicación abiertos para detectar oportunamente cualquier signo de alerta en el entorno doméstico.

**Matriz 47. Disminución de ansiedad y estrés, Villamizar-Carvajal B, Vargas-Porras C, Gómez-Ortega OR., 2025**

<b>INDICADOR</b>	<b>REFERENCIA O FUENTE</b>
Disminución de ansiedad y estrés	Villamizar-Carvajal B, Vargas-Porras C, Gómez-Ortega OR. Metaanálisis: efecto de las intervenciones para disminuir el nivel de estrés en padres de prematuros. Aquichan. 2016; 16(3):276-295. [citado 17 de septiembre 2025] Disponible en: <a href="https://www.redalyc.org/journal/741/74147078002/html/#redalyc_74147078002_ref45">https://www.redalyc.org/journal/741/74147078002/html/#redalyc_74147078002_ref45</a>
<b>CONTENIDO O CITA TEXTUAL O RECOMENDACIÓN TEÓRICA</b>	
<p><b>El estrés de los padres en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal</b></p> <p>Un nacimiento prematuro es un evento impredecible, que puede sorprender a los padres y ocasionar altos niveles de estrés, principalmente en las dos primeras semanas del nacimiento del bebé. Se han reportado diversas fuentes de estrés como el ambiente de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN), el comportamiento y la apariencia del bebé, el desempeño del rol paterno y la comunicación con el personal de salud. Los padres se sienten angustiados cuando ven los diversos tubos en el cuerpo del bebé o cuando este debe recibir procedimientos invasivos.</p> <p>Aunque las claves del comportamiento de un RNPT representan la forma en que este se adapta a los estímulos del entorno, a menudo la carencia de conocimientos por parte de los padres en la comprensión de las necesidades de sus bebés, y el no saber cómo interactuar con ellos, genera miedo de acercarse y tocar a su hijo, experimentando pérdida de control y de autoestima; además, cuando existen problemas de comunicación con el personal de salud se sienten inseguros para hacer preguntas sobre su bebé, lo que ocasiona que los padres presten más atención a los monitores y a los equipos, que interés por establecer la conexión y el apego con su bebé .</p> <p><b>Apoyo a los padres</b></p>	

La literatura muestra diferentes intervenciones aplicadas a los padres para fortalecer conductas parentales positivas, que buscan disminuir su nivel de estrés e incluyen apoyo educativo y psicológico en la etapa temprana de la admisión del RNPT en la UCIN. La mayoría de estas intervenciones fomentan el cuidado centrado en la familia y son lideradas por enfermería, quien debe capacitar e incluir a los padres en el cuidado del bebé hospitalizado

### **RECOMENDACIONES BRINDADAS O DE ACUERDO A LA PRÁCTICA**

Se sugiere integrar consejería psicológica individual y grupal, así como grupos de apoyo virtuales para madres y padres de prematuros. En El Salvador, el sistema de salud podría coordinar con psicólogos comunitarios y organizaciones de apoyo materno-infantil para brindar seguimiento posterior al alta hospitalaria.

- **Programas de educación estructurada para padres:**

Instrucción sistemática sobre cuidados del neonato prematuro: alimentación, manejo de signos de alerta, higiene, control térmico, prevención de infecciones.

Uso de materiales impresos o audiovisuales para reforzar el aprendizaje.

- **Apoyo psicológico y emocional:**

Consejería individual o grupal para padres durante la hospitalización en la UCIN o sala de neonatología.

Facilitación de grupos de apoyo entre padres que tienen experiencias similares.

- **Intervenciones de acompañamiento continuo**

Seguimiento post-alta: llamadas telefónicas, visitas domiciliarias, asesorías de enfermería comunitaria.

Mentoría de padres con experiencia previa hacia familias nuevas.

- **Manejo del entorno familiar**

Promover que los padres participen activamente en el cuidado (contacto piel a piel, alimentación, cuidado básico) para reducir la sensación de impotencia.

Integrar al núcleo familiar (padres, hermanos) para fortalecer el soporte social.

- **Minimización de la manipulación innecesaria del neonato**

Reducir cambios frecuentes, estímulos excesivos o intervenciones invasivas para disminuir estrés del prematuro.

Acomodar los procedimientos clínicos y cuidados rutinarios para coincidir con los ciclos de sueño del bebé.

- **Monitoreo temprano de signos de complicaciones**

Instruir a los padres para reconocer signos de alarma como dificultad respiratoria, fiebre, rechazo de alimentación, ictericia, letargia.

Establecer rutas claras de contacto con el equipo médico ante cualquier duda o emergencia.

## ANÁLISIS COMPARATIVO

En El Salvador, la gestión del estrés y la ansiedad en las familias de bebés prematuros muestra dinámicas muy distintas entre las zonas urbanas y rurales. En las ciudades, el estrés suele estar ligado a la hipervigilancia y al aislamiento social; las madres, a menudo lejos de sus familias de origen, enfrentan la soledad del cuidado en el hogar, lo que incrementa los niveles de ansiedad ante cualquier llanto o cambio en el comportamiento del bebé. No obstante, cuentan con mayor acceso a información y a la posibilidad de consultas rápidas para aliviar dudas técnicas.

En las zonas rurales, la ansiedad suele estar más relacionada con la incertidumbre económica y la distancia física hacia los centros de salud en caso de una emergencia. Sin embargo, el estrés se ve amortiguado por la presencia de una red de apoyo comunitaria y familiar más densa, donde las tareas del hogar se comparten, permitiendo que la madre no cargue con toda la responsabilidad operativa. El desafío en el campo es que, a veces, esta red comunitaria puede transmitir mitos que, en lugar de calmar, generan temores infundados sobre la salud del prematuro.

En ambos contextos, la clave para disminuir el estrés radica en el empoderamiento a través del conocimiento práctico. Una familia que domina los cuidados básicos en casa y que sabe identificar con precisión un signo de alarma real, experimenta una reducción significativa de la angustia. Es fundamental promover el apoyo emocional continuo y validar los sentimientos de los cuidadores durante el seguimiento domiciliario, asegurando

que el hogar se convierta en un entorno de calma y seguridad tanto para el bebé como para quienes lo cuidan.

