

2014

Preparación para el alta de los padres de niños internados en la unidad de cuidados intensivos neonatales

Calá, Luciana

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/306>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social
Lic. en Terapia Ocupacional

Preparación para el alta de los padres de niños internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

- Tesis de Grado -



Calá Luciana
Mansilla Milagros M.

- Julio 2014 -

DIRECTORA

María Virginia Cordeviola

ASESOR METODOLÓGICO

Taller de Trabajo Final de la Carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional

AUTORAS

Calá Luciana

Mansilla Milagros M.

Agradecimientos

Tiempo de valorar...

En primer lugar, a Mamá y Papá a quienes le debo todo, expresar mi agradecimiento y admiración hacia ellos, por su apoyo incondicional y por darme la libertad y la confianza de poder decidir mi camino.

A mis hermanas y cuñados, por su compañerismo y aliento en cada momento, gracias por regalarme esos hermoso sobrinos que hacen mis días especiales.

A mi amor, Emmanuel, por ser mí sostén, por la paciencia, la comprensión y por darme la fortaleza para no dejarme caer; a mis suegros por el apoyo de siempre.

A mis amigas y amigos de la vida, por los buenos momentos. A las amigas que me dejo el paso por la facultad, Cecilia y Giselle, por hacer placenteras esas largas jornadas de estudio. A Silvia y Martin, por adoptarme como su hija y por acompañarme tanto.

A María Sol, compañera de hospital, por compartir la maravillosa experiencia de iniciarnos en la profesión.

A mi compañera de tesis, Luciana, porque con su compañía y compromiso facilitó este arduo trabajo, por los días de intensa lectura, por los mates y las charlas.

En lo profesional, a Josefina por entregarme sus conocimientos, a Virginia, mi querida directora de tesis por su asesoramiento y predisposición para brindarme todo su saber sin reservas y por ser mi guía en lo profesional.

En fin, decirles GRACIAS a todos los que hicieron posible que hoy alcance esta gran meta.

Milagros

¡GRACIAS!

A mamá y papá, por hacerme quien soy y darme la posibilidad de llegar a donde estoy!

A mi amor, por alegrarse con cada paso como si fuera el más grande!

A Meli y la Negra, por caminar siempre a mi lado... y a este proceso, por ponérmelas en el camino!

A mis amigos de toda la vida, mis hermanos del alma, Facu, María Elena, Lei, por confiar siempre en mí y darme seguridad!

A Mili, mi compañera de tesis, por ponerle siempre una sonrisa a nuestros encuentros!

A nuestra directora de tesis, Virginia, y a Josefina, por tantos espacios de aprendizaje, por ayudarme y darme las libertades necesarias para formarme profesionalmente!

Y a tantos, que colaboraron de tantas maneras en este proceso...

¡Todos son parte de esto!

De nuevo, ¡GRACIAS!

Luciana

*"La felicidad solo es verdadera
cuando es compartida"*

Christopher McCandless

ÍNDICE

Introducción.....	1
Estado Actual de la Cuestión.....	6
<i>1ra. Parte: Marco Teórico</i>	
Cap. I: Hospital Materno Infantil “Argentina Diego”	16
Características del Hospital.....	17
Características de la U.C.I.N.....	24
Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo.....	26
-Población.....	27
-Objetivos.....	27
-Consultorio de Seguimiento en nuestro Htal.....	28
-Funciones de T.O. en el Consultorio de Seguimiento en nuestro Hospital...29	
Cap. II: Bebés de Alto Riesgo y sus Padres.....	31
Recién Nacidos de Alto Riesgo.....	32
A) Prematurez.....	33
-Aspectos del Desarrollo del Prematuro.....	35
-La Teoría Sinactiva.....	39
B) Bajo Peso al Nacer.....	43

