



**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
ESCUELA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA E INTERVENCIÓN PRECOZ**

TEMA:

"Programa de Atención y Cuidado al Neonato en el Hospital del IEES "José Carrasco Arteaga"

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de Licenciada en Ciencias de la Educación, mención Educación Inicial, Estimulación Temprana e Intervención Precoz

AUTORA:

Daniela Lorena Cárdenas Jara

DIRECTOR:

Dr. Jorge Espinoza Q.

CUENCA - ECUADOR

2013-2014

Dedicatoria:

Al terminar esta etapa fundamental en mi vida y al comenzar otro camino nuevo lleno de pruebas y dichas quiero dedicar este proyecto de tesis a Dios que ha sido mi luz, a mis padres Dr. Omar Cárdenas M. y Lorena Jara S por brindarme su ayuda incomparable e incondicional así como a mis hermanos Caridad y Omar; y a todos las personas que me han apoyado en el transcurso de esta etapa.

Gracias Mil....

Agradecimiento:

Quiero agradecer al director de mi proyecto de tesis Dr. Jorge Espinoza Q, al Dr. Leonardo Polo, al Hospital José Carrasco Arteaga IEES en especial a todos los miembros de Neonatología y Neurodesarrollo por brindarme la ayuda necesaria para cumplir con dicho proyecto.

RESUMEN

La mayoría de recién nacidos prematuros que ingresan a la sala de Neonatología además de presentar problemas de salud, están expuestos a factores estresantes que inciden negativamente en su estadía en la Unidad de Cuidados Intensivos, por lo que la mayoría demanda un cuidado individualizado según sus necesidades.

En el siguiente programa se propone trabajar directamente con los bebés prematuros utilizando como una herramienta de trabajo, los materiales creados como nidos en forma de U, zapatillas, muelitas, huesitos y almohadas. Este material nos ayudará a corregir las posturas de los bebés adoptando las posiciones más cómodas y parecidas a las observadas en el vientre materno. También será de utilidad trabajar en alimentación, horario del sueño y contacto con los padres; para así evitar la aparición de signos de estrés y otros problemas secundarios que desencadenen secuelas posteriores.

ABSTRACT

Most of the premature newborns that are admitted in the Neonatology area, in addition to presenting health problems, are exposed to stress factors that have a negative impact during their stay in the Intensive Care Unit, which is why most of them require individualized care according to their needs. The following project proposes to work directly with the premature babies by employing materials created with the following shapes: U, slippers, teeth, bones, and pillows, as working tools. These materials will help us to correct the babies' postures and help them to adopt more comfortable positions, similar to the ones observed in the womb. In addition, it will be useful to work with the nutrition, sleeping schedule, and contact with the parents in order to avoid stress signs and other secondary problems that can provoke further effects.



Diana Lee Rodas
Translated by,
Diana Lee Rodas

Introducción General

Como estudiante de estimulación temprana me llama la atención los problemas múltiples que tienen los bebés recién nacidos dentro de la sala de Neonatología, ya que he observado varias alteraciones como son las malas posiciones dentro de las incubadoras y en las cunas, exceso de estímulos y manipulación, signos de estrés y cansancio.

Pero no negaremos que están muy bien atendidos médicamente para su tratamiento, pero si deberían saber todos los miembros de la Unidad de Cuidados Intensivos UCI que un bebé también necesita cuidados y un manejo más tenue, delicado para su auto recuperación y desarrollo óptimo.

Por eso propongo mi proyecto de tesis que consta de tres partes observación e investigación, programa de atención-cuidado, y socialización con el equipo, basado en investigaciones científicas con información y material para capacitar e informar los cuidados que necesita un bebé prematuro dentro de Neonatología. Así lo dicen varios autores.

INDICE DE CONTENIDOS

<u>Dedicatoria</u>	II
<u>Agradecimiento</u> :.....	iii
<u>Resumen</u>	iv
Abstract	v
Capitulo I	1
1. Unidad de Cuidados Intensivos UCI.....	4
1.1 Bebé Prematuro.....	4
1.2 Tono Muscular.....	7
1.3 Exceso de Luz y Ruido.....	9
1.4 Posicionamiento y manipulación del recién nacido prematuro.....	11
1.5 Signos de estrés.....	12
1.6 Disrupción del estado de sueño.....	14
Conclusiones.....	15
Capitulo II	16
2. Antecedentes.....	17
2.1 Ambiente intrauterino.....	17
2.2 Modificando el Medio Ambiente de la UCI Neonatal.....	17
2.3 Planificación del Programa.....	19
2.4 Plan de Manejo.....	22
2.5 Descripción del Material.....	28
2.6 Usos del material donado.....	29
2.7 Beneficios Posturales.....	32
2.8 Cómo ayudar al bebé prematuro.....	34
2.9 Conclusiones.....	35
Capitulo III	36
3. Planificación de la capacitación al área de neurodesarrollo.....	37

3.1. Capacitación.....	39
3.2 Evidencias de la Aplicación del programa.....	40
3.3.Conclusiones.....	49
4. <u>Recomendaciones</u>	44
5. Conclusiones Finales.....	45
6. <u>Bibliografía</u>	46
7. Anexos.....	47

INDICE DE GRÁFICOS

Tabla 1. Planificación	19
Tabla 2. Planificación.....	22
Tabla 3. Planificación.....	24
Tabla 4. Planificación	26
Tabla 5. Planificación.....	27
Tabla 6. Planificación.....	37
Tabla 7. Planificación.....	39
Imágenes	
Imagen 1.....	29
Imagen 2,.....	31
Imagen 3,.....	31
Imagen 4.....	31
Imagen 5.....	31
Imagen 6	31

Imagen 7.....	31
Imagen 8.....	32
Imagen 9.....	32
Imagen 10.....	32

Fotografías

Foto1.....	47
Foto2.....	48
Foto 3.....	48
Foto4.....	49
Foto5.....	50
Foto 6.....	50
Foto7.....	51
Foto8.....	52
Foto 9.....	52
Foto10.....	53
Foto11.....	54
Foto 12.....	54
Foto13.....	55
Foto 14.....	55
Foto15.....	56
Foto16.....	56
Foto 17.....	57

CAPÍTULO I

Marco Teórico

Introducción

En este primer capítulo se definirá de manera concreta los conceptos útiles para el desarrollo del proyecto, “Programa Atención y Cuidado al Neonato en el Hospital del IEES José Carrasco Arteaga” para que el desarrollo y entendimiento de la temática no tenga inconvenientes.

Es necesario crear un buen ambiente para el desarrollo del niño luego del nacimiento, es decir lo más parecido al vientre materno ya que así se estabilizará y de mejor manera. Es importante que el niño se sienta protegido, guardado, y hasta cómodo como está en el vientre.

Según Rodolfo Bastías (2006) “es indispensable prevenir complicaciones en los bebés recién nacidos con un buen tratamiento basado sobre todo en un buen posicionamiento del cuerpo con los utensilios necesarios” (Bastías R., 2006, pág. 98), Con este programa es importante que estén capacitados todos los miembros del equipo multidisciplinario en la sala neonatal.

Para la Dra. Heidelise (2006) “un bebé recién nacido no necesita sólo cuidado médico sino es importante un trato afectivo cubriendo todo lo demandado con sutileza”, por eso el manejo es importante pero sobre todo con cariño en un ambiente tranquilo y con suaves movimientos. (Heidelise, 2006, pág. 117).

Trataremos de minimizar el número de veces de manipulación por día para un bebé recién nacido, ya que se ha demostrado que mientras menos manipuleo más rápido se recuperan y tienen menos complicaciones sin señales de alerta, estrés y dolor.

En Argentina el Dr. Rodolfo Castillo M (2000) dice es importante “la estimulación orofacial para así facilitar la alimentación succionar-tragar para dar un paso enorme en la alimentación”. Estimulando el proceso de alimentación también ayudaremos a la mejoría rápida del paciente dentro del área de Neonatología. (Castillo R., 2000, pág. 35)

Se puede observar que los bebés responden directamente a estímulos táctiles y la respuesta más común es la hipoxia ya que por la brusca manipulación de algunos miembros de salud la reacción más probable será asustarse y contener el aire, se ha visto que una respuesta asociada con la manipulación excesiva y brusca será el estrés.

El posicionar y manipular correctamente al neonato son las principales instancias para lograr un desarrollo adecuado siempre y cuando estén bajo un buen manejo postural que favorezca al niño a tener estados de reposo y calma. Es necesario a todo momento ayudar a los bebés a prevenir sucesos invasivos que afecten su buen desarrollo.

Cuando los neonatos están en sueño tranquilo no se les debiera interrumpir con ningún procedimiento. Es importante para el niño que al estar en sueño tranquilo se le permita dormir; pues cuando el niño prematuro se desorganiza y llora, su interacción con el medio ambiente puede ser inapropiada desde el punto de vista de su desarrollo. Una adecuada manipulación y posicionamiento de los recién nacidos antes y después de un procedimiento doloroso los ayuda a retomar el estado de alerta tranquilo necesario para su crecimiento y desarrollo, lo esencial es un estado de reposo y calma.

Cualquier persona que trabaje en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales puede ser testigo de lo que sucede cuando el niño prematuro es manipulado rápidamente; el bebé puede responder con violentos giros, extensión de brazos y piernas, desorganización en general.

Es importante aclarar que el terapeuta deberá respetar horarios de sueño por lo que su trabajo y manipuleo deberá hacerlo cuando el bebé este despierto o en sueño inactivo moviéndolo lentamente, con delicadeza, tocándolo de una manera suave para que sea de beneficio. Para contrarrestar la fuerza de gravedad en el cambio de posición se debe utilizar un manipuleo lento y deliberado siendo confortable para el prematuro.

Algunos elementos importantes a considerar para un adecuado posicionamiento son:

- Utilizar nidos, rollos, zapatillas, muelitas, huesitos, almohadas como elementos de apoyo para dar contención.
- Utilizar los cambios de posición que favorezcan la flexión global.

(Brazelton, 2000, pág. 206)

Para contrarrestar las frecuentes interrupciones asociadas con los procedimientos, se recomienda agrupar las atenciones para minimizar las interrupciones y promover la duración de los estados de sueño.

Por este motivo, es necesario establecer rutinas de intervención que modifiquen los niveles del ruido.

Algunos ruidos innecesarios pueden ser: (Heidelise, 2006)

- Disminuir la intensidad de la alarma de los monitores y teléfonos
- Limitar las conversaciones cercanas al neonato
- Responder rápidamente a apagar las alarmas
- Apagar radios en la unidad
- Situar a los pacientes más lábiles lejos de las áreas de alto tráfico
- Poner avisos cerca del neonato, como por ejemplo: “Tranquilo”, estoy durmiendo.

Otros autores como M. Cohen (2005) se han interesado en la frecuencia del sonido, sugiriendo que “el uso de sonidos suaves y repetitivos facilitan el desarrollo del recién nacido prematuro, pero deben ser utilizados sólo en condiciones de estabilidad fisiológica.” (Cohen M., 2005, pág. 85).

En un estudio de Mann y Cols (2006), se reportó que “los recién nacidos prematuros que experimentan intensidades reducidas de luz y de ruido entre las 7 PM y las 7 AM, ganaron más peso, tuvieron sueño reparador y lograron anticipar la alimentación por pecho en comparación con aquellos prematuros que permanecieron con luz continua las 24 horas del día”. (Mann y Cols, 2006, pág. 89)

Se puede concluir que en las Unidades de Cuidados Intensivos existe la necesidad de medir el nivel de luz necesario para apoyar y mejorar el ritmo biológico individual del neonato, y que permita además poder realizar los procedimientos médicos inherentes a su cuidado.

Algunas de las intervenciones posibles de realizar son las siguientes:(Ibarra A. y Llanos I., 2012)

- Utilizar cobertores sobre las incubadoras

- Situar a los pacientes más estables en áreas donde sea posible establecer ciclos de luz día-noche.
- Instaurar en la sala periodos de luz tenue.
- Utilizar iluminación individualizada para la ejecución de procedimientos terapéuticos
- Utilizar protección visual en prematuros en fototerapia.

1. Unidad de Cuidados Intensivos UCI

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se define como una “organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes”. La UCI también puede atender a pacientes que requieren un menor nivel de cuidados. (Roques V. 1999, pág. 142).