**Matriz 48. Adherencia a controles y recomendaciones médicas, García Reymundo MG, Hurtado Suazo JA, Calvo Aguilar MJ, Soriano Faura FJ, Ginovart Galiana G, et al, 2025**

INDICADOR	REFERENCIA O FUENTE
Adherencia a controles y recomendaciones médicas	García Reymundo MG, Hurtado Suazo JA, Calvo Aguilar MJ, Soriano Faura FJ, Ginovart Galiana G, et al. Recomendaciones de seguimiento del prematuro tardío. En: Sociedad Española de Neonatología [en línea]. [citado 17 de septiembre 2025] Disponible en: <a href="https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/protocolo_prematuro_tardio.pdf">https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/protocolo_prematuro_tardio.pdf</a>
CONTENIDO O CITA TEXTUAL O RECOMENDACIÓN TEÓRICA	
<p>El nacimiento pretérmino se asocia a un peor crecimiento en los primeros años de vida. En comparación con los RNT, el riesgo de restricción del crecimiento es 2,5 veces más alto en RN prematuros moderados y tardíos.</p> <p>Nagasaka demostró en 2015 por primera vez que los PT tienen un riesgo dos veces mayor que los RNT de talla baja a los 3 años de edad. Este riesgo aumenta 4,5 veces si nacen pequeños para la edad gestacional, independientemente de los valores de longitud al nacimiento y el índice ponderal. Hoy sabemos que los lactantes que ganan peso excesivamente tienen un riesgo mayor de presentar enfermedad cardiovascular y diabetes en la edad adulta. El bajo peso al nacer y/o una ganancia rápida de peso en los periodos de lactancia/primera infancia se ha asociado con el síndrome metabólico en la edad adulta. No obstante, también sabemos que el crecimiento influye en el desarrollo neurológico. La infra nutrición durante periodos críticos al inicio de la vida tiene efectos irreversibles en el tamaño, la estructura y la función del SNC. Los niños con una ganancia de peso insuficiente en los primeros años de la vida presentan un peor desarrollo cognitivo.</p> <p>La asociación de restricción del crecimiento y trastorno del neurodesarrollo se ha demostrado en RN muy prematuros y en RN de muy bajo peso al nacimiento. Sin embargo, existen pocos estudios que exploren si esta asociación también existe en los prematuros moderados y tardíos. Recientemente, Dotinga ha comunicado que el pobre crecimiento en</p>	

los primeros 7 años de vida en los niños prematuros moderados y tardíos se asocia con un peor desarrollo neuropsicológico.

Por todo lo anteriormente descrito, el crecimiento del PT debe ser cuidadosamente monitorizado por el pediatra. El pediatra puede valorar como crecimiento adecuado si las curvas de peso y talla siguen una línea casi paralela a los percentiles normales, con tendencia progresiva a acercarse a la línea de esos percentiles normales, vigilando siempre que el incremento en peso y talla sea armónico. Y teniendo en cuenta que, si el peso aumenta en una proporción mayor que la talla, muy probablemente el niño esté acumulando únicamente grasa abdominal.

### **RECOMENDACIONES BRINDADAS O DE ACUERDO A LA PRÁCTICA**

Las recomendaciones incluyen el uso de recordatorios por mensajes de texto, visitas domiciliarias y coordinación con líderes comunitarios para asegurar la asistencia a controles. En El Salvador, se sugiere aprovechar el sistema de promotores de salud para programar visitas periódicas y garantizar la vacunación oportuna.

Antes del alta hospitalaria hay que concienciar a los padres de que su hijo tiene un riesgo aumentado de dificultades de alimentación, hiperbilirrubinemia y deshidratación. La educación debe centrarse en desarrollar la habilidad de los padres para reconocer estos problemas. Es especialmente importante educar a las madres primerizas de los PT y, en ocasiones, esta educación requiere una hospitalización al nacimiento más larga.

La monitorización del crecimiento es un componente esencial de buena práctica clínica y es un indicador fácil del estado de salud y el estado nutricional

- Deben efectuarse mediciones seriadas de peso, longitud-talla y PC en cada una de las revisiones pediátricas y trasladarlas a las gráficas de crecimiento.
- Para la evaluación del crecimiento tras el alta se recomienda el uso de las curvas de la OMS de acuerdo con la EC hasta los 2 años. Los estándares de la OMS con EC nos permiten comparar el crecimiento del niño PT con el crecimiento óptimo de los niños a término sanos amamantados

### **ANÁLISIS COMPARATIVO**

La teoría resalta la importancia del seguimiento digital, pero en comunidades rurales salvadoreñas la conectividad es limitada. La estrategia local de visitas de promotores de salud y el uso de calendarios de vacunación impresos ha resultado efectiva, mostrando que la adaptación a recursos disponibles es esencial.

En El Salvador la lactancia materna cuenta con aceptación cultural, pero muchas madres enfrentan incorporación laboral temprana y apoyo limitado de personal entrenado en lactancia de prematuros, lo que puede acortar el tiempo de lactancia exclusiva. El seguimiento pos-alta tampoco suele ser tan temprano ni tan frecuente como el propuesto en el protocolo español, debido a la sobrecarga de trabajo en las unidades de salud y a la dificultad de transporte en zonas rurales. No obstante, el país dispone de una red de promotores de salud comunitarios y de programas de atención primaria que pueden integrarse para reforzar visitas domiciliarias, monitoreo de crecimiento y educación a padres, incluso en áreas remotas. Las comunidades suelen organizarse en redes de apoyo, lo que representa una oportunidad para difundir técnicas de lactancia, recordar citas y detectar signos de alarma.

En síntesis, la clave está en **adaptar lo global a lo local**: aprovechar la aceptación cultural de la lactancia, reforzar el rol de promotores comunitarios y usar herramientas simples pero efectivas para garantizar continuidad en el cuidado.

## 5.5. ANÁLISIS DE RESULTADOS

El presente análisis tiene como propósito interpretar los principales hallazgos obtenidos en relación con los conocimientos, actitudes y prácticas de los padres y familiares sobre el cuidado del recién nacido pretérmino de bajo riesgo, estableciendo su vínculo con los objetivos del estudio y con los marcos teóricos de referencia. A través de esta interpretación se busca comprender cómo los factores personales, familiares y contextuales influyen en la calidad del cuidado, y qué implicaciones tienen estos resultados para el diseño de intervenciones educativas, políticas y sanitarias más efectivas.

Los resultados evidencian que las rutinas de higiene y prevención de infecciones constituyen un eje central en el cuidado del recién nacido prematuro. Cuando estas prácticas se realizan de forma cálida y con contacto positivo, cumplen una doble función: la protección sanitaria y el fortalecimiento del vínculo afectivo. Este hallazgo se relaciona con el modelo sociocultural de Vygotsky, el cual enfatiza el papel del aprendizaje mediado por la interacción social y el acompañamiento emocional como parte del desarrollo integral del individuo. En este sentido, las prácticas de cuidado se convierten en espacios de aprendizaje afectivo, donde los cuidadores refuerzan la confianza y seguridad del neonato.

