

Anexo Dos

Programa de Seguimiento de Bebés de Alto Riesgo. Consultorio de Neurodesarrollo e Intervención Temprana. Hospital Materno Infantil “Ramón Sardá”

Dra. Iris Schapira y Dra. Norma Aspres

Introducción

Todos los integrantes del equipo de salud del Programa de Seguimiento de Bebés de Alto Riesgo deben acordar un lenguaje común en un enfoque multidisciplinario, en la tarea cotidiana y en los mensajes que se brindan a los padres, favoreciendo el aprendizaje como formadores de su hijo.

La Evaluación del Desarrollo y el Programa de Intervención Oportuna del Programa de Seguimiento de Bebés de Alto Riesgo tienen como objetivo apoyar a los padres y a los otros profesionales en el conocimiento de las secuencias normales del desarrollo.

Los niños tendrán un desarrollo adecuado, medios y oportunidades acordes a sus necesidades físicas y psicológicas que les ayudará, con el transcurso de los años, a adaptarse y capacitarse para su futuro.

Los niños no deben criarse de acuerdo a una receta.

Cada niño es diferente a otro, cada uno logra y obtiene incomparables habilidades y capacidades en distintos tiempos, según su “propio tiempo y ritmo de aprendizaje y logros”.

Hay funciones que algunos bebés alcanzan antes que otros; ciertos niños cumplirán determinados parámetros del desarrollo mientras que otros de igual edad ya los han alcanzado.

Ciertos niños tendrán más habilidad en su motricidad, otros los obtendrán en aspectos sociales y de lenguaje, son las denominadas variaciones individuales.

Las secuencias de desarrollo se presentan en forma similar y siguen una serie de pasos que no pueden saltarse.

El desarrollo psicomotor y social es un tema que diversos investigadores neurólogos, psiquiatras, psicólogos, sociólogos, pediatras y educadores han estudiado en profundidad.

Depende fundamentalmente de la indemnidad del Sistema Nervioso Central, que sigue un patrón correspondiente al ser humano.

La participación activa de los papás en el cuidado del bebé es una experiencia hermosa e imborrable para todos.

Los comentarios, sugerencias, actividades y juegos están dirigidos a las mamás, papás y a toda la familia.

Mientras se relacionan con el lactante, es aconsejable que tanto los papás y los hermanos, como el bebé, se encuentren tranquilos y dispuestos a hacerlo, a disfrutar juntos de una actividad lúdica placentera que agrade tanto al niño como a sus padres.

No es necesario gastar dinero pues los objetos que se emplean existen en todos los hogares o son fáciles de confeccionar y se dan las “recetas” correspondientes.

Se aprende repitiendo cada adquisición nueva, por lo que el niño las repetirá aún estando solo, y al repetir irá descubriendo nuevas acciones y aprendiendo a diferenciarlas entre sí.

Modalidad de trabajo:

Es de Hospital de Día, es decir, el mismo día que el niño concurre para sus controles clínicos, se realizan todas las evaluaciones requeridas.

El Consultorio de Neurodesarrollo e Intervención Temprana y Oportuna es el área de Consultorio Externo de Pediatría dedicada a realizar las evaluaciones del desarrollo, el diagnóstico y eventual tratamiento de bebés y niños pequeños de alto riesgo.

Se realiza un abordaje integral en un proceso interactivo con el paciente, los padres y el terapeuta o médico a cargo.

"Control y cuidados posturales en las actividades de la vida diaria (AVD)":

Es el manejo a fin de otorgar una mejor "organización postural", favorecedora, a su vez, de organización del Sistema Nervioso Central.

Los juegos y actividades propuestos no requieren de un tiempo adicional, se incluyen en las actividades de la vida diaria: al cambiarlo, bañarlo, darle de comer.

Se deben realizar sin forzar y acompañando las etapas de desarrollo, conforme le vaya indicando el pediatra.