No todos los niños prematuros van a presentar los mismos problemas, “por debajo de las 35 semanas necesitan apoyo adicional para sobrevivir fuera del útero materno”, por lo que deberán ingresar de manera obligatoria a la sala de Neonatología. Hay que tener en cuenta que la gravedad de los problemas está en relación a la edad gestacional. (Roques V. 1999, pág. 142)

1.1. Bebé prematuro

“Es un bebé nacido antes de 37 semanas completas de gestación, más de tres semanas antes de la "fecha prevista del parto" (Armas T, 2006, pág. 88)

- Prematuro (de menos de 37 semanas de gestación)
- A término (de 37 a 42 semanas de gestación)
- Postérmino o posmaduro (nacido después de 42 semanas de gestación)

Si una mujer entra en trabajo de parto antes de las 37 semanas, se denomina contracciones prematuras.

“Es posible que los bebés "prematuros tardíos" que nacen entre las semanas 35 y 37 de gestación no luzcan prematuros. Posiblemente no se los ingrese en una unidad de

cuidados intensivos, pero todavía están en riesgo de más problemas que los bebés a término.” (Silva E, 1982, pág. 77).

Diferentes problemas relacionados con el embarazo incrementan el riesgo de contracciones prematuras o el parto prematuro: (Silva E, 1982, pág. 66)

- Un cuello uterino debilitado que comienza a abrirse (dilatarse) temprano
- Anomalías congénitas del útero.
- Antecedentes de parto prematuro.
- Infección (como una infección urinaria o de la membrana amniótica).
- Mala nutrición poco antes o durante el embarazo.
- Pre-eclampsia: manifestación de hipertensión arterial y presencia de proteína en la orina después de la semana 20 del embarazo.
- Ruptura prematura de membranas (placenta previa).

Otros factores que incrementan el riesgo de contracciones prematuras y un parto prematuro abarcan: (Caicedo R, 2006, pág. 33)

- Edad de la madre (madres menores de 16 y mayores de 35)
- Raza negra
- Falta de cuidados prenatales
- Nivel socioeconómico bajo
- Consumo de tabaco, cocaína o anfetaminas

Un bebé prematuro tendrá un peso más bajo al nacer que un bebé a término. Los signos comunes de prematuridad abarcan: (Reyes R, 1990, pág. 41)

- Patrones respiratorios anormales (pausas irregulares y superficiales en la respiración llamadas apnea).
- Vello corporal (lanugo).
- Clítoris agrandado (en las niñas).
- Menos grasa corporal.
- Tono muscular más bajo y menor actividad que los bebés a término.
- Problemas para alimentarse debido a la dificultad para succionar o coordinar la deglución y la respiración.

- Escroto pequeño que es liso y sin pliegues y testículos sin descender (en los niños).
- Cartílago del oído suave y flexible.
- Piel delgada, lisa, brillante, que a menudo es transparente (se pueden ver las venas bajo la piel). (Silva E, 1982, pág. 66)

1.1.1. Tratamiento

Cuando se presenta el parto prematuro y no se puede detener, el equipo médico se preparará para un nacimiento de alto riesgo. La madre se puede llevar a un centro médico que esté adecuado para cuidar de bebés prematuros en una unidad de cuidados intensivos neonatales. (Armas T, 2006, pág. 55).

Después de nacer, se lleva al bebé a una sala de recién nacidos para casos de alto riesgo. Se lo coloca bajo un calentador o en una caja transparente y con calefacción, llamada incubadora, que controla la temperatura del aire. Las máquinas de monitoreo rastrean la respiración, la frecuencia cardíaca y el nivel de oxígeno en la sangre del bebé.

“Los órganos de un bebé prematuro no están completamente desarrollados pues necesita cuidado especial en una sala de recién nacidos hasta que los órganos se hayan desarrollado”, lo suficiente para mantener al bebé vivo sin soporte médico. Esto puede tardar de semanas a meses. (Hinojosa M, 2006),

1.1.2. Prevención

Las mejores maneras de prevenir la prematuridad son: (Vélez J, 2006)

- Estar con buena salud antes de quedar en embarazo.
- Recibir cuidados prenatales lo más temprano posible en el embarazo.
- Continuar el cuidado prenatal hasta que el bebé nazca.

Recibir cuidados prenatales oportunos y buenos reduce la posibilidad de un parto prematuro.

La implicación del paciente en el cuidado de su propia salud es un elemento relevante en todas las estrategias de atención.

1.2. Tono Muscular

“El tono muscular es la tensión adecuada que permite que el cuerpo pueda organizarse en movimiento o estando quieto, ajustar las posturas para adaptarse a los distintos espacios, brazos, canasto, boca arriba, boca abajo, etc. de forma cómoda, y de forma involuntaria refleja delante de forma voluntaria.” (Douglas. M, 2006, pág. 24)

El tono muscular es importante porque es uno de los requisitos que ayudará al bebé a adaptarse físicamente al medio externo, pero si su tono muscular es tenso su respuesta al manipularlos será la irritación fácil por lo que después el bebé requerirá de ayuda profesional que le brinde masajes que le permitan calmarse y relajarse.

También hay que tener en cuenta que el tono muscular del recién nacido depende del tipo de nutrición-alimentación, de sus características fisiológicas, del ambiente en el que se desarrolla, y de las interacciones y relaciones que se producen con su entorno. Hay bebés tranquilos y bebés inquietos, pero un entorno tenso, o unas determinadas condiciones ambientales como puede ser la temperatura, la ropa, la luz, los ruidos, etc., pueden hacerle más inquieto o más tranquilo.

El tono muscular varía durante el primer año de vida, pero debe mantenerse dentro de los límites de la normalidad, el tono muscular varía por maduración.

1.2.1. Tipo de tono muscular

- Tono normal
- Hipotono: tono muscular bajo, flácido
- Hipertono: tono muscular alto, tenso, duro

1.2.2. Hipotonía

Hipotonía significa disminución del tono muscular. La hipotonía, que puede afectar a niños y adultos, es a menudo un signo de un problema preocupante.

“Los bebés hipotónicos parecen flácidos y se siente como si fueran "muñecos de trapo" al cargarlos. Ellos descansan con los codos y las rodillas extendidos de manera suelta, mientras que los bebés con tono normal tienden a tener los codos y las rodillas

flexionados”. Pueden tener un deficiente control de la cabeza o no tenerlo en absoluto. La cabeza puede caer hacia un lado, hacia atrás o hacia adelante. (Douglas. M, 2006, pág. 21)

Los padres de los bebés con tono normal pueden alzarlos colocando las manos bajo las axilas del bebé, mientras que los bebés hipotónicos tienden a deslizarse entre las manos de sus padres.

Causas comunes

“El tono muscular y el movimiento involucran el cerebro, la médula espinal, los nervios y los músculos”. La hipotonía puede ser un signo de un problema en cualquier parte a lo largo de la ruta que controla el movimiento muscular. (Douglas. M, 2006, pág 43)

- Consistencia muscular, que tiene que ser simétrica y uniforme en ambas extremidades
- Movilidad de músculos y tendones
- Resistencia a la extensión y a la flexión en las distintas partes del cuerpo
- Amplitud de movimientos y desplazamientos
- Extensibilidad de las grandes articulaciones y extensibilidad de los músculos del cuello y del hombro

Pero el tono muscular depende también del sistema nervioso, lo que significa que si existe algún problema puede ser muscular o cerebral.

1.2.3. Hipertonía

La Hipertonía es la alteración del tono muscular, este presenta un aumento en su tonicidad, esta condición puede ser transitoria o en el peor de los casos por compromiso neurológico.

Existe una hipertonía en la infancia, se produce en los recién nacidos, es una hipertonía en las extremidades, debido a una posición fetal, con la características que presenta una flexión en los brazos y piernas. (Douglas. M, 2006, pág. 31)

Entre los 2 y 6 meses de edad, se da una disminución en el tono muscular, empezando por la cabeza y luego siguiendo por los brazos, lo que permite una mayor libertad de movimiento en las extremidades. A los 6 meses se produce un aumento del tono muscular del tronco, permitiendo la incorporación de la posición sentada, llegando al año el tono muscular del cuello, columna y miembros inferiores se encuentran lo suficientemente desarrollados para el inicio a la posición de pie. Al año se obtiene mayor control en la postura.

Características: (Douglas. M, 2006, pág. 37)

- Dificultad en controlar el inicio y termino del movimiento.
- Se mueven lentamente o tienen escasez de movimiento.
- Frecuentemente presentan daños en el sistema visual que incluyen problemas oculares motores.
- Problemas en la localización, seguimiento fluido de objetos en movimiento y percepción de profundidad a menudo están afectados.
- Los niños tienen gran sensibilidad al sonido. Sonidos altos o inesperados a menudo despiertan una respuesta motora exagerada.

1.3. Exceso de luz y ruido

1.3.1. Luz

En la mayoría de las unidades de cuidados intensivos neonatales la iluminación es continua, intensa y fluorescente.

Diversos investigadores han planteado la hipótesis de que “la iluminación continua puede causar alteraciones endocrinas, variaciones en los ritmos biológicos y privación del sueño durante la estancia en UCI”. (Douglas. M, 2006, pág. 50)

En otro estudio Glass y Cols, también “observaron una menor incidencia de retinopatía de la prematuridad en lactantes que pesaban menos de 2000 grs., cuando la luz de la incubadora se reducía a 25 lúmenes por pie cuadrado”. (Silva E, 1982, pág. 312).

En la UCI, a menudo no existe un ritmo diurno de luz. No se conocen plenamente las repercusiones de este hecho, aunque es posible que para el lactante suponga un consumo algo mayor de energía y un mayor estrés.

No obstante los investigadores como Glass, observaron que la exposición de los lactantes a la alternancia día / noche, les permitía dormir más, emplear menor tiempo el alimentarse y ganar peso con mayor rapidez, logrando una sincronización más temprana de los ritmos conductuales y hormonales del niño con el medio ambiente. (Silva E, 1982, pág. 66)

1.3.2. Ruído

Los niveles de ruido en la UTI neonatales varían entre 50 y 90 decibeles con aumento de hasta 120 decibeles.

“La Occupational Safety & Health Administration (OSHA) de E.E.U.U. ha establecido el nivel máximo de seguridad en 80 decibeles.” (Martínez, 1980, pág. 78)

Un ruido excesivo puede dañar las estructuras auditivas y causar reacciones fisiológicas y conductuales diversas.

En el ambiente de la sala de Neonatología a veces surgen ruidos ambientales poco acogedores que contrasta con el espacio cálido, oscuro y tranquilizador que es el útero. En la mayor parte los lactantes están expuestos a luces intensas, ruidos fuertes, procedimientos dolorosos o molestos y superficies relativamente duras y carecen de un micro ambiente que les brinde resguardo y apoyo.

Puede proporcionarse una asistencia óptima al desarrollo del prematuro, reduciendo al mínimo el estrés, aumentando la capacidad del bebé para auto organizarse y permitiendo que el personal que lo atiende responda a los signos no verbales del lactante.

El medio ambiente de una UCI Neonatal está diseñado para sostener médicamente al frágil recién nacido prematuro y contrasta ampliamente con el pacífico medio ambiente intrauterino. El medio ambiente de la UCI Neonatal puede interferir en el desarrollo del prematuro, en sus estados conductuales y en la capacidad de desarrollar respuestas adaptativas.

Gorski argumentó que muchos de los “problemas críticos que se dan en los sistemas respiratorio y cardiocirculatorio que presentan los neonatos mientras se encuentran en la UCI, son el resultado de los intentos que ellos realizan para poder adaptarse a este medio ambiente extrauterino” y a la agresión que significan la mayoría de los procedimientos médicos. (Silva, 2006).

El ruido, la iluminación excesiva y las manipulaciones permanentes del recién nacido interrumpen los estados de sueño y determinan que el neonato utilice la energía necesaria para su crecimiento y desarrollo en hacer frente a los estímulos externos.

Los padres también perciben al ambiente de estrés que se vive en la UCI Neonatal, lo cual contribuye a dificultar el establecimiento de interacciones positivas entre los padres y su hijo.

1.4. Posicionamiento y manipulación del recién nacido prematuro

1.4.1. Posición.

Se ha demostrado que una posición y una manipulación correcta influyen en numerosos parámetros fisiológicos y neuroconductual del prematuro.

Una posición apropiada, como la orientación en la línea media, la actividad de llevarse la mano a la boca y el grado necesario de flexión, favorecen las conductas de autotranquilización y de autorregulación y contribuye al desarrollo neuroconductual.

“Una posición correcta del cuerpo puede prevenir deformidades posturales como la abducción y la rotación externa de la cadera, la eversión del tobillo, la retracción y abducción de los hombros, una mayor hiperextensión cervical con elevación de los hombros, así como deformidades craneales”. (Als, 1986).