Estudios como el de Boundy et al. (2016) sobre el método madre canguro respaldan esta relación entre el contacto piel a piel, el enfoque humanizado del cuidado y la mejora del desarrollo emocional y neurológico del prematuro. Por tanto, las intervenciones educativas dirigidas a las familias deben trascender el componente técnico e incorporar estrategias que promuevan el cuidado humanizado, amoroso y participativo.

Desde la perspectiva del modelo ecológico de Bronfenbrenner, los resultados reflejan cómo las prácticas de cuidado están influenciadas por múltiples sistemas. En el microsistema familiar se desarrollan las rutinas diarias de higiene y alimentación; el mesosistema se relaciona con la comunicación entre la familia y el personal de salud; y el exosistema se expresa en el acceso a servicios, recursos y apoyo institucional. Los hogares con buena comunicación y redes de apoyo sólidas tienden a sostener prácticas más efectivas y coherentes, mientras que aquellos con sobrecarga emocional, desigualdad en la distribución de responsabilidades o limitaciones económicas enfrentan mayores desafíos para mantener hábitos adecuados. Esto demuestra la

relevancia de los determinantes sociales de la salud, los cuales condicionan directamente la capacidad de las familias para brindar un cuidado óptimo al recién nacido pretérmino de bajo riesgo.

Asimismo, se observó una correlación entre la calidad de las medidas de higiene y la disminución de infecciones neonatales, lo cual coincide con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) sobre la creación de entornos seguros y limpios durante la transición del prematuro al hogar tras el alta hospitalaria. Estos resultados destacan la necesidad de establecer programas de acompañamiento post-alta que refuercen el aprendizaje práctico de las familias y fomenten el seguimiento continuo por parte del personal de salud comunitario.

De forma transversal, los hallazgos integran tres dimensiones clave: el conocimiento (saber qué hacer y por qué), la actitud (disposición afectiva hacia el cuidado) y la práctica (ejecución cotidiana del cuidado). La interacción entre estas dimensiones determina la efectividad del proceso de adaptación del prematuro en el hogar. La educación y el acompañamiento constante permiten que los padres no solo adquieran habilidades, sino que también desarrollen una conciencia de corresponsabilidad y empoderamiento frente a la salud de su hijo.

En términos prácticos, los resultados sugieren que las políticas y programas de atención materno-infantil deben incorporar componentes educativos continuos, enfocados en la participación activa de la familia, la comunicación efectiva entre niveles de atención y la creación de redes comunitarias de apoyo. Asimismo, el fortalecimiento de las competencias del personal sanitario en educación familiar y enfoque humanizado contribuiría a garantizar cuidados más integrales, sostenibles y de calidad.

En síntesis, los hallazgos de esta investigación reflejan que el cuidado del recién nacido pretérmino de bajo riesgo no depende únicamente del conocimiento técnico, sino también de un entorno afectivo, educativo y socialmente favorable, donde cada interacción cotidiana fortalezca la salud y el vínculo entre padres e hijo. Comprender esta interrelación permite orientar estrategias de mejora que integren los niveles familiar, comunitario e institucional, asegurando así una atención continua, segura y humanizada. Esta interpretación general constituye la base para las conclusiones del estudio y las recomendaciones finales.

## CONCLUSIONES

En cumplimiento de los objetivos planteados, la revisión bibliográfica permitió analizar las prácticas, conocimientos y actitudes relacionadas con el cuidado del recién nacido pretérmino de bajo riesgo, evidenciando la necesidad de un abordaje integral que contemple la higiene, la alimentación, la estimulación temprana, el fortalecimiento del vínculo afectivo y la identificación oportuna de signos de alarma. Estos aspectos, interrelacionados, resultan esenciales para garantizar la salud, el desarrollo y la supervivencia del neonato.

- **En relación con el primer objetivo específico**, se concluye que las prácticas adecuadas de higiene constituyen un pilar fundamental para la prevención de infecciones, una de las principales causas de morbilidad neonatal. La literatura revisada demuestra que el lavado de manos previo a la manipulación del bebé, el cuidado del cordón umbilical y la limpieza del entorno reducen de forma significativa el riesgo de infecciones cutáneas, respiratorias y sistémicas. Este hallazgo explica por qué la educación sanitaria a padres y cuidadores debe priorizarse como estrategia de salud pública, sobre todo en comunidades de bajos recursos, donde la incidencia de infecciones es más alta.
- **Con respecto al segundo objetivo**, se establece que la alimentación del recién nacido pretérmino de bajo riesgo debe responder a sus requerimientos nutricionales y de desarrollo. La evidencia confirma que la leche materna es el alimento ideal, al aportar nutrientes esenciales y anticuerpos que fortalecen el sistema inmunológico y promueven el desarrollo neurológico. En casos donde no sea posible, las fórmulas especiales deben utilizarse de manera complementaria y bajo supervisión profesional. La educación sobre técnicas de lactancia y la orientación nutricional personalizada son intervenciones que inciden directamente en la mejora de la salud y crecimiento del prematuro.
- **En respuesta al tercer objetivo**, la estimulación temprana y el contacto afectivo constante se reconocen como factores determinantes del desarrollo integral del prematuro. Las prácticas de contacto piel a piel, la interacción verbal y el juego sensorial fortalecen el vínculo emocional y promueven la maduración neurológica. Este resultado se sustenta en el enfoque sociocultural de Vygotsky, que resalta la importancia del entorno social y emocional en el desarrollo infantil.

- **En relación con el cuarto objetivo**, se concluye que los factores familiares, socioculturales y del entorno tienen un impacto directo sobre la calidad del cuidado brindado al recién nacido pretérmino de bajo riesgo. El nivel educativo de los padres, la disponibilidad de servicios de salud, el apoyo comunitario y las condiciones socioeconómicas determinan la efectividad de las prácticas de cuidado. Los resultados permiten afirmar que las desigualdades sociales limitan el acceso a una atención oportuna y que el fortalecimiento de las capacidades familiares mediante programas de educación y acompañamiento es esencial para mejorar la sobrevida neonatal.

