



“Atención Psicomotriz al Recién Nacido Pretermino desde la Unidad de Cuidados Intermedios hasta el Centro de Desarrollo Infantil”

Autor:

Lcda. Roseler J. Oropeza Amarista.
Fisioterapeuta

Escenarios: UCI Hospital Central de Porlamar “Dr. Luis Ortega”
Centro de Desarrollo Infantil “Simón Bolívar” Edo. Nva. Esparta.

Palabras claves: Atención, psicomotriz, prematuridad, inmadurez, riesgo, desarrollo sensorio-motor, prevención, cuidados generales, equipo, intervención temprana, vinculo, tono muscular, reflejos, actitud postural, posicionamiento, ruido, luz, lactancia, método canguro, musicoterapia, señales del bebé.

JUSTIFICACIÓN:

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo establecer la importancia de la atención psicomotriz en el recién nacido pretermino desde los primeros días de vida en la UCI y su seguimiento en los servicios de Atención Integral Educativa Temprana que pertenecen a las redes sectoriales de apoyo. En tal sentido es fundamental la presencia de un equipo interdisciplinario que tenga la capacidad de brindar esta atención.

En muchos países de Europa y América se ha venido realizando el seguimiento del R.N pretermino a través de los mencionados equipos, sin embargo, en Venezuela la atención en los primeros días de vida (UCI) se ha limitado al gremio médico y de las enfermeras; y en muchas oportunidades cuando el R.N.P.T es egresado del hospital no recibe la referencia para un servicio de Atención e Intervención Educativa Integral Temprana (Centros de Desarrollo Infantil).

Los trabajos consultados sugieren, en la UCI un equipo conformado por neonatólogo, pediatra, neuropediatra, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo(a), terapeuta de lenguaje y psicomotricista.

Así mismo debe contarse con la posibilidad de referir a los servicios de oftalmología, otorrinolaringología, traumatología, neumonología, cardiología y dificultades del aprendizaje; si el caso lo requiere.

Dentro del equipo interdisciplinario, el fisioterapeuta es el profesional encargado de evaluar: tono muscular, área refleja, desarrollo psicomotriz; prevenir y tratar los trastornos neurológicos y sus consecuencias.

Con su intervención persigue los siguientes objetivos:

- Brindar atención temprana al niño de alto riesgo.
- Prevenir una organización anormal del movimiento y la postura.
- Ofrecer las experiencias sensoriales y motoras necesarias para facilitar el neurodesarrollo.

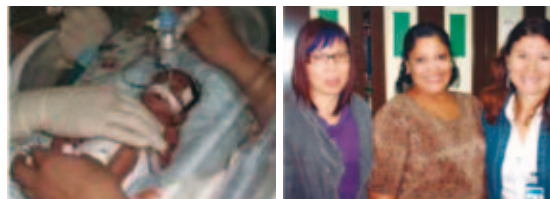


Utiliza como estrategias:

- Posicionamiento adecuado desde la incubadora.
- Modulación de los estímulos sensoriales.
- Orientaciones a la familia.



- Y Coordinación con el resto del equipo tratante.



El objetivo final de la intervención del F.T es brindar el mayor confort y funcionalidad logrando un bebé capaz de adquirir oportunamente las competencias del desarrollo neuromotor lo más cercano posible a su edad cronológica (superando los déficits de su edad real).

Los Fisioterapeutas y Terapeutas Ocupacionales que laboramos en el área pediátrica nos vemos en la necesidad de formarnos en psicomotricidad por considerarla fundamental para el adecuado desempeño de nuestro rol.

En las edades más tempranas la expresión del desarrollo es sensorio motriz, se van integrando las funciones motrices, perceptivas y cognitivas que harán de este bebé un sujeto autónomo tal como lo describe Grajales (Revista Aportes, 2007). Por esta razón es básico generar un niño activo desde el

nacimiento, que tenga la posibilidad de responder a estímulos y buscarlos, y que pueda emitir señales que lo conecten con el otro.

El primer contacto que los niños establecen es con sus padres razón por la cual el trabajo con ellos es fundamental.

La prematuridad constituye un factor de riesgo para el desarrollo psicomotor porque afecta tanto al bebé como a su madre.