Comparada con el decúbito supino, “la posición en decúbito prono aumenta la oxigenación, el volumen corriente y la distensibilidad pulmonar”. (Als, 1986)

Se ha demostrado que el decúbito lateral también favorece la oxigenación y reduce la incidencia de rotación externa de las extremidades, además de propiciar las oportunidades para la flexión y la orientación en la línea media.

La contención del cuerpo es otra parte importante ya que aumenta la sensación de seguridad y autocontrol del prematuro y reduce el estrés. Los niños a los que se aplica contención tienden a estar más tranquilos, necesitan menos medicación y ganan peso con mayor rapidez.

El posicionamiento en el bebé prematuro se logra a través de elementos externos (nidos), que nos ayudan a darle al bebé prematuro la contención necesaria para que se sienta cómodo y “seguro”.

1.4.2. Manipulación.

La manipulación frecuente altera el sueño, lo cual frena el aumento de peso y la regulación del estado del niño. (Heidelise, 2006, pág. 205)

Incluso los procedimientos sistemáticos reducen a menudo la oxigenación de forma importante y prolongada.

Es evidente que los recién nacidos prematuros experimentan una excesiva manipulación, la cual se incrementa con los permanentes procedimientos a los que se ve sometido y por ende, por su nivel de gravedad.

La manipulación y el posicionar al niño prematuro son, para las personas encargadas de sus cuidados, una de las primeras y principales instancias de intervenir sobre su desarrollo.

Algunos estudios de Als (1986), han mostrado que una adecuada manipulación y buen manejo del posicionamiento del neonato durante los procedimientos invasivos, como por ejemplo la succión endotraqueal, favorece el retorno del niño al estado de reposo y calma.

1.5. Signos de estrés

Los neonatos intentan hacer frente a la estimulación de las luces brillantes, alarmas, ruidos fuertes de monitores y voces humanas en la UCI. Para auto protegerse de las

demandas del medio ambiente externo exhiben conductas defensivas que corresponden a signos de estrés y autorregulación.

Cuando los recién nacidos prematuros que permanecen en la UCI son sobrecargados por la continua estimulación que les entrega el medio ambiente y las manipulaciones relacionadas a sus cuidados, frecuentemente muestran conductas manifiestas de estrés y estos son : (Heidelise, 2006, pág. 213)

- Cambio de color
- Cambio de la frecuencia y el ritmo respiratorio
- Cambio de la frecuencia cardíaca
- Extensión o hipotonía de las extremidades
- Boca abierta
- Hipo
- Bostezos
- Apartar la mirada
- Actividad frenética y desorganización
- Retorcerse
- Llanto sin consuelo
- Manos abiertas que cubren la cara con las palmas hacia fuera
- Desviar la vista o girar la cabeza del estímulo
- Fruncir el ceño
- Apretar fuertemente los labios
- Movimientos de torsión de brazos, piernas o tronco
- Extensión exagerada y mantenida de brazos y/o piernas
- Hiperextensión o arqueamiento de tronco
- Desaturación periférica de oxígeno
- Salivación exagerada

No todos los prematuros presentan la totalidad de estas señales de estrés. Su aparición va a depender de las características individuales del niño y del tipo de estímulo.

1.6. **Disrupción del Estado de Sueño**

Para contrarrestar las frecuentes interrupciones asociadas con los procedimientos, se recomienda agrupar las atenciones para minimizar las interrupciones y promover la duración de los estados de sueño.

El medio ambiente de las Unidades de Cuidados Intensivos interrumpen el desarrollo de los estados conductuales en los recién nacidos prematuros.

“El estado neonatal se define como el conjunto de conductas organizadas que ocurren espontáneamente y se repiten cíclicamente”, a diferencia de los recién nacidos de término que tienen estados claramente definidos, los cuales reflejan integridad del sistema nervioso central. (Heidelise, 2006, pág. 214)

Los estados del neonato son los ciclos de sueño-vigilia que incluyen sueño tranquilo, sueño activo, somnolencia, alerta tranquilo, alerta activo y llanto. La organización de estos estados está determinada por factores endógenos e influencias del medio ambiente. “El período crítico durante el cual emergen estos estados es entre las 32 y las 36 semanas de edad gestacional”. (Heidelise, 2006, pág. 214)

Conclusiones

- Luego de las observaciones correspondientes conocimos los problemas que presentan los recién nacidos para poder desarrollar con la mayor utilidad el programa.
- Con las actividades propuestas y la información básica se realizará lo planificado en los siguientes capítulos.

CAPITULO II

PROGRAMA DE ATENCIÓN Y CUIDADO AL NEONATO

Introducción.

En el capítulo anterior descubrimos que los recién nacidos prematuros ingresados en la sala de neonatología presentaban signos evidentes de estrés y mal posicionamiento, por lo que decidí confeccionar material de apoyo para la mejoría de posturas dentro de las incubadoras y en las cunas existentes. Es importante mencionar que dicho material se confecciono con la mejor tela apta para los bebés, ya que es lavable, resistente y anti poliéster.

Al inicio de la observación se pudo ver que el trabajo de posicionamiento y confección de nidos para los bebés los realizaban las enfermeras ayudándose de toallas, sábanas y mantas uno por uno. Es decir el trabajo de la estimuladora casi era nulo directamente con los pacientes, ellas más se enfocaban en el trabajo con padres.

Es por eso que mi material ayuda tanto para que las estimuladoras sean las que trabajan con los niños en el campo de estimulación, y para las enfermeras que ocupen de otras necesidades médicas. A continuación describiré el programa propuesto a seguir para la mejoría de los pacientes en el problema encontrado, los caracteres del problema y mi material con sus beneficios.

2. ANTECEDENTES

El objetivo principal de mi investigación es mejorar el estado emocional de los bebés recién nacidos y por nacer en el Hospital José Carrasco Arteaga "IEES", implementando el material y la información para que facilite una mejor atención.

Comencé observando los problemas frecuentes de los bebés prematuros en UCI, el estado y el trato para luego hallar la solución más factible elaborando material, y aplicándolo de la mejor manera para poder observar los cambios en los bebés prematuros.

2.1. Ambiente intrauterino

El feto inicia su vida en un medio ambiente que modula todos los estímulos que actúan sobre él mientras transcurre su desarrollo: el útero materno. Este medio ambiente intrauterino se caracteriza por ser un ambiente líquido, tibio, oscuro, que proporciona contención y comodidad, además de los nutrientes y hormonas necesarias para el desarrollo normal del niño en formación. (Salvador J, 1989, pág. 65)

Los niños que nacen prematuramente son dramáticamente privados de este pacífico medio ambiente y pierden la estimulación intrauterina necesaria para completar el adecuado desarrollo.

Desde el punto de vista postural, el útero materno le proporciona al feto la flexión global de su cuerpo, favorece el desarrollo en la línea media, la contención y por supuesto la comodidad necesaria, posicionándolo correctamente para que la naturaleza actúe sobre él.

2.2. Modificando el Medio Ambiente de la UCI Neonatal

Los niños de término sano están hospitalizados alrededor de 1 a 4 días mientras que la experiencia que vivirá el prematuro es totalmente alta oscilando entre los 8 a 242 días en la Unidad Neonatal, en un ambiente totalmente diferente al familiar es decir al vientre materno o a la cercanía de su madre, por eso nos hemos visto en la necesidad que las condiciones que brinde dicha sala sean las más cualitativas y parecidas a su ambiente

habitual ayudando a contrarrestar la morbilidad neonatal, complicaciones médicas y medioambientales.

En la Unidad de Cuidado Intensivos se está diseñando normas para manejar las necesidades de supervivencia del prematuro, incluyendo la respiración, alimentación, sueño, postura correcta y regulación térmica, así como la importancia de crear pautas para favorecer la interacción de padres-hijo apoyando directamente en los estados de ánimo del niño y en sus respuestas frente a los varios estímulos .

La práctica clínica se ha dirigido a encontrar estrategias que reduzcan el estrés del prematuro y que al mismo tiempo entreguen un medio ambiente de apoyo para el niño y su familia. Las intervenciones están enfocadas a la reducción del ruido, al control de la luz, procedimientos de manipulación apropiados.

El programa se ha diseñado porque se ha encontrado en la observación varios problemas como hipotonía, posiciones inadecuadas, incomodidad, signos de estrés presentes en sus reacciones, exceso de manipulación, lloros frecuentes y cambios bruscos de estado de ánimo cuando los manipulan. Se ha aplicado el posicionamiento y cuidado con apoyo de los materiales para permanecer en un estado más óptimo para su desarrollo en bebés que estén aptos de manipularlos es decir los que están en áreas accesibles de la sala de neonatología como son cuidados intermedios, cuidados aislamiento y cuidado de observación.

2.3. Planificación del Programa

Objetivos	Actividades	Criterios
Mejorar posturas en bebés prematuros.	Se confeccionó el material que consiste en nidos, zapatillas, muelitas, huesitos, almohaditas con un mes de anticipación y con todo el material previsto apto para el contacto directo con los bebés.	Logrado exitosamente.
Proteger al bebé de todos los estímulos en exceso.	Ayudamos a controlar el manipuleo al paciente, así como estímulos auditivos y visuales en exceso, cada vez que sonaba un monitor lo apagaba el sonido y la luz era controlada siempre se la apagaba en el día y se cubrían las incubadoras con mantas.	Se podría calificar como en vía de logro, porque algunas personas no respetaban esto especialmente enfermeras.
Estimular succión nutritiva y no nutritiva.	En esta área de alimentación pudimos ayudar dando las tetinas cada 3 horas como lo suscriben los médicos y estimulando una buena succión a los bebés que no podían agarrar bien la tetina o el seno materno, apoyándonos con un chupón.	Se logró en todos los casos con problema, por lo que se observó la subida inmediata de peso en el bebé.
Mejorar las posturas del cuerpo del bebé.	Observamos a la gran mayoría de pacientes en una posición de rana o no	Se podría calificar como logrado pero por la necesidad de la estimuladora diremos

	<p>adecuada, por lo que decidimos comenzar ya a mejorar sus posturas sin el material, apoyándonos en el elaborado por las enfermeras. Se pudo constatar que luego de nuestra ayuda los pacientes dormían durante más horas y se recuperaban con mayor rapidez.</p> <p>Se trabajó en contención-flexión-línea media-comodidad, utilizando los materiales propuestos y donados en el programa.</p>	<p>que está en vías de logro. Ya que dicha estimuladora de esta área no cree en la estimulación.</p>
<p>Informar los padres para mejorar su contacto con el bebé.</p>	<p>Pudimos notar que la mayoría de padres tenían ansiedad y miedo al tocarlos porque decían que puede pasar algo al tocarlos. Por lo que se incentivó al acariciar a sus hijos de la manera más suave posible para que así vayan perdiendo el miedo y pasar a lo siguiente paso que sería cargarlos.</p> <p>También pudimos aconsejar y hablar con ellos de una manera muy asertiva sobre sus inquietudes y prepararlos para la dada de alta. Se les ayudo también</p>	<p>Logrado exitosamente.</p>

	en la preparación de mamas, sacada de leche materna y primer contacto del bebé con el seno materno.	
Utilizar el material	Luego de observar una semana y media se entregó el material oficialmente a la estimuladora, y se comenzó con la capacitación continua hacia la misma persona explicándole como es la utilización del material, los beneficios y el posicionamiento correcto es decir cómo deben verse los bebés dentro de la incubadora.	Los resultados fueron vistos de una manera impresionante. Logrado con éxito.

Tabla 1. Planificación (Cárdenas D.)

2.4. Plan de manejo

Planificaciones

Tema #1: Manipular de la manera correcta al niño.

Objetivo	Procesos/Técnicas	Recursos
Mejorar posición corporal	<ol style="list-style-type: none">1. Coger al bebé luego de haberse lavado las manos y puesto guantes de látex.2. primero revisaremos su pañal en caso de estar sucio cambiarlo.3. cogerlo al bebé con una mano en la cabeza y con la otra en el tronco.4. Acomodarlo ya sea en el nido o en la zapatilla según su estado.5. Acostarlo de lado sobre el nido o zapatilla, los brazos y piernas deben estar juntos formando la línea, con las manos cerca de la cara con ayuda de los huesos y muelitas fomentando contención.6. Acomodar la ropa o	<ul style="list-style-type: none">• Agua• Guantes• Bebé• Pañal• Nidos, zapatillas, huesitos, muelitas.• sábanas• chupón• ropa

	<p>sábanas estirando para que no incomode.</p> <p>7. Se le dará en chupón en caso de ser necesario</p> <p>8. Esto se deberá hacer una o dos veces en la mañana y en la tarde según las necesidades del bebé.</p>	
--	--	--

Tabla 2. Planificación (Cárdenas D.)