Finalmente, los hallazgos confirman que el cuidado del recién nacido pretérmino de bajo riesgo debe abordarse desde una perspectiva integral, humanizada y basada en la equidad. La combinación de educación, acompañamiento post-alta y fortalecimiento de las redes familiares y comunitarias constituye una estrategia efectiva para garantizar el bienestar y desarrollo del prematuro. Se proyecta la necesidad de diseñar políticas públicas intersectoriales que aseguren la continuidad del cuidado y la participación activa de la familia como núcleo protector del recién nacido.

## **RECOMENDACIONES**

### **1. A nivel institucional y académico**

- Incorporar en los programas de formación de profesionales de la salud módulos teórico-prácticos sobre el cuidado del recién nacido pretérmino de bajo riesgo, enfocados en higiene, lactancia, estimulación temprana y fortalecimiento del vínculo afectivo.
- Fomentar la investigación aplicada sobre estrategias educativas, seguimiento domiciliario y acompañamiento familiar para mejorar los resultados en salud neonatal.
- Implementar programas de educación continua basados en evidencia científica que promuevan el enfoque humanizado en la atención neonatal y el trabajo interdisciplinario entre profesionales.

### **2. A nivel profesional y de servicios de salud**

- Desarrollar competencias en educación familiar, comunicación empática y acompañamiento postnatal en los profesionales que atienden a recién nacidos prematuros.
- Aplicar protocolos estandarizados de higiene, alimentación y estimulación temprana, adaptados a las condiciones socioculturales de cada familia.
- Garantizar la continuidad asistencial entre los diferentes niveles del sistema de salud, fortaleciendo el seguimiento domiciliario y la coordinación entre hospitales, unidades de salud y programas comunitarios.

### **3. A nivel comunitario y gubernamental**

- Diseñar programas de apoyo y educación familiar dirigidos a zonas rurales o de bajos recursos, con materiales educativos accesibles y culturalmente pertinentes.
- Implementar políticas públicas que integren los determinantes sociales de la salud, priorizando la equidad en el acceso a servicios de atención neonatal.

- Promover la participación comunitaria en campañas de sensibilización sobre la prevención de infecciones, la promoción de la lactancia y la importancia del vínculo afectivo en el desarrollo del recién nacido.

#### **4. A nivel familiar y social**

- Fomentar la comunicación intrafamiliar, la corresponsabilidad en el cuidado del recién nacido y la participación activa del padre y otros cuidadores, reduciendo la sobrecarga sobre la madre.
- Crear redes de apoyo familiar y comunitario que fortalezcan el acompañamiento emocional, la educación práctica y la adherencia a las recomendaciones de salud.
- Promover rutinas de cuidado afectivo, higiene constante y estimulación temprana que contribuyan al desarrollo físico, emocional y social del recién nacido pretérmino de bajo riesgo.

## REFERENCIAS

### Referencias de investigación y marco teórico:

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Nacimientos prematuros [Internet]. Ginebra: OMS; 2023 [citado 25 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
2. Organización Mundial de la Salud. Salud del recién nacido [Internet]. Ginebra: OMS; 30 ago 2021 [citado 25 de abril de 2025]. Disponible en: [https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/newborn-health?utm\\_source](https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/newborn-health?utm_source)
3. El Tiempo Latino. Médicos alertan sobre alza de partos prematuros en El Salvador [Internet]. 2018 nov 22 [citado 2025 abr 25]. Disponible en: <https://eltiempolatino.com/2018/11/22/noticias-latinoamerica/medicos-alertan-sobre-alza-de-partos-prematuros-en/>
4. Diario El Salvador. El Salvador lidera en la reducción de mortalidad neonatal en Centroamérica [Internet]. 2024 [citado 2025 abr 25]. Disponible en: <https://diarioelsalvador.com/el-salvador-lidera-en-la-reduccion-de-mortalidad-neonatal-en-centroamerica/626558/>
5. Diario TRV. El Salvador registra 8.6 % de reducción de partos prematuros como resultado de atención a la primera infancia [Internet]. 2022 jun 2 [citado 2025 abr 25]. Disponible en: <https://www.diariotrv.com/articulo/nacionales/salvador-registra-86-reduccion-partos-prematuros-como-resultado-atencion-primera-infancia/20220602115431072611.html>
6. Ministerio de Salud de El Salvador. Guía nacional para la atención del recién nacido prematuro [Internet]. San Salvador: Gobierno de El Salvador; 2021 [citado 25 de abril de 2025]. Disponible en: [https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos\\_atencion\\_prematuro\\_con\\_peso\\_menor\\_al\\_nace\\_v2.pdf](https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_atencion_prematuro_con_peso_menor_al_nace_v2.pdf)

7. Ministerio de Salud de El Salvador. Boletín estadístico de nacimientos en establecimientos del Sistema Nacional de Salud [Internet]. San Salvador: Gobierno de El Salvador; 2022 [citado 25 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.salud.gob.sv>
8. UNICEF. Recién nacidos prematuros: atención y seguimiento en América Latina y el Caribe [Internet]. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2021 [citado 25 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/informes>
9. Organización Panamericana de la Salud. Cuidado del recién nacido en el hogar: guía para padres [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2020 [citado 25 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.unicef.org/dominicanrepublic/media/3481/file/Publicaci%C3%B3n%207C%20Bienvenido%20beb%C3%A9.pdf>
10. World Health Organization. Preterm birth: key facts [Internet]. Ginebra: WHO; 2018 [citado 25 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
11. March of Dimes. Born Too Soon: the global action report on preterm birth [Internet]. White Plains, NY: March of Dimes; 2020 [citado 25 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.marchofdimes.org/research/global-preterm.aspx>
12. González R. Ambiente controlado [Internet]. [Lugar desconocido]: La Casilla; 2023 [citado 25 de abril de 2025]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0867.php>
13. Anadolu Medical Center. *Genital Area Hygiene* [Internet]. İstanbul: Anadolu Sağlık Merkezi; [citado el 14 septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.anadolumedicalcenter.com/health-guide/genital-area-hygiene>
14. Argon. Asepsia [Internet]. 2023 [citado 25 de abril de 2025]. Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/3-cuidame\\_esp.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/3-cuidame_esp.pdf)
15. Drugs. Baño de esponja [Internet]. 3 de noviembre de 2024 [citado 25 de abril de 2025]. Disponible en: [https://www.drugs.com/cg\\_esp/ba%C3%B1o-de-esponja-para-su-beb%C3%A9.html](https://www.drugs.com/cg_esp/ba%C3%B1o-de-esponja-para-su-beb%C3%A9.html)