Observando el Comportamiento del Bebé

- El bebé interactúa desde el primer momento: oye, ve y responde diferenciando estímulos positivos y negativos ("estados" de conciencia del Recién Nacido).
- La maduración de los músculos extensores de la nuca se inicia desde las 28 semanas de gestación.
- La maduración de los músculos de la nuca que facilitan la flexión es más tardía, a partir de las 34 semanas de gestación.
- El desarrollo del tono flexor se produce en el último trimestre de gestación, en respuesta al poco lugar dentro del útero y a un activo proceso en el desarrollo neurológico.
- Los prematuros, al ser inmaduros, haber dejado el útero precozmente y carecer de contención, presentan alteraciones del tono muscular, y deben completar la maduración de esos músculos que permiten la flexión, fuera del útero.
- No presentan la flexión que tienen normalmente los Recién Nacidos de Término, que "se ajustan" simétrica y proximalmente a la línea media y compensan esa actividad predominantemente extensora.
- Por necesidades de los controles médicos, los bebés internados pasan mucho tiempo en supino (boca arriba), lo que dificulta la aparición de los patrones flexores, que son normales y necesarios para un desarrollo adecuado de todas las capacidades del bebé.
- Se sugieren "Estrategias de posicionamiento": soporte para el progreso de su capacidad de ver, oír, relacionarse con el medio, etc. y de sus habilidades, e impiden la aparición de movimientos o posturas anómalos o inadecuados.

Posición:

- **Prono (BOCA ABAJO):** favorece la utilización de los músculos extensores de cuello y tronco, y flexión de extremidades, permitiendo la llegada de las manos a la boca.

Se sugiere esta posición durante la vigilia, es decir, CUANDO EL BEBÉ ESTÁ DESPIERTO.

De esta manera el niño:

- respira mejor.
- si regurgita, no corre el peligro de aspirarse.
- vía aérea extendida, impidiendo apneas.
- si se eleva cabeza, disminuye reflujo.

- **En supino (BOCA ARRIBA):** promueve la asimetría y la desorganización, dificulta la autoorganización, demora la adquisición de pautas menos primitivas. Es la posición aconsejada para dormir.

- **Decúbito lateral (DE COSTADO):** con los miembros superiores en la línea media, permite la llegada de manos a la boca, y que con sus ojos vean sus propias manos.

Los pies y piernas se mantienen juntos, lo que otorga mayor integración e incorporación sensorial. Se facilita la postura en flexión, incluyendo tronco y cintura pélvica. Otorga mayor posibilidad de auto – organización.

Es otra de las posiciones aconsejadas para dormir.

- **Semi - sentado con apoyo:** inicia el sostén cefálico, con mejor orientación visual y consiguiente contacto social. Se pueden emplear sábanas, toallas, etc. en forma de "rollos" o "nidos", alrededor de la cabeza, descendiendo por las costillas, y con apoyo hacia las piernas para permitir esta posición.

Objetivos:

- Promover postura en flexión del bebé pequeño.
- Facilitar la orientación hacia la línea media.
- Mejorar su organización.
- Propiciar una mejor entrada de estímulos sensoriales variados.
- Facilitar el desarrollo de habilidades visuales y auditivas.
- Facilitar el control cefálico.
- Prevenir lesiones de piel, contracturas y finalmente deformidades óseas.

Consideraciones a tener en cuenta con relación a:

- Información sensorio- motora, es decir, contención y sostén del bebé: roces y movimientos muy suaves, caricias, observando los cambios que pueda presentar el niño.
- Evitar la posición en supino durante tiempo prolongado mientras el bebé esté despierto (vigilia).
- Estimular diversas posiciones:
 - llevar las manos cerca de la boca,
 - permitir su visualización,
 - que una mano toque la otra mano,
 - alentar a los padres para que toquen a sus hijos,
 - sostén (madre canguro).

Soportes o intermediarios:

Acordes a cada niño, brindan patrones más normales, seguridad y confort: “nidos”; hamaca paraguaya; envolverlo con una sábana (ayuda a contenerlo en sí mismo); sobre la falda de mamá (es la mejor hamaca mecedora: propicia estimulación vestibular más leve y adecuada y se siente muy contenido); etc.