Tema #2: Mejorar su alimentación

Objetivo	Procesos/Técnicas	Recursos
Fomentar succión nutritiva	<ol style="list-style-type: none">1. Entrar lavarse las manos con jabón colocarse los guantes y abrir la incubadora.2. Revisar el pañal del bebé y en caso de ser necesario cambiarlo.3. Coger al bebé con una mano en la cabeza y la otra en el tronco.4. Realizar el proceso de succión no nutritiva que es estimulando el reflejo de búsqueda colocando mi dedo meñique en los bordes de la boca del bebé.5. Sacar al bebé de la incubadora, el mismo que quedará sentado sobre mis piernas.6. Coger la tetina previamente revisada la temperatura e	<ul style="list-style-type: none">• Agua• Guantes• Bebé• Pañal• Chupón• Tetina

	<p>introducir en la boca del bebé.</p> <p>7. Con la tetina en la mano realizar constantes movimientos suaves y circulares dentro de la boca del bebé, introduciendo y sacando para recordarle que debe succionar.</p> <p>8. Si el bebé olvida succionar tocar con el borde del chupón de la tetina el paladar para incentivar al agarre.</p> <p>9. Sacarle los gases dándole palmaditas en la espalda suaves y en forma circular.</p> <p>10. Recostarlo de lado y en flexión.</p> <p>11. Cerrar la incubadora y se deberá realizar una vez en la mañana o en la tarde.</p>	
--	--	--

Tabla 3. Planificación (Cárdenas D.)

Tema #3: mejorar su succión no nutritiva

Objetivo	Procesos/Técnicas	Recursos
Incentivar la aparición de succionar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lavarse las manos con agua y jabón, colocarse los guantes, abrir la incubadora. 2. Revisar el pañal al bebé y en caso de ser necesario cambiarlo 3. Coger al bebé con una mano la cabeza y con la otra el tronco 4. Posicionar al bebé en postura fetal 5. Estimular el reflejo de búsqueda tocándole la boca del bebé con nuestro dedo meñique, tocándole los bordes de su boca. 6. Meter el dedo meñique poco a poco introduciendo y sacando el dedo suavemente pero que sienta que tiene algo dentro de su boca, el movimiento será coordinado 7. Tocar con el dedo meñique el paladar 	<ul style="list-style-type: none"> • Agua • Jabón • Guantes • Bebé • Pañal • Dedo

	<p>solo a ratitos, observar como el niños va respondiendo con el agarre del dedo</p> <p>8. Cerrar la incubadora.</p> <p>9. Esto se realizara una o dos veces en la mañana o tarde según las necesidades del bebé, algunas veces se realiza después de la alimentación cuando se quedan con hambre.</p>	
--	--	--

Tabla 4. Planificación (Cárdenas D.)

Tema #4: Mejorar el ambiente y bienestar

Objetivos	Procesos/Técnicas	Recursos
Aportar para la eliminación de estímulos exagerados presentes en la sala.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lavarse las manos y cambiarse de guantes siempre. 2. Controlar que la luz sea la menos posible la que ingresa en la sala y en las incubadoras, apagar los focos de cada sala. 3. No hacer tanto ruido 	

	<p>en todos momentos, no utilizar celular ni radios. Hablar con voz baja o normal.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Apagar las alarmas de los monitores cada vez que suene. 5. Ayudar a cubrir cada incubadora con las mantas o sábanas. 6. Atenderlos cada vez que lloren. 7. Los bebés que estén en fototerapia controlar su vendaje de los ojos, que este colocado correctamente. 	
--	---	--

Tabla 5. Planificación (Cárdenas D.)

2.5. DESCRIPCIÓN DEL MATERIAL

Todos los materiales donados en este proyecto han sido diseñados y elaborados con los fundamentos necesarios para una contención en línea media, confort, comodidad y seguridad de que el estado del recién nacido va ir mejorando y desarrollándose de la mejor manera en su estancia en la sala de Neonatología.

Estudios realizados por “Als, 1986”, afirman que un bebé que ha nacido antes de las 42 semanas de gestación no alcanzado desarrollar un adecuado tono postural que le permita vencer la fuerza de la gravedad. Por eso es debida la hiperabducción de las extremidades y sin poder moverlas, esta postura puede alterar a la adecuada formación de las caderas y del dorso.

Para ello se recomienda el uso de nidos, que contribuyen a facilitar el patrón flexor no mucho tiene ver el material más bien es importante que cumpla la función de contención. El nido debe ser de tamaño acorde al tamaño y peso del bebé, lo más importante es que contenga más no que inmovilice ni obstaculice la visualización hacia el personal de la UCI. Es decir si un bebé pequeño necesitará un nido de paredes pequeño y si el bebé es grande necesitará un nido de paredes grandes.

En caso contrario si el nido quedará pequeño para el bebé el podrá tener algún accidente fuera del mismo por eso es preferible que el nido quede grande para poder contener con muelitas o huesitos para una contención, descanso, flexión a línea media con piernas, rodillas y brazos flectados apoyando las plantas de los pies en el borde de del nido.

2.6. Usos del Material Donado



Imagen 1

Usos de Nidos en forma de “U”

Reduce espacios e intenta simular la contención que tenía en el seno materno.

Se coloca en forma envolvente alrededor del bebé tanto en cunas, coches de paseo y en incubadoras.

Recomendado para ser utilizado de 0 a 4 meses en bebés nacidos a término y de 0 a 18 meses en bebés prematuros.

El “nido para posicionar bebés” es ideal para bebés prematuros y a término en unidades neonatales, intensivas o intermedias. “Sirve para la contención que el bebé necesita al estar fuera del útero materno antes de tiempo”. Está confeccionado en suaves telas, que hacen que el pequeño se sienta protegido y contenido, en una posición cómoda evitando

desgastes innecesarios de energía muy importante en estas primeras etapas. (Als, 1986, pág. 70)

Los nidos pueden ser lavados en lavadoras con ciclo de centrifugado para un secado más sencillo, y pueden secarse en secadoras. Preferentemente los nidos deben lavarse en lavadoras familiares, ya que los industriales los desgastan más rápidamente. Es importante tener presente que el nido debe estar completamente seco para volver a utilizarse.

Recomendamos que los nidos sean lavados antes de ser usados por primera vez.

Uso de la almohadita

- Diseñada para evitar que la cabeza del bebé sufra de aplanamiento por detrás (braquicefalia).
- Muy recomendado para bebés que necesitan estar mayor tiempo en incubadoras.
- Almohada ergonómica.

Zapatillas.- ideal de posicionar al bebé tanto de costado como boca arriba, según los requerimientos de cada niño. Este producto está confeccionado con suaves telas y rellenas de esponjas cómodas.

Huesitos.- es una almohada diseñada para un confort y la seguridad del bebé. Brinda el soporte necesario cuando al recién nacido se le aplica contención. Usando se crea un ambiente cómodo y permite posicionar mejor al bebé prematuro. Confeccionado con suaves telas rellenas en material lavable.

Muelitas.- almohada diseñada para:

- Genera un suave y cálido espacio en su nido interior, evitando la pérdida de calor.
- Sostiene la cabeza del bebé e impide los movimientos bruscos.
- Evita la caída de la cabecita hacia delante o de costado cuando se duerme.
- Reduce espacios en la zona cervical, contiene el cuello o las extremidades.

- Intenta simular la contención que tenía el bebé en el vientre materno.
- Favorece el sueño y un descanso.
- Durmiendo en el nidito el bebé conserva su ámbito.
- Le brinda una sensación de abrazo y comodidad.



Imagen 2 (Bernardo)



Imagen 3 (Jorge)



Imagen 4(Diario El Tiempo)



Imagen 5 (DM. Tienda)



Imagen 6 (DM. Tienda)



Imagen 7(DM. Tienda)



Imagen 8 (DM. Tienda)



Imagen 9(DM. Tienda)

2.7. **Beneficios Posturales** (Als, 1986, pág. 68)

1. Intenta simular la contención que tenía el bebé en el vientre materno.
2. Genera un suave y cálido espacio en su nido interior, evitando la pérdida de calor.
3. Favorece el sueño y un descanso pleno.
4. Favorece la posición anti-reflujo.
5. Durmiendo en el nidito el bebé conserva su propio ámbito.
6. Es utilizable tanto en bebés prematuros como en nacidos a término.
7. Permite ir agrandando el espacio interno a medida que el niño crece. (Als, 1986, pág. 68)

Importancia._ El posicionamiento en el bebé prematuro se logra a través de elementos externos (nidios), que nos ayudan a darle al bebé prematuro la contención necesaria para que se sienta cómodo y “seguro”.



Imagen 10(Alfredo, Chile)

Para entender cómo funciona debemos situarnos en el ambiente intrauterino. Dentro del útero el desarrollo motor normal de un bebé seguirá ciertos principios que determinarán que al término de la gestación el recién nacido tenga un patrón flexor que es la base para su desarrollo posterior. En otras palabras, un bebé de término presentará una postura “enrolladita”, “en posición fetal”, es decir, con sus brazos y piernas encogidos o flectados sobre su cuerpo, con sus manitos apretadas, etc. Este patrón flexor no se encuentra desarrollado completamente en el bebé prematuro y aquí es donde el posicionamiento correcto nos ayuda para proveer al bebé de las condiciones que le permitan obtener este patrón flexor. Estas condiciones son: (Als, 2006, pág. 76)

- **Flexión**

Se refiere a que los segmentos del cuerpo (brazos y piernas) se acercan al centro de éste, así como la columna también se encoge ligeramente dando la característica “posición fetal”.

- **Contención**

Se refiere a que el bebé dentro del útero siente que algo lo contiene o lo rodea, él se mueve y siente que hay algo a su alrededor. Estas son las paredes del útero y a medida que el bebé va creciendo se va reduciendo el espacio, lo que aumenta la contención y la flexión de sus extremidades.

- **Línea media**

El diseño de nuestro cuerpo está orientado hacia la línea media de éste, es decir, realizamos nuestras actividades cotidianas por delante de nuestro cuerpo, de manera simétrica, por ejemplo, el bebé al llevarse las manitos a la cara o juntarlas por delante de sus ojos, más adelante el niño al comer, escribir, etc. realizará estas actividades de manera normal en la “línea media”.

- **Comodidad**

En el útero el bebé flota cómodamente en el líquido amniótico, la temperatura e iluminación son las adecuadas para él, el ruido es atenuado con todas las condiciones que favorecen su comodidad.

2.8. Cómo ayudar al bebé prematuro

Al nacer antes de tiempo, el bebé deberá enfrentarse al ambiente “extrauterino”, y todo lo que podamos hacer para simular el ambiente intrauterino irá en directo beneficio de su estabilidad y normal desarrollo sensorio motor (de sus sentidos y su movilidad).

Aquí es donde el posicionamiento en el bebé prematuro, a través de elementos externos (nidos), nos ayuda a darle al bebé prematuro la contención necesaria para que se sienta cómodo y “seguro”: cuando él se mueva va a sentir que hay algo que rodea su cuerpo. Es importante que el nidito lo rodee completamente y que esté muy cerca de su cuerpo, porque así también nos permitirá mantener posturas adecuadas (en flexión y en línea media) mientras él descansa.

Es importante señalar que los músculos, articulaciones y huesos del bebé prematuro están en pleno desarrollo y si adopta posturas incorrectas o viciosas esto trae alteraciones en su sistema musculo esquelético y por ende en su desarrollo psicomotor que pueden afectar su calidad de vida.

Al tomar en brazos y amamantar a su bebé prematuro es importante moverlo suavemente y al mismo tiempo mantenerlo en una postura cómoda, en lo posible con sus brazos y piernas cerca de su cuerpo, no estirados y abiertos, sino en flexión, ayudarlo a sostener su cabecita en línea media, que no cuelgue ni se quede hacia un solo lado. Esto le ayudará tanto a él como a usted a sentirse confortable y seguro y poder disfrutar de la alimentación.