- El bebé mientras se encuentra interno es sometido a manipulaciones severas y agresivas (aunque necesarias).
- Recibe estímulos sonoros y visuales de manera constante e inadecuada.
- El posicionamiento en el cual se encuentra afecta su desarrollo y postura.
- La presencia y el contacto con su madre son escasos.
- Frecuentemente es un niño hiperexcitable.
- Su inmadurez no le permite emitir señales que la madre pueda identificar fácilmente. Y así como lo plantea la Dra. Chokler (Revista Aportes, 2006) el bebé con su lenguaje corporal es quien orienta al adulto, que de forma empática y atenta está dispuesto a brindarle apoyo.
- Es frecuente que las madres de Recién Nacidos Preterminos presenten depresión lo cual afecta

aún más la relación con su hijo como lo plantea Brazelton y esta situación es producto de que la madre se encuentra ante una situación desconocida, un niño distinto al esperado, teme por la vida de su bebé, siente miedo a manipularlo de forma inadecuada y hasta a dañarlo con el contacto corporal.

Es por esta razón que el F.T considerando la etapa de desarrollo en que se encuentra el niño debe evaluar:

- La forma de sostén y manipulación que utilizan los padres, pues estos deben estar en capacidad de brindar una relación de sostén que permita al bebé aliviar el sentimiento de indefensión, que amortigüe las ansiedades, y favorezca a futuro la discriminación; manifestándose en el niño la capacidad de lograr cambios exitosos a pesar de las circunstancias, como fue descrito por Daguerre, Rodríguez y Sahagian en la Mesa Redonda: De Sostener- Sostenernos- Ser Sostenidos (Revista Aportes, 2006).
- Las oportunidades de movimiento y acción que le brindan al niño.
- La sobreprotección (que limita la iniciativa de movimiento y prolonga la dependencia).
- Los estímulos (juguetes, objetos y juegos) que se le presentan al bebé.

Con el objetivo de brindar orientaciones al respecto, en la presente investigación se pretende destacar la importancia de la Intervención Temprana motivada a la alta plasticidad cerebral, entendida como la capacidad del cerebro para adaptarse funcionalmente después de un daño, y la capacidad del tejido nervioso de regenerarse o reorganizarse en función de los cambios y en respuesta a la estimulación adecuada. (Castaño en Revista Aportes, 2006).

Desde la perspectiva de las nuevas políticas de salud del Estado venezolano donde se considera la prevención de la discapacidad como eje fundamental es básico implementar la presencia de equipos interdisciplinarios en las UCI de los hospitales del país y sensibilizar a los profesionales que laboran en estos equipos sobre la importancia de respetar los derechos del RN referidos al mayor contacto

con sus padres, ya que el niño debe ser sostenido y manipulado, así como escuchado, mimado y tocado pues en el proceso de enseñanza aprendizaje la presencia del cuerpo en una necesidad, (Paín, en Calmels); la necesidad de utilizar las redes de apoyo y referir a los R.N Pretermino a los Servicios de Atención e Intervención Educativa Integral Temprana con el fin de prevenir trastornos neurológicos y problemas en el desarrollo que generan a futuro mayores costos en materia de salud pública.

La propuesta está estructurada en un entrenamiento dirigido al personal de la UCIN de 160 horas distribuidas en cinco días, y se presenta como adjunto a la presente justificación de la misma. Posteriormente cuando los Recién Nacidos son referidos a los Centros de Atención Educativa Integral Temprana cumplen el cronograma de ingreso basado en:

- Evaluación médica
- Entrevista con trabajadora social
- Entrevista con psicólogo
- Evaluación por rehabilitador
- Evaluación conjunta de psicólogo y docente especialista
- Discusión del caso en equipo
- Ingreso a la modalidad de tratamiento acorde a las necesidades de cada niño

La adecuada intervención psicomotriz en la UCI tiene la posibilidad de generar un vínculo adecuado entre el niño y sus padres lo cual reduce la angustia del alta, pues no existe la idealización de la tecnología considerada como el gran útero protector del bebé y que contiene a su vez a los padres. La madre que ha estado en contacto con su bebé pretermino es capaz de sentirlo propio en el momento del alta y de sentirse capaz de resolver las situaciones que se le presentaran.

Estudios consultados han demostrado la reducción del número de re- internaciones, el aumento de peso, mejor regulación de las hormonas del estrés, mayores períodos de sueño profundo y padres más relajados y con mejor aceptación de su bebé cuando la atención brindada en las Unidades de Cuidados Intermedios les permite empoderarse de su bebé.