Continuación de la tarea en el Programa de Seguimiento de Pret:

Luego del alta de una internación, los bebés están aún desorganizados, con tendencia a tirarse hacia atrás” (patrón extensor), y los padres muchas veces se sienten inseguros en su manejo. Todo el equipo de seguimiento debe dar pautas muy claras y comunes entre ellos, a fin de favorecer y lograr el adecuado neurodesarrollo del niño.

Daremos como ejemplo, algunas de las sugerencias habituales dentro de las consultas ya que éstas se extienden durante todo el Programa de Seguimiento de Bebés de Alto Riesgo.

Pautas de sostén:

- Debe lograrse un sostén en brazos favorecedor de patrones flexores, con la cabeza y el cuello alineados con respecto al tronco, no permitir posiciones asimétricas.
- Miembros superiores orientados hacia línea media (somos asimétricos sólo 1 ½ mes en nuestras vidas).
- Las piernas semiflexionadas, con las caderas cercanas.
- No permitir el apoyo de los pies (en la falda, en una mesa, etc.). !!NO PARARLO!!
- En la cuna para dormir: decúbito lateral, con soporte posterior si fuera necesario; o boca arriba.
- Al levantarlo: sostener la cabeza no desde el cuello, sino en el occipucio (el “coquito”), y alineado con

el tronco, con los miembros inferiores flexionados, como en un “nidito”.

- Nunca sostenerlo por debajo de los brazos, en extensión completa.
- Llevarlo a los brazos en total contacto con todo su cuerpo, brindándole sostén seguro.
- Esta postura debe ser sostenida aún cuando se lo amamante, con ambos brazos hacia la línea media.
- En los bebés de riesgo NO ES CONVENIENTE LA POSTURA ASIMÉTRICA QUE SE INDICA PARA LOS BEBÉS SANOS Y DE TÉRMINO.
- La cabeza del bebé se controla fácilmente con la parte interna del pliegue del codo del cuidador.
- Al colocarlo en la cuna se deberá proceder igual a cuando se lo levanta.
- Nunca sentarlo traccionándolo desde los brazos, esta maniobra sólo la realiza el médico durante el control.

Para favorecer el control cefálico:

Cuando esté despierto, colocar al bebé boca abajo (en prono) con un pequeño rodillo (almohadón, pañal o sábana enrollada) debajo de los brazos y con los antebrazos por delante.

Esta postura favorece el desarrollo de los músculos de la nuca y la espalda mientras el bebé mueve la cabeza, y al apoyarse sobre sus antebrazos y manos (estímulo propioceptivo) se estimulará la apertura de manos, al tiempo que reconoce distintas texturas con el movimiento de los dedos.

Durante la vigilia, esta postura boca abajo sobre una superficie firme, brinda mayor seguridad y fuerza en los músculos de la espalda y abdominales, necesarios para obtener un adecuado sentado más adelante.

Siempre preparamos al bebé para otra actividad futura más compleja.

Diferenciación entre noche y día:

Es muy importante para relajar al bebé y a sus padres.

Prepara al niño para un ritmo socialmente adecuado, promoviendo su estabilidad fisiológica.

Los ritmos son conocidos intraútero: su propio ritmo cardíaco y el de su mamá, ciclos de sueño y actividad maternos, ritmos hormonales (Ej.: circadiano).

Organización del sueño- vigilia auxilia al bebé a:

- Estructurar, mantener y facilitar cambios de conciencia, evitando picos de extenuación y agitación.
- Favorecer la auto-organización.
- Favorecer la ganancia de peso.

Un ambiente calmo, regular y esquematizado facilita establecer el patrón repetitivo y de

transición gradual que significa el alta desde una internación a estar en su hogar.

Al estar despierto, en alerta, estará más conectado para una interacción adecuada y positiva.