Actualmente se sabe que el manejo habitual de estos pacientes es el responsable de numerosas morbilidades que se detectan cerca del alta y después de ella, especialmente en el área neurológica, por lo tanto, ya no sólo preocupa la sobrevivencia de estos niños, sino que también la calidad de vida posterior.” De aquí la tendencia que ha surgido en los últimos tiempos de abordar el manejo de los recién nacidos pretérmino RNPT, conociendo y comprendiendo los potenciales efectos dañinos del ambiente de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) Neonatal”. (Avron Y, 1980, pág. 87)

2.9. Conclusiones:

Al finalizar este capítulo hemos llegado a comprobar que los bebés necesitan de un buen posicionamiento dentro de las incubadoras para su mejoría dentro de la sala de neonatología, así tendrán un rápido avance en su desarrollo evitando las complicaciones secundarias por influencia de estímulos mal llevados o por el manipuleo exagerado del equipo multidisciplinario del área.

Los pacientes en toda área de un hospital necesitan un lugar cómodo para su tratamiento y estadía según su problema de salud, y sus condiciones físicas. Es importante mencionar que la sala de neonatología deberá ser una de las más adecuadas, limpias y cálidas para las necesidades que tienen los recién nacidos prematuros.

Es por eso que mi material ayuda a la comodidad de los bebés dentro de su tratamiento, como apoyo para beneficiar sus movimientos y tono muscular, estabilizando sus signos vitales, permitiendo auto-reponerse con la conservación de sus energías.

Los bebés tendrán menos signos de estrés e irritabilidad, mayor número de horas de sueño, aumento evidente de peso en su masa corporal, avance rápido en su tratamiento. Los beneficiados también serán los padres de familia y el equipo de neonatología por la evidencia de cambios y la facilidad para su contacto directo.

CAPITULO III

SOCIALIZACIÓN

Introducción

Al finalizar mi proyecto de tesis se puede observar y evidenciar que gracias a los materiales donados, la apariencia física de los bebés mejora notablemente. Describiré en cortas líneas lo que hice y lo que se pretendía realizar hacia todo el equipo.

Es importante capacitarse continuamente escuchando cosas nuevas y diferentes puntos de vista, métodos, aprendizajes nuevos para así crecer como profesional, por la necesidad de socializar hacia todo el equipo multidisciplinario implicado en mi proyecto.

Durante dos meses pude capacitar a diario a la profesional que hacía el trabajo de estimulación en el área de Neurodesarrollo del Hospital José Carrasco Arteaga "IEES". Al final se planifico realizar una charla para todos los miembros de la sala de neonatología pero no se dio la apertura necesaria por parte del equipo de enfermería por lo que se entregó un tríptico con toda la información necesaria para comprender el uso de los materiales.

3. Planificación de la Capacitación al área de Neurodesarrollo

Tema: importancia del buen posicionamiento en un paciente de Neonatología

Objetivos	Técnicas	Criterios
Posición a línea media	Los músculos de los brazos y piernas deben estar en flexión por comodidad y por seguir prevaleciendo la posición fetal	Buen manejo por parte de las personas de neonatología.
Comodidad	Colocar el material en forma de nido y acomodarlo al bebé dentro del nido en forma U, para mejorar tono muscular y contener al paciente en flexión.	Lograda con éxito, las enfermeras estaban de acuerdo total en poner estos materiales. Captaron muy bien la idea de la implementación con este material.
Flexión	Acomodar o sujetar brazos y piernas con ayuda de las muelitas, huesitos, sujetándolo y presionando sutilmente para la flexión continua de sus extremidades.	Vías de logro, se necesita más tino en el manejo de sus movimientos y en la precisión de la acomodación con ayuda de los materiales.
Contención	La posición ideal es está manos cerca de la cara, flexionando su brazos hacia adelante ligeramente para arriba, acostado de medio lado con piernas también ligeramente flexionadas con sus pies contenidos por el	Logrado exitosamente con la ayuda de las zapatillas la contención es mejor y da una sensación al bebé como arropado.

	borde del nido para asegurar descanso y prevenir movimientos bruscos que los pueden alterar.	
Limpieza y orden	Es importante que después de cada alimentada el paciente sea acomodado y cambiado según sea necesario de nido, muelitas, huesos o zapatillas. Los materiales deben ser desechados hacia la lavandería en caso de ensuciarse o mojarse, es decir desinfectados.	Lograda ya que en la sala de neonatología tienen como norma lavar todo material desechado por sucio o contaminado.

Tabla 6. Planificación (Cárdenas D.)

3.1. CAPACITACIÓN

Planificación de Socialización

Tema: Cuidado y Desarrollo

Comenzaremos la capacitación con la presencia de todo el personal de neonatología en la sala de enfermería, lo primero será la presentación y saludo, agradecimiento y las pautas a tratarse en todo el espacio.

Objetivos	Actividades
Proveer mediante el tacto calma al paciente	Mostrar fotografías del trabajo realizado en la sala de neonatología.
Respetar las horas de sueño	Charla sobre importancia del sueño.
Evitar estímulos exagerados	Hablaremos sobre la sobre estimulación.
Posicionar y controlar movimientos	Daremos a conocer a importancia de mi material donado.
Estimular una buena succión por ende buena alimentación.	Mostrar con gráficos la correcta postura de la madre para una buena succión.
Aprovechar el tiempo atendiéndolo cuando el bebé este despierto	Colaborar con énfasis asistiéndolo al paciente cada que vez que despierte. Pautas concretas.
Tener buen trato y comunicación con los padres de familia, apoyándolos y preparándolos para el cuidado diario en casa.	Mostrar un video sobre la importancia de la buena comunicación con los padres con sugerencias más importantes.
Cierre de capacitación	Al final se dejara el material de la capacitación en un CD presentado en las diapositivas y un agradecimiento por la atención.

Tabla 7. Planificación (Cárdenas D.)

Por motivos fuera de lo personal la capacitación a todo el equipo que conforma Neonatología no se pudo realizar ya que no hubo la apertura solicitada por lo que se dejó un tríptico con toda la información necesaria para entender mi proyecto de tesis y sus beneficios.

3.2. Evidencias de la aplicación del programa

Los resultados observados son los siguientes:

- Comienzo más temprano de la lactancia natural o artificial.
- Aceleración de la ganancia de peso.
- Mejoría de los vínculos entre los padres y el bebé.

El objetivo es promover el uso de factores ambientales beneficiosos y apropiados y evitar aquellos factores que son nocivos para la estabilidad fisiológica, la recuperación y la evolución a largo plazo del niño.

La implicación del paciente en el cuidado de su propia salud es un elemento relevante en todas las estrategias de atención.

Como principio general, la información debe ser clara, precisa y suficiente. Se debe facilitar información ordenada sobre las condiciones que rodean la estancia del paciente en la UCI. (Jurado, 1970, pág. 59)

3.2.1. Mejorando la relación de la familia.

Los resultados observados en la mayoría de niños son tanto en su estado como en relación al vínculo con sus padres.

La madre será capaz de identificar: (Salazar, 1990, pág. 204)

- Las ventajas que se puede observar mediante un buen manejo
- Las circunstancias de su vida que dificultan la lactancia materna.
- Las creencias sobre la lactancia materna
- Decidirá el método que quiere seguir para alimentar a su hijo.

- Demostrará haber adquirido conocimientos y habilidades para continuar en su domicilio con la lactancia materna.

Describiremos a continuación los pasos con los que ayudamos a la madres para la obtención de la leche y/o para el agarre del seno materno; por parte del área de Neurodesarrollo cada vez que las madres venían de visita.

- Explicaremos a la madre la técnica de la lactancia materna.
- Ayudaremos al niño a garrarse al pezón. Acerque la boca del bebé a la mama, estimule la erección del pezón y ordeñe algunas gotas de leche sobre los labios del bebé.
- Asegúrese de que el bebé agarra buena parte de la areola y no solo el pezón.
- Enseñe a la madre a sujetar la mama con los dedos bajo el pecho y el pulgar sobre el mismo. Evite la sujeción de tijera porque estrangula el flujo de leche.
- Informe a la madre acerca de las medidas que debe de observar para evitar la formación de grietas en los pezones:
 - Evitar el uso de jabón para realizar la higiene de los pechos.
 - Dejar los pezones al aire después de la toma, para que se sequen. Una vez secos, aplicar pomada cicatrizante, colocar pañuelos absorbentes de algodón y un sujetador amplio también de algodón.
- Si el bebé no puede succionar por excesiva ingurgitación mamaria, aplique compresas calientes 15 o 20 minutos antes de la toma.
- Apoye a la madre en la primera toma procurándole la suficiente relajación. Proporcionele intimidad durante la tomas y la flexibilidad en la programación y duración de las mismas. Anime a la persona más cercana a que ayude en todo lo posible.
- Realice sesiones informativas a las madres sobre los procedimientos de la lactancia materna y artificial, las ventajas y desventajas de cada una de ellas.
- Incentive a la madre a que explique los mitos y creencias que ella o su familia tiene sobre la lactancia materna y clarifíqueles los conceptos que sean erróneos.
- En caso de que la madre esté enferma, valore si la medicación que está tomando implica contraindicación para la lactancia materna.
- Apoyar y responder a cualquier pregunta que la madre realice con naturalidad y con el vocabulario comprensible para ella.

3.2.2. Disminución de signos y síntomas de ansiedad

Aquí se explica las pautas para mejorar el trato y relación con los padres de parte del equipo para así ayudar indirectamente también al estado de los bebés y son:

- Facilite la expresión de sentimientos, miedos, preocupaciones y dudas en relación a la situación.
- Ayude a los padres a analizar y afrontar su nueva e inesperada situación y las necesidades derivadas de ella.
- Inicie el programa de atención y cuidado cuando los padres hayan tenido el aviso correspondiente.
- Facilite que los padres puedan hablar con el médico para que les informe sobre el problema de salud de su hijo.
- Conozca lo que saben los padres sobre el problema de salud de su hijo, antes de dar información.
- Informe a los padres de la existencia y forma acceso a asociaciones o colectivos de apoyo.

Los padres demostrarán aumento progresivo de las conductas de unión con su bebé (sostener al niño, sonreírle, hablarle, buscar contacto visual, cuidarle). Expresaran sentimientos positivos con respecto al niño.

Aprender a observar los gestos y reacciones de los padres frente a cualquier circunstancia para poder ayudarlos de la mejor manera así:

- Valora si existe signos de desilusión, rechazo e indiferencia hacia el niño (sostener al pequeño lejos del cuerpo, no mirarlo, no cuidar su alimentación, higiene o vestido, no consolarlo cuando llora).
- Intente que los padres entiendan que el niño les necesita y que condiciona sus respuestas, a la actitud de ellos demuestran hacia él.
- Enseñe a como cargar, tocar, hablar y respirara frente a su bebé antes de la dada de alta.
- Apoyar a los padres con palabras como si puede, vamos papito no tenga miedo, no va a pasar nada.
- Siempre dar buenas noticias y hablar de cosas buenas con los padres como que grande esta, ha subido mucho de peso, ha mejorado notablemente.

3.3. Conclusiones:

- Para la socialización del proyecto se planificó dos capacitaciones dirigidas a la encargada de la estimulación en el área de Neurodesarrollo de Neonatología el cual tuvo éxito, ya que se contó con la presencia de Licda. Liliana Toalongo o sus personas encargadas en esta sala, las mismas que mostraron mucho interés y disposición durante la ejecución de la temática y al concluir se mostraron muy agradecidas. Y el otro estaría dirigido a todo el equipo multidisciplinario pero por motivos externos no se pudo realizar con éxito por la falta de apertura.
- Con los resultados obtenidos durante la aplicación del programa se puede acotar que es satisfactorio notar el avance, la ayuda y la mejoría vista durante estos días al comparar con la situación de los primeros días; gratificante es hacer el trabajo que me gusta y observar que al final nos quedamos con dos bebés de alto riesgo obstétrico porque todos los 12 casos restantes fueron dados de alta luego de dos meses trabajando en UCI del Seguro Social.

4. Recomendaciones

Luego de haber finalizado el proyecto puedo recomendar lo siguiente:

- A las enfermeras que sigan trabajando con el material donado ya que así podrán lograr una mejor la estadía de bebés durante su tratamiento y recuperación previniendo problemas secundarios.
- Es importante también el trabajo en conjunto de todo el equipo multidisciplinario y se pide seguir las recomendaciones dadas porque se pudo observar la gran ayuda.
- Lo más importante que no se deben olvidar las estimuladoras o enfermeras es de trabajar con amor, paciencia, suavidad y dedicación.

5. Conclusiones Finales

La elaboración del programa de atención y cuidado al neonato ha sido un trabajo arduo y muy gratificante, ya que se contó con la colaboración y sobre todo se pudo conocer cuáles eran los temas que cubrían las necesidades de los bebés prematuros.