Las modificaciones propuestas implican beneficios al bebé, a los padres y al personal que labora en las UCI.

Al bebé le permite, fundamentalmente la reducción de los estímulos estresores propios de una UCI, a través de:

- Posicionamiento adecuado (nido y hamaca), lo cual garantiza a su vez el funcionamiento de los aspectos constitucionales del desarrollo; tales como: reflejos arcaicos, tono, postura, gestos, ritmos biológicos que permiten el intercambio entre el bebé y su madre. Intercambio que se ejemplifica cuando aparece un malestar, el tono aumenta y el bebé llora, la madre responde al llamado con palabras acciones y su cuerpo, el niño recibe esta intervención, su tono disminuye y se genera en él una sensación de bienestar y satisfacción.
- Movilizaciones y cambios posturales que faciliten el desarrollo del tono muscular adecuado y la búsqueda de estímulos sonoros y visuales y que garanticen un adecuado funcionamiento psicomotor cuyos vehículos son: tono, postura, movimiento, alimentación, sueño, higiene, visión y audición.
- Respeto por los ritmos de sueño-vigilia (cobertura durante lapsos del día de las incubadoras con una cobija de color naranja que simule la percepción del ambiente desde el útero materno)
- Lactancia materna.

- Identificación y respeto a las señales y ritmos propios de cada bebé.
- Recibir el tacto, contacto y la contención adecuada por parte de sus padres, mejorando la comunicación, para lo cual entrenamos a los padres en masaje infantil.

A los padres les permite:

- Establecer el vínculo desde los primeros días de vida del bebé, evitando que las manipulaciones médicas, el escaso contacto, el desconocimiento de su hijo, conlleve a dificultades en el ejercicio de la función materna. Por esta razón dentro de los objetivos centrales de la intervención se encuentra la colaboración en la construcción de un saber sobre el desarrollo, el cuerpo y el movimiento de su hijo. (Huguet. en Revista Aportes 2.006).
- Conocer las señales y los ritmos propios de su bebé y aprender a respetarlos y satisfacerlos.
- Aprender a amamantar a sus bebés de manera adecuada.
- Aprender a posicionar al bebé una vez fuera de la UCI.



Al personal le permite:

- Compartir la responsabilidad del cuidado de los bebés con los padres lo cual reduce el ritmo de trabajo.
- Establecer un mejor contacto con los padres
- Entrenar a los padres más que manipular a los bebés
- Mantener un ambiente más relajado y armónico dentro de la UCI.



Dentro de las herramientas que favorecen a los tres protagonistas de esta propuesta (bebé, padres y personal) se encuentra la música instrumental (no necesariamente clásica como sugieren algunos estudios) la cual tiene efectos demostrados sobre los estados anímicos de las personas; permitiendo la relajación o estimulación dependiendo del objetivo que se persiga.

La presente propuesta está estructurada de tal forma que permite su rediseño, de acuerdo a las observaciones presentadas por el personal de cada UCI y cada Servicio de Atención Educativa Integral Temprana, pues las investigadoras consideran que si bien la necesidad de un abordaje psicomotriz y biopsicosocial al bebé, a través de un equipo multidisciplinario, es evidente cada realidad particular requiere de una respuesta diferente.

Es fundamental considerar que el recién nacido pretérmino presenta una situación de riesgo que debe ser abordada para garantizar un adecuado desarrollo de todas sus potencialidades, una vez que es dado de alta en la UCIN del hospital es deber de los especialistas en neonatología referirlos a un centro de atención educativa integral temprana o a cualquier institución que pueda brindarles a los padres las herramientas necesarias para favorecer

el desarrollo ontogenético de este bebé, considerando su edad cronológica y su edad corregida.

Los programas de Atención Temprana no solo consideran el entrenamiento sensorio motor, toman en cuenta otros aspectos como: el ajuste familiar, el apoyo social a la familia, los patrones de interacción, el ambiente físico del hogar y los aspectos relacionados con la salud del niño. (Candel, Programa de Atención Temprana).