16. Nestlé Colombia. *Baños de sol para bebés: qué son y precauciones* [Internet]. Quito: Nestlé FamilyNes Ecuador; [citado el 14 septiembre 2025]. Disponible en: <https://www.familynes.ec/8-12/banos-sol-para-bebes>
17. Quironsalud. Cólico del lactante [Internet]. 11 de junio de 2020 [citado 25 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.quironsalud.com/blogs/es/aventura-madre/trata-colico-lactante>
18. MedlinePlus. Cuidado del cordón umbilical [Internet]. 11 de julio de 2023 [citado 25 de abril 25 de abril de 2025]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001926.htm>
19. Martínez DE. Conjuntivitis neonatal [Internet]. 19 de noviembre de 2024 [citado 25 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/bebe/cuidados/lahigiene-del-recien-nacido>
20. Mayo Clinic. Dermatitis del pañal [Internet]. 20 de noviembre de 2024 [citado 25 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/diaper-rash/symptoms-causes/syc-20371636>
21. EUROINNOVA. Estimulación neurosensorial [Internet]. 2023 [citado 25 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.euroinnova.com/para-que-sirve-la-estimulacion-sensorial>
22. Martínez DE. Higiene neonatal [Internet]. 19 de noviembre de 2024 [citado 25 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/bebe/cuidados/lahigiene-del-recien-nacido/>
23. Hospital Santos Reyes de Aranda de Duero. *Lavado higiénico de manos* [Internet]. Castilla y León: Portal de Salud de la Junta de Castilla y León; [citado el 14 septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/HSReyesAranda/es/informacion-general/calidad/lavado-higienico-manos#:~:text=El%20lavado%20de%20manos%20es,microorganismos%20de%20persona%20a%20a%20persona.>

24. MedlinePlus. Hipotermia [Internet]. 19 de noviembre de 2023 [citado 25 de abril de 2025]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003023.htm>
25. Clínica Universidad de Navarra. Ictericia neonatal [Internet]. 19 de noviembre de 2024 [citado 25 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades->
26. PROTEC. Infecciones cutáneas [Internet]. 2023 [citado 25 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.protecpediatricskincare.com/infecciones-cutaneas/>
27. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades gastrointestinales [Internet]. 24 de febrero de 2015 [citado 25 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/03-12-2015-who-s-first-ever-global-estimates-of-foodborne-diseases-find-children-under-5-account-for-almost-one-third-of-deaths>
28. San Francisco Health Plan. 5 Steps to Wash Your Hands the Right Way [Internet]. San Francisco (CA): SFHP; 2023 [citado 25 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.sfhp.org/es/news/health-and-wellness/5-steps-to-wash-your-hands-the-right-way/>
29. CCY JFCS. *Inconsolable Baby: Why Is My Baby Crying So Much?* [Internet]. CCY; 2014 [citado el 14 septiembre de 2025]. Disponible en: <https://ccy.jfcs.org/inconsolable-baby-inconsolable-parent/#:~:text=%C2%BFQu%C3%A9%20es%20el%20lanto%20inconsolable,o%20incomodidad%20con%20la%20ropa.>
30. MedlinePlus. Moniliasis oral [Internet]. 19 de noviembre de 2023 [citado 25 de abril de 2025]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003023.htm>
31. Organización Mundial de la Salud. Nacimiento pretérmino [Internet]. 2023 [citado 25 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/ictericia>
32. Sleep Foundation. *Sleep Dictionary: Definitions of Common Sleep Terms* [Internet]. SleepFoundation.org; 2025 [citado el 14 septiembre 2025]. Disponible en: <https://www.sleepfoundation.org/how-sleep-works/sleep->



38. Gutiérrez F, Ramírez L. Sobrecarga familiar y bienestar emocional de cuidadores de recién nacidos prematuros. *Univ Salud*. 2020;22(1):65-73 [citado 13 de septiembre de 2025] Disponible en: <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/issue/view/447>
39. Garayar Galindo R, Zapata Garate RG. Conocimientos en madres sobre los cuidados del recién nacido pretérmino en el domicilio. *Hospital Santa Rosa-Piura*. 2023. [citado 13 de septiembre de 2025] Disponible en: <https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/14293>
40. Sánchez Jiménez M, Ruiz Rodríguez M. Factores socioculturales que influyen en el cuidado de recién nacidos prematuros en el hogar. *Rev Cuid*. 2019;10(1): e576. [citado 13 de septiembre de 2025] Disponible en: <https://revistacuidarte.udes.edu.co>
41. Bronfenbrenner U. *La ecología del desarrollo humano*. Madrid: Morata; 2002. [citado 13 de septiembre de 2025] Disponible en: <https://psicologiaymente.com/desarrollo/teoria-ecologica-bronfenbrenner>
42. Als H. The role of family in the development of preterm infants. *Early Hum Dev*. 2004;79(2):103-111. [citado 13 de septiembre de 2025] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15037232/>
43. García Coll C, Magnuson K. The developmental implications of cultural context for preterm infants. *Dev Psychol*. 2000;36(2):198-211. [citado 13 de septiembre de 2025] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10748928/>
44. Jasso-Gutiérrez L. El impacto de los Determinantes Sociales de la Salud en los niños. *Salud Pública Méx*. 2014;56(2):109-116. [citado 13 de septiembre de 2025] Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-114620140002000>
45. Puime ÁO. *Determinantes sociales de la salud y su influencia en la atención sanitaria*. México: UNAM; 2011. [citado 13 de septiembre de 2025] Disponible en: <https://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2022/02/Determinantes-Sociales-de-la-Salud.pdf>

46. Fishbein M, Ajzen I. *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley; 1975. [citado 14 de septiembre de 2025]  
Disponibile en:  
[https://www.researchgate.net/publication/233897090\\_Belief\\_attitude\\_intention\\_and\\_behaviour\\_An\\_introduction\\_to\\_theory\\_and\\_research](https://www.researchgate.net/publication/233897090_Belief_attitude_intention_and_behaviour_An_introduction_to_theory_and_research)
47. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process*. 1991;50(2):179–211. doi:10.1016/0749-5978(91)90020- [citado 14 de septiembre de 2025]  
Disponibile en:  
[https://www.researchgate.net/publication/272790646\\_The\\_Theory\\_of\\_Planned\\_Behavior](https://www.researchgate.net/publication/272790646_The_Theory_of_Planned_Behavior)