Luego se procedió a confeccionar el material donado y a aplicar a diario en las posiciones correctas para un bebé recién nacido prematuro con la capacitación continua a la gente del área de Neurodesarrollo de la sala de Neonatología.

Es satisfactorio saber que el trabajo que se realizó en estos meses tuvo la acogida esperada por la mayoría de personas y el interés visto por las colegas en el área de estimulación que en el hospital que la llaman Neurodesarrollo; y también poco gratificante que por influencias de terceras personas no se pueda finalizar con éxito lo propuesto en mi programa.

6. Bibliografía:

- Roques Vicente, “Desarrollo Psicomotor”, Prematurez y Desarrollo, 2000, pág. 205-206.
- Gomella, Cunningham, Eyal, Zenk, “Neonatalogía” Manejo básico, 5ta Edición Buenos Aires-Argentina, Editorial Médica Panamericana 2005.
- Velez Calvo Jimena, Módulo de Estimulación Temprana, “El Neonato”, Cuenca-Ecuador (2008).
- Armas Teresa y Caicedo Rocío, Hinojosa Miguel y Sandoval J. Manual de Lactancia Materna Y Alimentación Complementaria para Consejeras Comunitarias, “Lactancia Materna”, Ecuador, Basics, enero (2006).
- Roques Vicente, Manual para Padres con niños prematuros, “UCIN”, Valencia-España, Imgraf (2005).
- Mahoney, M., Cohen, M. “Effectiveness of Developmental Intervention in the Neonatal Intensive Care Unit: Implications for Neonatal Physical Therapy” Pediatrics Physical Therapy.17(3):194-208, 2005.
- Perkins, E., Ginn, L., Fanning, J., Bartlett, D. “Effect of Nursing Education on Positioning of Infants in the Neonatal Intensive Care Unit”. Pediatrics Physical Therapy.16(1):2-12, 2004.
- Griffin, T. “Family-centered Care in the NICU”. Journal of Perinatal & Neonatal Nursing 20(1):98-102, 2006, <http://es.extpdf.com/posicionamiento-neonatal-pdf.html#a1>.
- Mann y Cols, “Estimulación y aprendizaje”, Nexos Editores (2006), Pág. 135-137.
- Heidelise C, “Lactancia Materna”, Manual de Lactancia y Alimentación Materna Ecuador (2006), pág., 61-64.
- Rodolfo Castillo, “Manejo Básico”, Neonatología Editorial Médica 5ta Edición (2000) Buenos Aires-Argentina, pág. 136-137.
- Rosales J, Prematurez y Desarrollo psicomotor, 2000, pág 206.
- Castillo Morales R, Evaluación de la Edad Gestacional, Manual para Padres, (2006) Ecuador Pág 110.

7. Anexos

Fotografías de Observación

Así se elaboraban los nidos en forma de U por parte del área de enfermería en Neonatología.



(Cárdenas D, marzo 2013, #1)



(Cárdenas D, marzo 2013, #2)



(Cárdenas D, marzo 2013, #3)



(Cárdenas D, marzo 2013, #4)



(Cárdenas D, marzo 2013, #5)



(Cárdenas D, marzo 2013, #6)

Fotografías del Antes y Después de la aplicación del Programa



(Cárdenas D, marzo 2013, #7) Antes



(Cárdenas D, marzo 2013, #8) Después

Fotografías de El Material donado y entregado durante el Programa



(Cárdenas D, marzo 2013, #9) Antes de la donación



(Cárdenas D, marzo 2013, #10) Material Donado



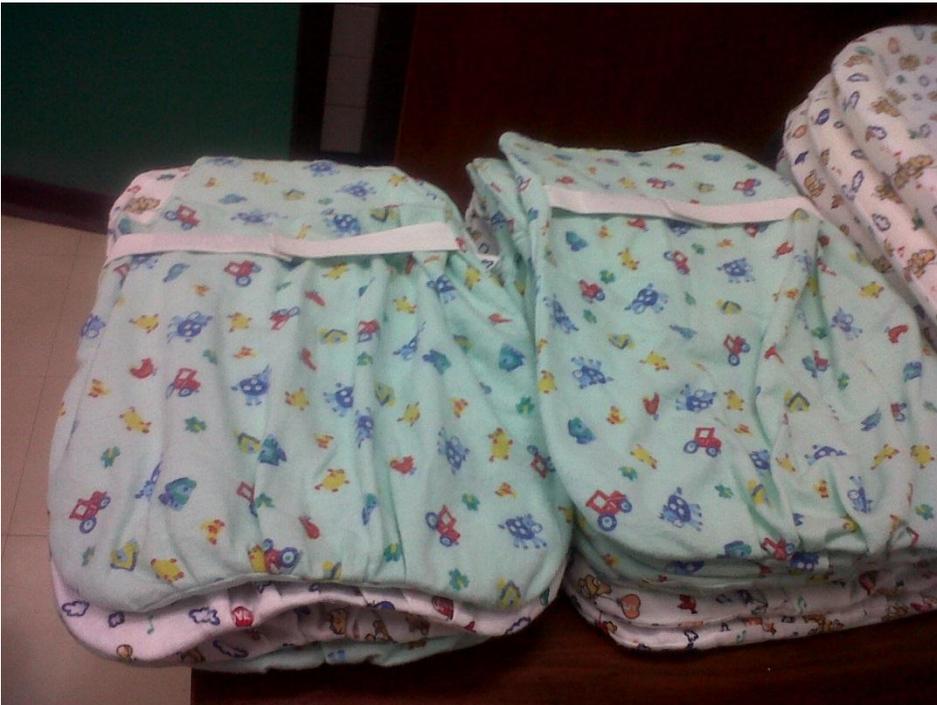
(Cárdenas D, marzo 2013, #11) huesitos-muelitas



(Cárdenas D, marzo 2013, #12) zapatilla pequeña



(Cárdenas D, marzo 2013, #13) zapatilla pequeña



(Cárdenas D, marzo 2013, #14) zapatillas grandes-pequeñas



(Cárdenas D, marzo 2013, #15) Nido grande-pequeño



(Cárdenas D,

marzo 2013, #16) zapatilla grande



(Cárdenas D, marzo 2013, #17) Nido-almohadita

Estrategias para Promover la Participación de la Familia en el Cuidado del Pretérmino en la UCIN

Elsie R. Vergara, ScD, OTR-R, FAOTA
College of Health and Rehabilitation Sciences, Boston University

Comunicación y Colaboración ("partnership")

- Provéale información a los padres acerca de la condición de su bebé TAN PRONTO sea posible y ayúdeles a interpretar dicha información. La información debe ser comunicada a un nivel que la familia pueda entender, absorber, y en "dosis" adecuadas - es decir, evitar sobrecargarlos de información.
- Promueva una atmósfera en la cual los padres se sientan libres para compartir sus sentimientos y preocupaciones, sin sentirse juzgados o criticados. Designe un área privada y cómodo en o cerca de la UCIN para hablar de asuntos confidenciales o delicados. NUNCA se deberá hablar de asuntos delicados en público, excepto en casos de emergencia. Provéales oportunidad y tiempo para hacer preguntas.
- Muestre sensibilidad, sinceridad y afecto al hablar a los padres, sobretodo de temas negativos.
- Establezca un itinerario de reuniones frecuentes entre la familia y el equipo interdisciplinario de la UCIN con el propósito de compartir cualquier cambio en la condición del bebé e incluir a la familia en el desarrollo continuo del plan de intervención de su bebé.
- Desarrolle relaciones de colaboración positivas y transparentes entre los padres y el equipo de profesionales de la salud a cargo del cuidado del bebé. Promueva comunicación abierta y honesta entre la familia y el equipo.

Prestación de Cuidado ("caregiving")

- Ayude a los padres a desarrollar las destrezas de observación y manejo necesarias para apoyar la adaptación y el desarrollo de su bebé y para proveerle cuidado adecuado cuando lo necesite. Acompáñelos a observar a su bebé durante una sesión de cuidado rutinario y explíqueles las respuestas que el bebé vaya teniendo mientras está recibiendo cuidado.
- Demuéstreles estrategias que puedan ayudar al bebé a autorregularse mientras recibe el cuidado (e.g., contención, tacto firme, un chupete)
- Enséñeles a
 - despertar al bebé sutilmente
 - reconocer las reacciones de estrés de su bebé
 - reconocer cuando el bebé necesita tiempo para reorganizarse ("time-out")
 - determinar cuando el bebé está en condiciones para interactuar con ellos
 - interactuar con sensibilidad de acuerdo a las señales que presente ("cue-based care")
- Durante su estancia en la UCIN, invítelos a participar en el cuidado de su bebé para que se vayan adaptando mutuamente (e.g., tomarle la temperatura, bañarlo, cambiarle el pañal, vestirlo, cambiarle las sábanas, darle masaje). Esto los ayudará a prepararse para la transición a la casa, les aumentará la confianza en sus propias destrezas de cuidado y mejorará la interacción y el vínculo.
- Obsérvelos mientras le ofrecen cuidado a su bebé; déles sugerencias prácticas que les apoyen en el desarrollo de sus destrezas, SIN CRITICARLOS.
- Inclúyalos en la búsqueda de solución a los diferentes problemas que pueda presentar el bebé durante su estancia en la UCIN — en lugar de darles un pez, enséñelos a "pescar".
- Invítelos a dejar notas en la incubadora para comunicarle al personal a cargo de su bebé cualquier inquietud o interés especial que ellos puedan tener con relación al cuidado de su bebé o para dejarles saber de estrategias que les han resultado efectivas para calmarlo o consolarlo.

Apoyo a la Familia ("family support")

- Aliente a los padres a dejar que el bebé les agarre un dedo mientras lo están alimentando o proveyendo cualquier tipo de cuidado; los padres generalmente sienten gran satisfacción al ver que el uso de una técnica tan sencilla les puede ayudar a calmar al bebé.
- Si fuera permitido en su hospital, aliente a los padres a traer objetos del hogar (e.g., ropita, una frazada pequeña para cubrir la incubadora para proteger a su bebé de la luz directa, fotos de la familia, peluches pequeños u otros juguetes limpios e hipoalergénicos que puedan ser colocados dentro o cerca de la incubadora).
- Los hermanitos pueden ser incluidos en seleccionar peluches y otros artículos como muñecos suaves que puedan ser usados para posicionar al bebé.
- Promueva la visitación de los hermanitos y provéales un área donde ellos puedan jugar y/o aprender acerca del cuidado de su bebé, bajo supervisión, mientras sus padres visitan al bebé.
- Aliente a la familia a invitar a personas importantes para ellos a que visiten al bebé (si fuese permitido por el hospital).
- Permítale a la familia decidir qué personas podrán visitar a su bebé. Evite que la familia se sienta que la falta de espacio les impide recibir visitas que ellos consideren importantes. Asigne un área dentro de la UCIN donde la familia pueda recibir visitas.
- Invite a la familia a participar de los servicios de apoyo que ofrezca el hospital (e.g., grupos de padres, grupos de apoyo a hermanos).
- Ayude a la familia a prepararse para la transición al hogar, asegurándose de que antes de llevarse el bebé a la casa ellos sabrán:
 - reconocer e interpretar las señales de comunicación de su bebé
 - ayudar a su bebé a autorregularse cuando comience a presentar señales de estrés
 - usar estrategias efectivas para reducirle o evitarle el estrés a su bebé
 - reconocer cuándo el bebé está listo para enfrentarse a nuevos retos/actividades más complejas
- Comience a preparar a la familia para la transición al hogar desde el momento de admisión a la UCIN. **¡LA PREPARACIÓN PARA EL HOGAR NUNCA DEBERÁ SER UN CURSO RELÁMPAGO MOMENTOS ANTES DEL ALTA!**

K.S.