Sus bases teóricas están claramente demostradas:

- Existe una decisiva influencia de las experiencias tempranas en el desarrollo.
- Las experiencias tempranas y la relación madre-hijo son críticas para el desarrollo de una personalidad equilibrada y bien adaptada.
- Existe cierto nivel de plasticidad en el sistema nervioso central, sobre todo en los períodos tempranos de la vida.
- La privación perceptiva y carencia de estímulos que faciliten el aprendizaje genera déficits.
- Un ambiente cargado de afecto psicológico, con bajo nivel de castigo físico y estímulos adecuados es el idóneo para el desarrollo.

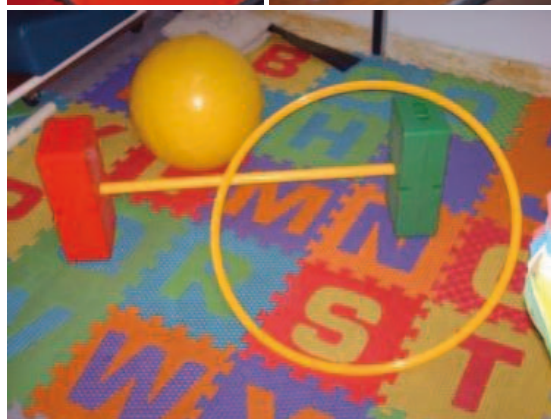
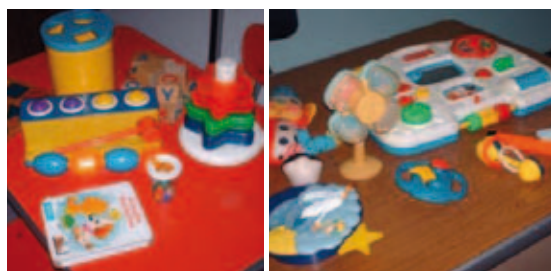
A nivel mundial los objetivos que persiguen los programas de atención temprana son:

- Lograr el mayor grado de independencia del niño en las distintas áreas del desarrollo.
- Brindar a la familia información y apoyo.
- Emplear estrategias de intervención ecológicamente relevantes.

En Venezuela contamos con unidades operativas que dependen de la Dirección de Educación Especial del Ministerio del Poder Popular para la Educación, denominados Centros de Desarrollo Infantil cuya misión es atender niños en situación de riesgo y con necesidades educativas especiales desde el nacimiento hasta los 6 años de edad, son estas unidades las que generalmente brindan atención a los recién nacidos pretermino que son referidos de los hospitales y centro materno-infantiles.



En los Centros de Desarrollo Infantil labora un equipo multidisciplinario constituido por: médico pediatra, trabajador social, psicólogo, rehabilitadores y docentes especialistas, quienes abordan las diferentes áreas del desarrollo, constituyéndose en facilitadores de la atención de los niños potenciando sus capacidades y brindándoles herramientas a los padres para que en el hogar faciliten los estímulos adecuados que permitan el mayor grado de independencia en sus hijos.



El médico evalúa los aspectos clínicos relevantes para el diagnóstico de la situación de riesgo o cualquier patología o síndrome que pueda provocar a futuro una discapacidad en el niño, también se ocupa en caso de considerarlo necesario de referir a otras especialidades médicas que puedan coadyuvar

en la atención; el trabajador social informa de los factores socio-culturales que pueden facilitar o entorpecer la situación del niño. El psicólogo considera el desarrollo cognitivo y personal-social del niño y los rasgos emocionales de los padres que puedan influir en la atención del mismo.

El abordaje de los aspectos neuromotores es realizado por el rehabilitador (Fisioterapeuta ó Terapeuta Ocupacional) y los aspectos cognitivos y de lenguaje son competencia del docente especialista.

Sin embargo, bajo la premisa de que el niño es un ente integral y que constituimos un equipo multidisciplinario se trabaja de manera conjunta en el área motriz, sensorial, personal-social, cognitiva y de lenguaje de cada niño, respetando su nivel de maduración.

Cada estado de nuestro país cuenta con un CDI y en el Distrito Capital hay 7 centros debido a la cantidad de población. La presente propuesta se llevó a cabo en el Estado Nueva Esparta y actualmente se está tratando de implementar en el Distrito Capital en el Hospital Universitario de Caracas-CDI N°7 y el Hospital Miguel Pérez Carreño-CDI de Montalbán.