## Referencias de la sección de resultados obtenidos:

1. Natalben. Nutrición bebé prematuro [Internet]. [citado 1 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.natalben.com/nutricion-bebe-prematuro>
2. Organización Mundial de la Salud. Metas mundiales de nutrición 2025: documento normativo sobre lactancia materna. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 [citado 1 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.7>
3. Cilleruelo Pascual ML, Fernández Fernández S. Fórmulas especiales. Rev Pediatr Aten Primaria. 2006;8 Supl 1: S51-67 [Internet]. 2006 [citado 29 de julio de 2025] Disponible en: <https://pap.es/articulo/553/formulas-especiales#:~:text=Las%20f%C3%B3rmulas%20especiales%20se%20utilizan,componentes%20de%20las%20leches%20infantiles.>
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Curvas de crecimiento infantil: métodos y desarrollo. Ginebra: OMS; 2006 [citado 29 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/tools/child-growth-standards>
5. Mennen Central America. Guía definitiva para bañar a tu bebé: Desde recién nacidos hasta los 12 meses [Internet]. [actualizado posiblemente 2023; citado 11 julio 2025]. Disponible en: <https://www.mennencentralamerica.com/blog/banar-a-tu-bebe>
6. Asociación Española de Pediatría (EnFamilia). Cuidados del cordón umbilical [Internet]. Madrid: AEP; 27 Mar 2014 [citado 11 Jul 2025]. Disponible en: <https://enfamilia.aeped.es/edades-etapas/cuidados-cordon-umbilical>
7. Asistencia Integral de Pediatría. Higiene genital de bebés [Internet]. Sevilla: AI Pediatría; 2017 [citado 11 julio 2025]. Disponible en: <https://www.aipediatria.es/higiene-genital-bebes/>
8. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap). Cuidados del área del pañal. Guía de ayuda para centros docentes [Internet]. 2023 [citado 12 julio 2025]. Disponible en: [https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/texto\\_dermatitis\\_del\\_panal\\_guarderias\\_.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/texto_dermatitis_del_panal_guarderias_.pdf)

9. Asociación Española de Pediatría. Aseo en el recién nacido [Internet]. EnFamilia. [citado 12 de julio 2025]. Disponible en: <https://enfamilia.aeped.es/edades-etapas/aseo-en-recien-nacido>
10. Fundación para la Salud Materno Infantil (FUNDASAMIN). Educación de los padres del recién nacido en el alojamiento conjunto [Internet]. Buenos Aires: FUNDASAMIN; [citado 1 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.fundasamin.org.ar/web/wp-content/uploads/2012/05/Educacion-de-los-padres-del-recien-nacido-en-el-alojamiento-conjunto.pdf>
11. NeoCare. La importancia de los masajes en bebés prematuros [Internet]. [2023] [citado 1 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://neocare.gt/es/blog/la-importancia-de-los-masajes-en-bebs-prematuros>
12. Manitos Valientes. Estimulación sensorial en bebés prematuros [Internet] [citado 1 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.manitosvalientes.com/recursos/estimulacion-sensorial-bebes-prematuros>
13. Gapsiat (gabinete de psicopedagógico y neuroeducativo de atención temprana). Estimulación temprana en bebés prematuros [Internet]. Psicólogos en León 2002 [citado 1 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://gapsiat.com/estimulacion-temprana-bebes-prematuros>
14. Asociación Española de Pediatría. Guía para padres de recién nacidos prematuros [Internet]. Madrid: AEP; [citado 1 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://enfamilia.aeped.es/sites/enfamilia.aeped.es/files/libroprematuros.pdf>
15. Eichenwald EC. Cuidado del recién nacido prematuro. En: Martin RJ, Fanaroff AA, Walsh MC, editores. Medicina Neonatal-Perinatal de Fanaroff y Martin [Internet]. Filadelfia: Elsevier; 2019 [citado 1 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532930/>
16. Neurocentro. Complicaciones neurológicas del nacimiento prematuro [Internet]. [citado 1 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://neuro-centro.com/complicaciones-neurologicas-del-nacimiento-prematuro/>

17. Mayo Clinic. Hipotermia [Internet]. [citado 1 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/hypothermia/symptoms-causes/syc-20352682>
18. Neurocentro. Complicaciones neurológicas del nacimiento prematuro [Internet]. [citado 1 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://neuro-centro.com/complicaciones-neurologicas-del-nacimiento-prematuro/>
19. Aithor. El impacto de la educación de los padres en el rendimiento académico de los niños [Internet]. Aithor; 2024 [citado 1 mayo 2025]. Disponible en: <https://aithor.com/essay-examples/el-impacto-de-la-educacion-de-los-padres-en-el-rendimiento-academico-de-los-ninos>
20. Quiñones-Preciado JA, Peña-García ÁA, Vallecilla-Zambrano DG, Yama-Oviedo JA, Hernández-Gutiérrez NL, Ordoñez-Hernández CA. Estrategias y necesidades educativas de padres de bebés prematuros en un hospital de tercer nivel de Cali, Colombia. Sus aportes a la salud mental. *Interface (Botucatu)*. 2023; 27: e220537 2020 [citado 17 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/icse/2023.v27/e220537/es/#:~:text=Las%20necesidades%20educativas%20de%20los,del%20beb%C3%A9%20en%20diferentes%20circunstancias>.
21. American Academy of Pediatrics. Reacciones comunes de los padres a la UCIN [Internet]. Itasca (IL): American Academy of Pediatrics; 2017; [citado 17 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/baby/preemie/Paginas/Common-Parent-Reactions-to-the-NICU.aspx>
22. González de la Fuente S, Peña Hernández J, Castañeda Carreón A. Cuidados en el recién nacido de acuerdo a creencias y costumbres en diferentes culturas [Internet]. ResearchGate; 2020 [citado 4 de mayo de 2025]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/343115000\\_Cuidados\\_en\\_el\\_recien\\_nacido\\_de\\_acuerdo\\_a\\_creencias\\_y\\_costumbres\\_en\\_diferentes\\_culturas](https://www.researchgate.net/publication/343115000_Cuidados_en_el_recien_nacido_de_acuerdo_a_creencias_y_costumbres_en_diferentes_culturas)
23. Salam RA, Das JK, Lassi ZS, Bhutta ZA. La higiene de manos para prevenir las infecciones en los recién nacidos [Internet]. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020; [citado 1 de mayo de