SUGERENCIAS PARA EL MANEJO DEL BEBÉ PREMATURO EN LA UCIN

Basadas en el modelo de Cuidado Individualizado de Apoyo al Desarrollo (Ais, 1986)

23-27 SEMANAS GESTACIONALES (edad corregida)

Visión/Sonidos/Olores	Posicionamiento/Movimiento	Tocar/Calmar	Estados/Señales/Tiempo	Tiempo Familiar
<p>Visión</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Estimulos visuales pueden sobreestimularlo ● Cubra la incubadora para proteger al bebé; Colóquelo donde no le de claridad ● Los ojos pueden estar sellados ● Protéjale sus ojos de la luz brillante con la mano o toallita; si está oscuro, introdúzcalo lentamente a la claridad <p>Sonidos</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Cubra la incubadora con un coverter de máxima protección contra el ruido. El único estímulo auditivo adecuado es el de la voz humana suave. ● Si el bebé necesitara estar en una radiante temporalmente (e.g., operación), sonidos naturales como latidos de corazón a un volumen MUY bajo pueden ayudar a contrarrestar el ruido ambiental. De ser necesario, cuegue una cobija (alejada del calentador) para absorber el ruido. ● Hable en suspiros y reduzca el ruido ambiental (apague las alarmas rápidamente; evite hablar de un lado al otro del salón). 	<ul style="list-style-type: none"> ● Los músculos de los brazos y piernas son débiles y el bebé puede estar extendido; no puede ofrecer resistencia. Se pueden observar sobresaltos y movimientos torpes ● Arregle las cobijas en forma de nido que simule el útero para facilitar el tono muscular, estabilizar los signos vitales, conservar energía y contener al bebé en posición de flexión. Coloque sábanitas enrolladas para que el bebé se empuje contra ellas.. ● Use una almohadita de gel o de solución (medio vacía) para disminuir la presión que pudiera deformar la cabeza. ● La posición ideal es arropado suavemente con las manos cerca de la cara o hacia la línea media del cuerpo; los hombros deben estar un redondeados (un poco hacia el frente) con las caderas y rodillas dobladas. Evite que el bebé cuegue los pies y rodillas fuera del nido. Evite la extensión excesiva del cuello en cualquier posición que se coloque el bebé. ● Provéale apoyo sutil y suave al bebé mientras lo volteo o lo mueve hacia diferentes posiciones (si fuese médicamente apropiado) ● Contenga las extremidades del bebé durante procedimientos y cuidados. ● Use pañales de tamaño adecuado que permitan el alineamiento óptimo de las caderas ● Considere referir a terapia ocupacional o rehabilitación si el bebé muestra dificultades de posicionamiento, tono muscular o con sus movimientos. 	<ul style="list-style-type: none"> ● En todas las interacciones, prepare al bebé; hágale lo que tiene que hacerle y luego, ayúdelo a recuperarse ● Considere referir para observación y desarrollo de un plan individualizado de cuidado ● Redúzcale el estrés mediante manejo sutil y lento; háblele suave y tóquelo con su mano (tibia) antes de interactuar con el bebé. Caliente el pañal y el estetoscopio en la incubadora antes de ponérselos al bebé. ● Provea cuidado de manejo mínimo, sutil y lento. La piel del bebé es delgada y frágil y puede ser muy sensible al tacto. Use cobijas para contenerlo y calmarlo. Tome tiempo para observar sus patrones de conducta. Las respuestas del bebé, no un itinerario estricto, deben determinar cuándo intervenir. Ofrezcale apoyo durante intervenciones estresantes. ● Permitale al bebé dirigir las interacciones; establezca prioridades de cuidado, pero sea lo suficientemente flexible para cambiar el plan, basándose en las señales del bebé ● Dete tiempo para descansar y recuperarse; su capacidad para calmarse es limitada. ● Interrumpa el cuidado si el bebé se estresa; provéale contención y protección (con una mano en la cabeza y otra en las caderas). ● Esto le da seguridad y le enseña a calmarse ● Puede succionar por períodos cortos, pero no puede tolerar estimulación oral adicional. ● Trate de mantener al bebé en una posición de apoyo durante procedimientos; cuidado o interacción. Al terminar, remueva los atrículos innecesarios que puedan estar tocándolo. Déjelo en un estado de calma. ● Obsérvelo por unos minutos después del cuidado para detectar estrés o inestabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> ● Los estados del bebé (de sueño profundo a llanto) no están bien definidos ● El bebé duerme la mayoría del tiempo, pero solo pasa una porción pequeña de tiempo en sueño profundo ● A menos que sea médicamente necesario, evite darle cuidado cuando esté en el estado de sueño profundo. En el sueño profundo los signos vitales son regulares y no hay movimientos de ojos ni cuerpo. Este tipo de sueño es importante para el desarrollo del bebé ● Ayúdelo a dormir protegiéndolo del ruido, las luces y el manejo innecesario ● Ayúdelo a dormirse proveyéndole contención y buen posicionamiento ● Su capacidad de comunicarse por señales puede estar limitada a cambios de color y signos vitales ● Toda su energía va dirigida hacia mantener sus signos vitales estables y no puede participar en interacción <p>Alimentación</p> <ul style="list-style-type: none"> ● La mayoría de los bebés reciben alimentación por vena ● Algunos pueden comenzar a tomar pequeñas cantidades de leche materna o fórmula por sonda, porque todavía no pueden coordinar la respiración con la succión y la deglución. ● Succiónelo por vía oral solo cuando sea necesario, ya que esto puede contribuir a causarle dificultades con la alimentación 	<p>La familia puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tocar al bebé apropiadamente conteniéndolo con las manos ó dejándolo que les agarre un dedo. Colóquelo una mano encima al bebé sin moverla ● Calmar al bebé con voz suave ● Reconocer, interpretar y responder a las señales (inclusive signos vitales) y estados del bebé ● Abogar por su bebé educándose acerca de su condición médica y participando en el plan de cuidado diario ● Aprender acerca del desarrollo de su bebé ● Personalizar la cama del bebé con fotos de la familia o dibujos, un peluche o una cobija ● Llevarse a la casa algún objeto que huela a su bebé para disminuir la sensación de separación ● Cuidar de su propio bienestar, alimentándose bien, descansando y aceptando ayuda de familiares y amigos ● Obtener apoyo de lactancia (descanso, nutrición, líquidos) ● Preguntar si pueden sostener a su bebé o darle "Mamá canguro" ● Asistir a clases para padres y grupos de apoyo para ellos y los hermanos y hermanas ● Buscar otras fuentes de apoyo (e.g., cuidado pastoral, servicios sociales)

Visión/Sonidos/Olores	Posicionamiento/Movimiento	Tocar/Calmar	Estados/Señales/Tiempo	Tiempo Familiar
<p>Visión</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Proteger al bebé cubriendo la incubadora. Coloque el donde no le de claridad directa ● Protéjale sus ojos de la luz brillante con la mano o toallita: si está oscuro, introduzca lentamente a la claridad ● Observar la cara por corto tiempo es un estímulo visual adecuado ● El bebé tiene poca agudeza visual: puede sobresaturarse y dar señales de estrés. Podrá abrir los ojos mejor si la luz es baja. <p>Sonidos</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Cubra la incubadora con un coverter de máxima protección contra el ruido. El estímulo auditivo más adecuado es la voz. ● Si el bebé necesitara estar en cuna radiante (e.g., operación), sonidos naturales tales como latidos de corazón a un volumen muy bajo pueden ayudar a contrarrestar el ruido ambiental. ● Hable en voz baja y reduzca los ruidos (apague las alarmas rápidamente; evite hablar de un lado al otro del salón). <p>Olores</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Coloque un paño que huela a la mamá cerca de la nariz, sin bloquearle el aire ● Ponga a calentar leche materna dentro de la incubadora antes de alimentarlo (o ponga unas gotas en el paño de olor materno) ● Evite usar fragancias fuertes cerca del bebé ● Module el ambiente de acuerdo a las señales del bebé 	<ul style="list-style-type: none"> ● El bebé tendrá los brazos y piernas extendidas frecuentemente; contracciones rápidas y movimientos torpes son comunes ● Aregle las caderas en forma de nido simulando el apoyo del terno para facilitar tono muscular normal, estabilizar los signos vitales, conservar energía y contener al bebé en flexión. Coloque sabanas enrolladas para que el bebé se empuje contra ellas. Use una almohadita de gel o de solución (medio llena) para disminuir la presión que pudiera deformar la cabeza. ● La posición ideal es arropado suavemente con las manos cerca de la cara o hacia la línea media del cuerpo; los hombros debén estar un poco hacia el frente (redondeados) las caderas y rodillas dobladas. Evite que el bebé cuelgue los pies y rodillas fuera del nido. Evite la extensión excesiva del cuello en cualquier posición que se coloque el bebé. ● Apoye el suito y suavemente mientras lo volteo o lo mueve hacia diferentes posiciones, según sea médicamente apropiado. ● Contenga las extremidades del bebé durante procedimientos y cuidados. ● Use pañales de tamaño adecuado que permitan el alineamiento óptimo de las caderas ● Considere referir a terapia ocupacional o rehabilitación si el bebé presenta problemas de tono muscular, posicionamiento o movimientos. 	<ul style="list-style-type: none"> ● En todas las interacciones, prepare al bebé, hágale lo que tiene que hacerle y luego, ayúdelo a recuperarse ● Considere referir para observación y desarrollo de un plan de cuidado individualizado ● Reduzca el estrés mediante manejo suito y lento; háblele suave y tóquelo con su mano (tibia) antes de interactuar con el bebé. Caliente el pañal y el estetoscopio en la incubadora antes de ponérselos al bebé. ● Provea manejo mínimo, cuidado suito y lento. Tome tiempo para observar sus patrones de conducta. Las respuestas del bebé, no un itinerario estricto, deben determinar cuándo intervenir. Ofrezca apoyo durante intervenciones estresantes. ● Permita al bebé dirigir las interacciones; establezca prioridades de cuidado, pero sea lo suficientemente flexible para cambiar el plan, basándose en las señales del bebé ● Dete tiempo para descansar y recuperarse de los procedimientos. Interrumpa el cuidado si el bebé se estresa; proveale contención y protección. Aplique contención suave (una mano en la cabeza y otra en las caderas). Evite frotarlo; permítale reajustarse cuando vaya a dejar de tocarlo ● Estará aprendiendo a calmarse por sí mismo; apoye sus esfuerzos contentidos y audándolo a llevar la mano a la boca durante el cuidado. Puede gustarle agarrar un dedo, la cabilia o su propia mano. ● Succiona más intencionalmente, pero con poca coordinación. Si muestra interés, ofézcale oportunidades para que succione (e.g., chupón, dedo). ● Trate de mantener al bebé en una posición de apoyo durante procedimientos, cuidado ó interacción. Al terminar, remueva los artículos innecesarios que puedan estar tocándolo. Déjelo en un estado de calma. Obsérvalo por unos minutos después del cuidado para detectar estrés o inestabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> ● Los estados del bebé (de sueño profundo a llanto) están mejor definidos; su nivel de alerta ira mejorando según vaya creciendo. ● Provele el cuidado cuando esté despierto; Excepto cuando sea médicamente necesario, evite darle cuidado cuando esté en sueño profundo. El bebé dormirá casi todo el tiempo; ayúdelo a dormir protegiéndolo del ruido, las luces y el manejo innecesario ● Su capacidad para comunicarse por señales es más clara ● Proveale interacción social positiva durante el cuidado mediante contacto visual, expresión facial y hablarle suavemente; llámelo por su nombre. <p>Alimentación</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Posiblemente todavía estará recibiendo alimento por vena ● Puede estar tomando leche materna o fórmula por sonda, porque todavía no puede coordinar la respiración con la succión y la deglución. ● Ayúdelo a que la alimentación sea una experiencia social positiva sosteniéndolo en los brazos mientras se alimenta por sonda ● Darle a succionar un chupón mojado con leche materna o fórmula mientras se alimenta por sonda puede ser de beneficio ● Succiónelo por vía oral solo cuando sea necesario, ya que esto puede contribuir a causar dificultades con la alimentación 	<p>La familia puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tocar al bebé apropiadamente conteniéndolo con las manos ó dejándolo que les agarre un dedo. Coloque una mano encima al bebé sin moverla ● Calmar al bebé con voz suave ● Reconocer, interpretar y responder a las señales (inclusive signos vitales) y estados del bebé ● Abogar por su bebé educándose acerca de su condición médica y participando en el plan de cuidado diario ● Participar en el cuidado del bebé ● Aprender acerca del desarrollo de su bebé ● Personalizar la cama del bebé con fotos de la familia o dibujos, un peluche o una cabilia ● Llevarse a la casa algún objeto que huela a su bebé para disminuir la sensación de separación ● Cuidar de su propio bienestar, alimentándose bien, descansando y aceptando ayuda de familiares y amigos ● Obtener apoyo de lactancia (descanso, nutrición, líquidos) ● Preguntar si pueden sostener a su bebé o darle "Mamá canguro" ● Asistir a clases para padres y grupos de apoyo para ellos y los hermanos y hermanas ● Buscar otras fuentes de apoyo (e.g., cuidado pastoral, servicios sociales)

32-35 SEMANAS GESTACIONAL (edad corregida)