RESULTADOS:

En cuanto a los resultados obtenidos debemos mencionar que son difíciles de contabilizar pues hay múltiples factores que sólo nos permiten emitir juicios valorativos, que consideramos son de gran importancia pues representan las opiniones de las personas participantes en esta propuesta, del personal que labora en las UCIN, de los médicos, los padres y la observación y evaluación de los bebés. Podemos plantear:

- Los padres manifestaron sentir menos temor al alta, encontrarse más preparados para atender al bebé en casa, sentirse más vinculados a su hijo y haber superado la tristeza. También comentaron que los niños dormían profundamente con el masaje y la lactancia, que parecían sentirse muy cómodos en sus nidos y chinchorritos.

- Los médicos opinaron que el número de re-internaciones de los bebés había disminuido, los que recibieron lactancia materna aumentaron rápidamente de peso, los que fueron sometidos al método canguro permanecieron menos tiempo en la incubadora y el número de referencias a los centros de atención educativa integral temprana aumentó considerablemente pues se les informó de la existencia de estas unidades como redes de apoyo a los hospitales.
- En cuanto al personal de enfermería al inicio de las actividades manifestaron cierta resistencia al cambio, la cual se modificó por total aceptación y colaboración al notar la disminución de la carga de trabajo y el efecto de su estado anímico en la actitud de los padres y en la resolución de los conflictos.
- Los bebés que fueron evaluados en los CDI y fueron posicionados adecuadamente presentaron una postura adecuada, normotono y actividad refleja acorde a su edad cronológica; lo cual facilitó la estimulación de las diversas áreas del desarrollo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) CALMELS, DANIEL ¿Qué es la Psicomotricidad? Los Trastornos Psicomotores y la Práctica Psicomotriz. Nociones Básicas. Ed. Lumen. 1ª. Edición. Buenos Aires. 2003.
- (2) CAMPADELLO PIER. Masaje Infantil. Cariño, Salud y Amor para su Bebé. Método Shantala. Madras Editora. U.E. junio 2003.
- (3) CAMPOS RICARDO, CASTRO CRISTINA (PFKNP). Posicionamiento. En capacitación Infantil. Kinesiología Neonatal. Dic.2005
- (4) CANDEL GIL ISIDORO. Programa de Atención Temprana. Ed. CEPE. 3ª Edición. España. 1999.
- (5) CASTRO CRISTINA. Guía para comprender las señales del prematuro. Hospital Puerto Mont. Chile. Julio 2006.
- (6) CAPACITACIÓN INFANTIL. Kinesiología Neonatal. Estándares y Normativas en Kinesiología Neonatal. Septiembre 2005.
- (7) CONCEPTUALIZACIÓN Y POLÍTICAS DE LOS CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL. Ministerio del Poder Popular para la Educación. Caracas. 1981.
- (8) ESQUINA MÁGICA en <http://www.esquinamagica.com/articulos.php?idar=513&id1=4>. La terapia del sonido. Como actúa la musicoterapia. 2004.
- (9) MC CLURE VIMALA. Manual del Instructor de Masaje Infantil. IAIM. Barcelona. 1992.
- (10) MILÁ JUAN. De Profesión Psicomotricista. Ed. Miño y Dávila. 1ª Edición. Buenos Aires. 2008.
- (11) MIGUEL LLORCA LINARES. Aprender el cuerpo cuanto antes: la atención Psicomotriz temprana. En Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales. Número 25, Vol. 7.pag 31-38.
- (12) REVISTA APORTES DEL INSTITUTO UNIVERSITARIO CEDIAP. Jornadas: Intervención Psicomotriz en el Desarrollo Temprano. Ed. Prensa Médica Latinoamericana, Montevideo, Marzo 2007.
- (13) REVISTA APORTES DEL INSTITUTO UNIVERSITARIO CEDIAP: Jornadas: Intervención Psicomotriz en el Desarrollo Temprano. Ed. Prensa Medica Latinoamericana. Setiembre 2006.
- (14) SASSANO MIGUEL. CUERPO, TIEMPO Y ESPACIO. Principios Básicos de la Psicomotricidad. Editorial Stadium. Buenos Aires. 2003.
- (15) SCHNEIDER VIMALA. MASAJE INFANTIL. Guía Práctica para el Padre y la Madre. Ed. Medici. 3ª Reimpresión 2007. Barcelona 2002.
- (16) TRIBUNA SANITARIA (CODEM). Una alternativa a planes de cuidados estandarizados. Número 162. Septiembre 2003.