- 2025]. Disponible en: [https://www.cochranze.org/es/CD013326/NEONATAL\\_la-higiene-de-manos-puede-prevenir-las-infecciones-en-los-recien-nacidos](https://www.cochranze.org/es/CD013326/NEONATAL_la-higiene-de-manos-puede-prevenir-las-infecciones-en-los-recien-nacidos)
24. UNICEF. América Latina y el Caribe a 30 años de la aprobación de la Convención sobre los Derechos del Niño [Internet]. Nueva York: UNICEF; 2018 [citado 1 mayo 2025]. Disponible en: [https://www.unicef.org/lac/media/5436/file?utm\\_source](https://www.unicef.org/lac/media/5436/file?utm_source)
25. Duarte-Gómez MB, Núñez-Urquiza RM, Restrepo-Restrepo JA, Richardson-López-Collada VL. Determinantes sociales de la mortalidad infantil en municipios de bajo índice de desarrollo humano en México [Internet]. [citado 1 mayo 2025]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-boletin-medico-del-hospital-infantil-401-articulo-determinantes-sociales-mortalidad-infantil-municipios-S1665114615001227>
26. Donnelly L, Malin KJ, Abdelrahman Y, Zhang X, Upton L, Zhao Y, et al. Residential air pollution exposure and preterm birth: a population-based cohort study in Ontario, Canada. *Environ Int* [Internet]. 2023 [citado 10 junio 2025]; 177:107979. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613823001079>
27. Ministerio de Salud (El Salvador). Guía de práctica clínica informada en la evidencia para el seguimiento de recién nacidos en riesgo [Internet]. San Salvador: Ministerio de Salud; 2021 [citado 1 mayo 2025]. Disponible en: [https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guiadepRACTICACLINICAINFORMADAENLAEVIDENCIAPARAELSEGUIMIENTODERECIENNACIDOSENRIESGO-VERSION-COMPLETA-20102021\\_v1.pdf](https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guiadepRACTICACLINICAINFORMADAENLAEVIDENCIAPARAELSEGUIMIENTODERECIENNACIDOSENRIESGO-VERSION-COMPLETA-20102021_v1.pdf)
28. Ministerio de Salud de El Salvador. Lineamientos técnicos para la atención integral en salud del prematuro con peso menor de 2000 gramos al nacer [Internet]. San Salvador: Ministerio de Salud; 2013 [citado 12 junio 2025]. Disponible en: [https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos\\_atencion\\_prematuro\\_con\\_peso\\_menor\\_al\\_nace\\_v2.pdf](https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_atencion_prematuro_con_peso_menor_al_nace_v2.pdf)
29. Ministerio de Salud (El Salvador). Guía de práctica clínica informada en la evidencia para el seguimiento de recién nacidos en riesgo [Internet]. San Salvador: Ministerio de Salud; 2021 [citado 1 mayo 2025]. Disponible en: [https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guiadepRACTICACLINICAINFORMADAENLAEVIDENCIAPARAELSEGUIMIENTODERECIENNACIDOSENRIESGO-VERSION-COMPLETA-20102021\\_v1.pdf](https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guiadepRACTICACLINICAINFORMADAENLAEVIDENCIAPARAELSEGUIMIENTODERECIENNACIDOSENRIESGO-VERSION-COMPLETA-20102021_v1.pdf)

30. Ministerio de Salud (El Salvador). Guía de práctica clínica informada en la evidencia para el seguimiento de recién nacidos en riesgo [Internet]. San Salvador: Ministerio de Salud; 2021 [citado 1 mayo 2025]. Disponible en: [https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guiaepracticaclinicainformadaenlaevidenciaparaelseguimientodereciennacidosenriesgo-version-completa-20102021\\_v1.pdf](https://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guiaepracticaclinicainformadaenlaevidenciaparaelseguimientodereciennacidosenriesgo-version-completa-20102021_v1.pdf)
31. RiseInFamily editorial staff. Normas de higiene en unidades neonatales [Internet]. [s/f] [citado 27 julio 2025]. Disponible en: <https://riseinfamily.eu/higiene/#:~:text=Antes%20de%20entrar%20a%20la,despu%C3%A9s%20de%20cambiar%20un%20pa%C3%B1al>
32. FamilyDoctor.org editorial staff; American Cleaning Institute. Cleanliness Guide for New Parents [Internet]. 2023 Aug 16 [citado 25 julio 2025]. Disponible en: [https://familydoctor.org/cleanliness\\_guide\\_new\\_parents/](https://familydoctor.org/cleanliness_guide_new_parents/)
33. StaySafe.org editorial staff. Baby-Safe Cleaning Products: Choosing Non-Toxic Options for Your Home [Internet]. circa 2023 [citado 25 julio 2025]. Disponible en: <https://staysafe.org/home-safety/baby-safe-cleaning-products>
34. Kaiser Permanente. Su recién nacido en casa: instrucciones de cuidado [Internet]. Kaiser Permanente; [citado 1 mayo 2025]. Disponible en: <https://espanol.kaiserpermanente.org/es/health-wellness/health-encyclopedia/he.su-reci%C3%A9n-nacido-en-casa-instrucciones-de-cuidado.tw12173>
35. Raising Children Network. Baño del recién nacido: lo esencial [Internet]. Australia: Raising Children Network; s.f. [citado 1 mayo 2025]. Disponible en: <https://raisingchildren.net.au/newborns/health-daily-care/higiene-keeping-clean/bathing-a-newborn>
36. Natalben. Cuidados del bebé prematuro en casa [Internet]. Italfarmaco S.A.; [citado 17 sept 2025]. Disponible en: <https://www.natalben.com/cuidados-bebe-prematuro-casa>
37. DermNet NZ. Premature infant skin and care [Internet]. [citado 27 julio 2025]. Disponible en: <https://dermnetnz.org/topics/premature-infant-skin-and-care>