GUIAS DE CUIDADO DE DESARROLLO

Visión/Sonidos/Olores	Posicionamiento/Movimiento	Tocar/Calmar	Estados/Señales/Tiempo	Tiempo Familiar
<p>Visión</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Si el bebé se cansa o se sobreestimula, tomará descansos cerrando los ojos. Comenzará a seguir objetos con la vista. ● Protéjale con un cobertor de incubadora delgado, de ser necesario. Remueva el cobertor cuando esté despierto. ● Protéjale los ojos bloqueándolo de la luz brillante directa. Introduzcalo lentamente de la oscuridad a la claridad. ● Module las luces para promover ciclos de día/noche. ● Estímulos visuales adecuados cuando el bebé está despierto son la cara y expresiones faciales agradables. Le tomará un poco de tiempo enfocar la vista y podrá enfocarse solo brevemente. ● Un campo visual sobrecargado y estímulos de alto contraste pueden sobrestimularlo. <p>Sonidos</p> <ul style="list-style-type: none"> ● El sonido más adecuado es la voz. Otros estímulos incluyen música suave, rítmica y sonidos calmantes, solo si está despierto. ● Hable en voz baja y reduzca los ruidos (apague las alarmas rápidamente; evite hablar de un lado al otro del salón). <p>Olores</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Colóquelo un paño que huelva a la mamá cerca de la nariz, sin bloquearle el aire. Puede reconocer los olores. ● Ponga a calentar leche materna dentro de la incubadora antes de alimentarlo (o ponga unas gotas en el paño de olor materno) ● Evite usar fragancias fuertes ● Module el ambiente de acuerdo a las señales del bebé 	<ul style="list-style-type: none"> ● El bebé comenzará a mover los brazos y a patear; sus movimientos serán más suaves y menos torpes. ● Aregle las cobijas en forma de nido que simule el útero para facilitar tono muscular normal, estabilizar los signos vitales, conservar energía y contener al bebé en flexión. Coloque sabanitas enrolladas para que el bebé se empuje contra ellas. Use una almohadita de gel o de solución (medio llena) para disminuir la presión que pudiera deformar la cabeza. ● La posición ideal es arropado suavemente con las manos cerca de la cara o hacia la línea media del cuerpo; los hombros deben estar un poco hacia el frente y las caderas y rodillas dobladas. Evite la extensión excesiva del cuello en cualquier posición que lo coque. ● Apóyelo sutil y suavemente mientras lo volteo o lo mueve hacia diferentes posiciones, según sea médicamente apropiado. ● Use pañales de tamaño adecuado que permitan el alineamiento óptimo de las caderas ● Considere referir a terapia ocupacional o rehabilitación si el bebé presenta problemas de tono muscular, posicionamiento o movimientos. <p>Posicionamiento Supino (Preparación para el Hogar)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Si fuese médicamente apropiado, alentar que el bebé duerma boca arriba o de lado en una superficie plana. Evite sobrecargar el espacio alrededor del bebé y remover cobijas o sabanas sueltas. ● Colocar la boca abajo (tiempo "de barriga") según sea apropiado, y solo si el bebé está siendo supervisado. 	<ul style="list-style-type: none"> ● En todas las interacciones, prepare al bebé, hágale lo que tiene que hacerle, y luego, ayúdelo a recuperarse ● Considere referirlo para observación y desarrollo de un plan individualizado de cuidado ● Redúzcale el estrés mediante manejo sutil y lento; hablele suavemente y tóquelo suavemente antes de interactuar con el bebé. Caliente su mano y el estetoscopio antes de tocar al bebé. ● Provea manejo mínimo, cuidado sutil y lento. Tome tiempo para observar sus patrones de conducta. Las respuestas del bebé, no un itinerario estricto, deben determinar cuándo intervenir. Ofrezcale apoyo durante intervenciones estresantes. ● Permita al bebé dirigir las interacciones; establezca prioridades de cuidado, pero sea lo suficientemente flexible para cambiar el plan, basándose en las señales del bebé ● Dale tiempo para descansar y recuperarse de los procedimientos. Interrumpa el cuidado si el bebé se estresa; proveale contención y protección. Apique contención suave (una mano en la cabeza y otra en las caderas). Apoye los movimientos activos del bebé. Esto le dará sentido de seguridad y lo ayudará a calmarse. ● El bebé puede usar estrategias tales como agarrar y succionar para calmarse. La succión tiende a ser más organizada. ● Puede beneficiarse de estrategias para calmarlo tales como masaje, golpecitos suaves, succión no nutritiva y contención. ● Trate de mantener al bebé en una posición de apoyo durante procedimientos, cuidado o interacción. Al terminar, renueva los artículos innecesarios que puedan estar tocándolo. Déjelo en estado de calma. Obsérvelo por unos minutos al terminar el cuidado; dele oportunidad para que se reposicione o se calme por sí mismo. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Los estados del bebé (de sueño profundo a llanto) están mejor definidos; puede moverse de un estado a otro con suavidad. ● Proveale el cuidado cuando esté despierto; Excepto cuando sea médicamente necesario, evite darle cuidado cuando esté en sueño profundo. El sueño profundo es importante para su desarrollo. ● En preparación para la alimentación y la socialización, estará alerta-tranquilo con más frecuencia y por más tiempo. ● Module los estímulos sociales para protegerlo de sobreestimulación, estrés y fatiga. ● Su capacidad para comunicarse por señales puede estar bien definida. ● Provea interacción social positiva durante el cuidado mediante contacto visual, expresión facial y hablándole suavemente; llámelo por su nombre. <p>Alimentación</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Dependiendo de su estatus médico y señales que indiquen si está listo, puede estar aprendiendo a alimentarse mientras continua tomando por sonda. ● Ayúdelo a tener experiencias positivas sosteniéndolo y dándole un chupón mojado con leche materna o fórmula mientras se alimenta por sonda ● Reduzca las distracciones ambientales cerca de su cuerpo para ayudarlo a enfocarse en la alimentación oral. ● Generalmente, necesitará descansos y apoyo con el ritmo para coordinar la respiración con la succión y deglución ● En la transición de sonda a pecho o biberón, promueva que el bebé aprenda a disfrutar la toma; puede darle cantidades pequeñas y pasar el sobrante por sonda. ● No provea estimulación oral adicional o apoyo a la quijada para promover la alimentación a menos que sea recomendado por la terapeuta. Consulte si puede darle un chupón 	<p>La familia puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tocar al bebé apropiadamente aplicando presión suave o frotaándolo hacia abajo. ● Leerle, cantarle o hablarle suavemente cuando está despierto ● Reconocer, interpretar y responder a las señales (inclusive signos vitales) y estados del bebé ● Abogar por su bebé educándose acerca de su condición médica y participando en el plan de cuidado diario ● Participar en el cuidado del bebé ● Aprender acerca del desarrollo de su bebé ● Participar en la alimentación del bebé (pecho o fórmula) ● Personalizar la cama del bebé con fotos de la familia o dibujos, un peluche o una cobija ● Llevarse a la casa algún objeto que huelva a su bebé para disminuir la sensación de separación ● Cuidar de su propio bienestar, alimentándose bien, ● descansando y aceptando ayuda de familiares y amigos ● Obtener apoyo de lactancia (descanso, nutrición, líquidos) ● Preguntar si pueden sostener a su bebé o darle "Mamá canguro" ● Apoyar y preparar a los hermanos y hermanas ● Asistir a clases y grupos de apoyo y visitar la biblioteca de recursos para la familia. ● Buscar otras fuentes de apoyo (e.g., cuidado pastoral, servicios sociales) ● Comenzar a preparar el plan para el alta con el personal de la UCIN

PROYECTO DE TESIS "PROGRAMA DE ATENCIÓN Y CUIDADOS AL NEONATO" EN EL ÁREA DE
NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA IEES

ACTA DE ENTREGA

En la ciudad de Cuenca al primer día del mes de Abril del año 2013, yo Daniela Lorena Cárdenas Jara, estudiante de la Universidad del Azuay hago la entrega oficial a la coordinadora del departamento de Neurodesarrollo Lcda. Lilia Toalongo el material elaborado para la ejecución del mencionado proyecto de tesis.

Descripción del material

8 nidos (4 grandes y 4 pequeños)

9 zapatillas (5 grandes y 4 pequeños)

7 muelitas

8 huesitos

En espera de haber aportado al área de Neonatología con mi proyecto de tesis y agradeciendo por el apoyo brindado por todo el equipo multidisciplinario para el desarrollo del mismo me suscribo de Ustedes,

Daniela Cárdenas
Daniela Lorena Cárdenas Jara

Para constancia de la entrega firman:

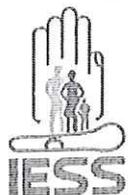

HOSPITAL REGIONAL DEL IEES
JOSÉ CARRASCO ARTEAGA

Lcda. Lilia Toalongo R.
Lilia Toalongo
SERVICIO DE NEURODESARROLLO

Coordinadora de Neurodesarrollo


Daniela Cárdenas J.

Estudiante de la U. del Azuay



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

Cuenca, marzo 28 de 2013
Oficio N° 13303-2212-359CMFR.

Doctor.
RUBEN DUQUE AGUILAR
Director Técnico de Investigación y Docencia
Presente

De mi consideración:

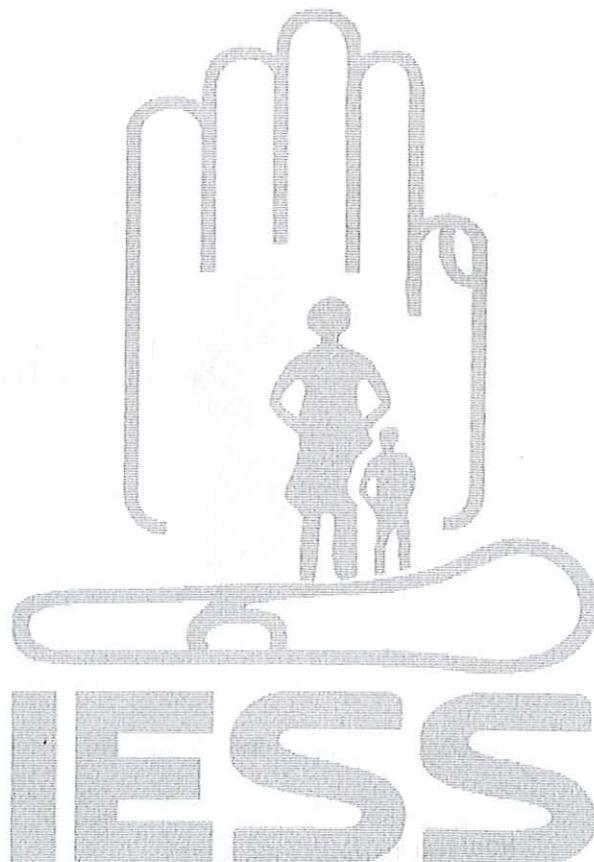
Solicito a usted muy comedidamente se sirva a emitir el carnet de Identificación de la Lcda Verónica Cárdenas con C.C. 0104943030 funcionaria del CMFR.

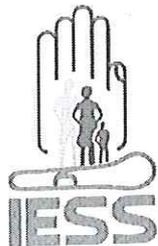
Por la atención prestada anticipo mi agradecimiento

Atentamente,

Dr. José Pazmiño M.
Coordinador del CMFR.

Elaborado por:	Sra. Catalina Aguilera	
Revisor por:	Dr. José Pazmiño	
Aprobado por:	Dr. José Pazmiño	
Fecha:	28-03-2013	





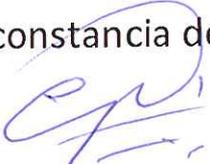
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA
Dirección Técnica de Investigación y Docencia

ACTA DE ENTREGA RECEPCION
PROTOCOLOS PARA INVESTIGACION

En la ciudad de Cuenca, a los veinte y ocho días del mes de marzo del presente año, recibo oficio y protocolo de Investigación.

FECHA DE RECEPCION	28/03/2013
FECHA DE ACEPTACION	
TITULO	PROGRAMA DE ATENCION Y CUIDADOS DEL NEONATO, EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA
AUTORES	DANIELA LORENA CARDENAS JARA
CORREO ELECTRONICO	danilu-89@hotmail.com
DIRECCION	JUAN DE LA CUEVA Y DANTE ALICHERI
TELEFONO	4097818
CELULAR	0992989758
REVISORES	

Para constancia de lo actuado se firma en original y una copia


TANIA CRESPO ASTUDILLO
SECRETARIA


DANIELA LORENA CARDENAS JARA
ESTUDIANTE DEL U. DEL AZUAY