Confort y Disconfort:

El disconfort se manifiesta de diferentes formas:

- Llanto.
- Ojos muy abiertos.
- Inquietud.
- Sobresaltos.
- Movimientos desorganizados.
- Sudoración.
- Agitación
- Cambios de coloración de la piel.
- Vómitos.

Soluciones: las que habitualmente realizan las madres cuando su bebé está molesto:

- Contenerlo.
- Darle un chupete.
- Acariciarlo.
- Hablarle.
- Mecerlo.
- Cantarle.

Pesadas: en balanzas pediátricas, es conveniente mantenerlo envuelto y con una fuente de calor cercana, y si es posible, en prono.

Baño:

Es un momento muy difícil y conflictivo para algunos bebés.

En esos caso requieren una contención en la cintura escapular, que facilita mantener el tono y ayuda a la auto-regulación, además de la acción relajante de baño de inmersión.

Muchas veces, bañarlo boca abajo favorece que sea un momento muy placentero.

Se comenzará haciéndole tocar el agua con dedos de manos y pies, que vea dónde se lo va a colocar, y luego se lo sumergirá lentamente.

Nunca realizar maniobras intempestivas!!

Estimulación Táctil Propioceptiva:

El sentido del tacto está muy desarrollado en el Recién Nacido.

Responde a las caricias, por lo que las experiencias táctiles significan y favorecen una

interacción muy agradable entre los padres y el bebé.

Los toques, los mimos y las caricias deben ser rítmicos y vigorosos, ya que facilitan

la organización del niño. Sin son leves y rápidos pueden resultarle desagradables.

Si se le hacen masajes, deben ser a un ritmo uniforme y lento, con bebé en estado de alerta,

despierto y luego del baño. Facilitan el descanso posterior!

Si colocamos a los bebés muy pequeños en prono, con el mayor soporte del peso en la zona de los omóplatos, cubriéndolo para contenerlo; con los miembros superiores en la línea media y que pueda llevar las manos a la boca, se favorecerá una mayor propiocepción, regulación y estabilidad.

Bibliografía

- *Als H: A Synactive Model of Neonatal Behavioral Organization: Theoretical Framework. The High -Risk Neonatal: Developmental Therapy Perspectives. Phys Occ Ther Ped. 1986; 6: 3 - 11.*
- *Balwin TB: The physical growth of children from birth to maturity. Univ. Iowa. Stud. Child. Welf. 1921; 1, 1.*
- *Brazelton TB: Neonatal Behavioral Assessment Scale. Clin Dev Med.1973; 50.*
- *Kirkpatrick R: El Primer Masaje de los Bebés. Barcelona: A.I.M.I., 1993.*
- *Kurtz LA et al: Rehabilitación en Casos de Minusvalidez Vinculada al Desarrollo. Clín Ped N.A. 1993; 3: 684 - 687.*
- *Leboyer F: Shantala: un arte tradicional, el masaje de los niños. Buenos Aires, Hachette, 1978.*
- *Lester B et al: Estimulación del niño pretérmino: límites de la plasticidad. Clín Perinat 1990; 1:57-88.*
- *Lira M I: Estimulación Temprana. Diálogos en Pediatría. Santiago de Chile, Publ Téc Mediterráneo Ltda., 1991; 3: 29 - 31.*
- *Martínez J C: Atención Individualizada del Recién Nacido Prematuro. Rev Hosp Mat Inf R. Sardá.1983; 12 (1): 46 - 48.*
- *Martínez J C: El bebé prematuro y sus padres. Medicina y amor. Buenos Aires, Lidium, 1993.*
- *Meyerhoff-Grywac P: O Neonato de Risco: Proposta de Intervencao no Ambiente e no Desenvolvimento. Sao Paulo, Savier, 1990.*
- *Roy E et al: Desarrollo neurológico del prematuro. Manejos Integrales en Neonatología. Buenos Aires, Ergon, 1989: 253 - 263.*
- *Symposium de Asoc. de Psicología Científica Francesa: Medio y Desarrollo, la influencia del ambiente en el desarrollo infantil. Madrid, Pablo del Río, 1979.*