38. Martínez E; Dra. Esther Martínez. Onfalitis, infección del cordón umbilical [Internet]. MAPFRE Salud Familiar; 19 oct 2022 [citado 27 julio 2025]. Disponible en: <https://www.salud.mapfre.es/salud-amiliar/bebe/enfermedades-bebe/onfalitis/>
39. MedlinePlus. Infecciones en los recién nacidos [Internet]. MedlinePlus; s.f. [citado 1 mayo 2025]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000964.htm>
40. Tesini BL. Generalidades sobre las infecciones neonatales. In: Manual MSD versión para profesionales, pediatría – infecciones en recién nacidos [Internet]. Merck & Co; revisado mar 2024 [citado 18 julio 2025]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/infecciones-en-reci%C3%A9n-nacidos/generalidades-sobre-las-infecciones-neonatales>
41. Partidas Perich A. Prevención de infecciones en el recién nacido. Pequesalud, blog de Pediatría y Neonatología Hospital Quirónsalud Bizkaia. [Internet]. 6 sep 2024 [citado 25 julio 2025]. Disponible en: <https://www.quironsalud.com/blogs/es/pequesalud/prevencion-infecciones-recien-nacido>
42. Fleck A, Piccinini CA. O bebê imaginário e o bebê real no contexto da prematuridade: do nascimento ao 3º mês após a alta. Aletheia [Internet]. 2013 abril; [citado 25 julio 2025]. Disponible en: [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942013000100003](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100003)
43. Valdés Peralta A, Martínez González M, Pérez Reyes Y. Desarrollo neuropsicomotor en lactantes prematuros. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2024 [citado 25 julio 2025] Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312024000100017](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312024000100017)
44. Fundación Meniños. Cómo fortalecer el vínculo entre madre y bebé [Internet]. 21 feb 2024 [citado 11 julio 2025]. Disponible en: <https://meninos.org/es/fortalecer-vinculo-madre-hijo-o-hija/>
45. De León Gutiérrez OE, Pérez Reyes Y, Martínez Fernández M. Desarrollo neuropsicomotor en lactantes prematuros y con bajo peso al nacer [Internet]. Rev Cubana Pediatr. 2024 May;96: e4123. [citado 25 julio 2025]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312024000100017](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312024000100017)

46. Bouzid A, Ouedraogo S, Tuncalp Ö, Rogo K, Ricca J, Moxon SG, et al. Strategies to improve interpersonal communication along the continuum of maternal and newborn care: a scoping review and narrative synthesis. Bull World Health Organ [Internet]. 2023 [citado 25 julio 2025] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10566738/>
47. Villamizar-Carvajal B, Vargas-Porras C, Gómez-Ortega OR. Metaanálisis: efecto de las intervenciones para disminuir el nivel de estrés en padres de prematuros. Aquichan. 2016; 16(3):276-295. [citado 17 de septiembre 2025] Disponible en: [https://www.redalyc.org/journal/741/74147078002/html/#redalyc\\_74147078002\\_ref45](https://www.redalyc.org/journal/741/74147078002/html/#redalyc_74147078002_ref45)
48. García Reymundo MG, Hurtado Suazo JA, Calvo Aguilar MJ, Soriano Faura FJ, Ginovart Galiana G, et al. Recomendaciones de seguimiento del prematuro tardío. En: Sociedad Española de Neonatología [en línea]. [citado 17 de septiembre 2025] Disponible en: [https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/protocolo\\_prematuro\\_tardio.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/protocolo_prematuro_tardio.pdf)

## ANEXOS

### ANEXO 1- PRESUPUESTO

<b>Rubro A. Recursos tecnológicos</b>			
<b>Insumo</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Valor unitario</b>	<b>Sub total</b>
Computadora	2	\$500	\$1,000
Celular	2	\$350	\$700
Conexión a internet	4 meses	\$25	\$100
<b>Total rubro A</b>			<b>\$1,800</b>
<b>Rubro B. Recursos materiales</b>			
Lapiceros	3	\$0.25	\$0.75
Lápiz	2	\$0.25	\$0.50
Alcohol gel	1	\$1.00	\$1.00
Papelería	5	\$0.05	\$0.50
<b>Total rubro B</b>			<b>\$2.75</b>
Total rubro A+B			\$ 1,802.75
Total de imprevistos 10%			\$180.27
Monto total de la investigación			<b>\$1,983.02</b>






**ANEXO 3 - MATRIZ DE ANÁLISIS**

Matriz de análisis comparativo

<b>INDICADOR</b>	<b>REFERENCIA O FUENTE</b>
<b>CONTENIDO O CITA TEXTUAL O RECOMENDACIÓN TEÓRICA</b>	
<b>RECOMENDACIONES BRINDADAS O DE ACUERDO A LA PRÁCTICA</b>	
<b>ANÁLISIS COMPARATIVO</b>	

## ANEXO 4- PASOS PARA EL CORRECTO LAVADO DE MANOS.

 Duración de todo el procedimiento: **40-60 segundos**



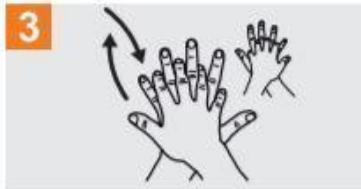
**0** Mójese las manos con agua;



**1** Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos;



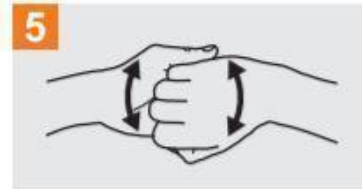
**2** Frótese las palmas de las manos entre sí;



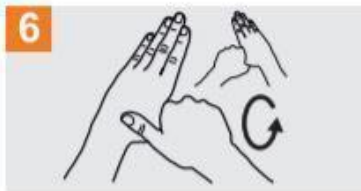
**3** Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;



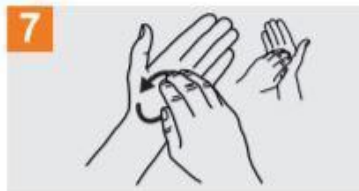
**4** Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;



**5** Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;



**6** Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;



**7** Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;



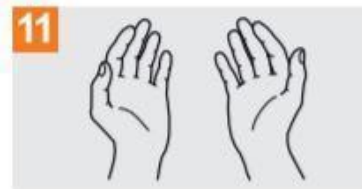
**8** Enjuáguese las manos con agua;



**9** Séquese con una toalla desechable;



**10** Sírvese de la toalla para cerrar el grifo;



**11** Sus manos son seguras.



Organización  
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

UNA ALIANZA MUNDIAL PARA UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA

SAVE LIVES  
Clean Your Hands

La Organización Mundial de la Salud ha tomado todas las precauciones razonables para garantizar la información contenida en este documento, sin embargo, el material publicado no constituye una garantía de ningún tipo, ya sea expresa o implícita. Cualquier alteración de la responsabilidad de la interpretación y del uso del material, la Organización Mundial de la Salud no podrá ser considerada responsable de los daños que pudieran ocasionarse al utilizarlo. La OMS agradece a los Hospitales Universitarios de Ginebra (HUG), en particular a los miembros del Programa de Control de Infecciones, su participación activa en la realización de este material.