C) Depresión Grave al Nacer.....	43
D) Sepsis.....	43
E) Meningitis.....	44
F) Incompatibilidad Sanguínea.....	44
G) Patologías Neurológicas.....	45
H) Infecciones intrauterinas.....	46
I) Patologías Quirúrgicas Complejas.....	48
J) Trastornos Metabólicos Graves.....	48
K) Malformaciones o Síndromes Genéticos Severos.....	49
L) Problemas Psicosociales.....	49
Impacto de la U.C.I.N. en el Neonato.....	52
Rol de los Papás en la U.C.I.N.....	54
-Las Primeras Aproximaciones de los papás a la U.C.I.N.....	57
-Maternidad y Paternidad en la U.C.I.N.....	58
Los Padres del Hospital Materno Infantil “Argentina Diego”.....	59
Preparación de los Papás para el Alta.....	60
Intervenciones de T.O. con Padres de niños internados en la U.C.I.N. del Hospital Materno Infantil “Argentina Diego” de Azul.....	63

Referencias Bibliográficas.....81

2da. Parte: Aspectos Metodológicos.....83

3ra. Parte: Análisis de Datos e Interpretación de Resultados.....100

Análisis de Datos.....101

Interpretación de Resultados.....130

Conclusiones.....134

Anexo I: Cuestionario para Conocer el Nivel de Información acerca de Desarrollo y Cuidados en el Hogar que poseen los Padres de Niños Internados en la UCIN.....137

Anexo II: Material para Entregar a los Padres al momento del Alta Hospitalaria.....146

Anexo III: Tablas del Análisis de Datos.....160

INTRODUCCIÓN

En el 5to año de la carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional tuvimos la posibilidad de acceder a realizar nuestras dos últimas Prácticas Clínicas en el Hospital Materno Infantil “Argentina Diego” de la ciudad de Azul, bajo la supervisión de las terapistas ocupacionales de dicho hospital.

Durante estos meses de Práctica Clínica pudimos observar y trabajar en el servicio de Neonatología, tanto en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) como en el seguimiento de esta población a través del Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo.

De acuerdo a referencias de la profesional a cargo de esta área, la terapeuta ocupacional Virginia Cordeviola, el Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo comenzó a funcionar en el año 1995 con un equipo interdisciplinario conformado con el objetivo de realizar controles periódicos y seguimiento de niños de alto riesgo egresados de la UCIN.

A partir de allí se inician, por parte del área de terapia ocupacional, controles de desarrollo trabajando conjuntamente con el resto del equipo, lo que permite una mirada global e interdisciplinaria de la evolución de estos niños. Durante estos controles se empiezan a detectar alteraciones posturales por incorrecto posicionamiento, dificultades en la autorregulación, irritabilidad, discontinuidad en la lactancia, situación

de colecho y otras dificultades que, si bien algunas tienen que ver con la prematuridad, otras se relacionaban con la falta de cuidados en el desarrollo y la asistencia y cuidado de los padres de los niños prematuros durante la internación. Surge así la necesidad de un abordaje en el orden de lo preventivo, es decir, comenzar con un trabajo desde el momento de la internación, coordinando acciones con enfermería e implementando encuentros semanales con los padres.

En el año 2010, este hospital público comienza a trabajar con el modelo de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia, que promueve la participación y la colaboración de la familia en la protección y el cuidado del recién nacido, reconociendo a los padres como protagonistas de la atención de su hijo.

Se modifica a partir de allí la modalidad de ingreso de los padres a la UCIN, pasando de un sistema de visitas organizadas y limitadas en frecuencia y tiempo a un sistema de ingreso irrestricto de los mismos en el servicio. La presencia continua de los padres posibilita y enriquece las intervenciones desde terapia ocupacional ya que permite un encuentro más frecuente con ellos.

Para el desarrollo de nuestra investigación, continuamos con el encuadre de intervención de terapia ocupacional en el abordaje de los cuidados del desarrollo en los recién nacidos durante su internación y tomamos como un nuevo pilar de nuestro trabajo el eje conceptual propuesto por el modelo de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia, denominado “Promoción de la participación y la colaboración de los padres, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y su hijo o hija durante el embarazo, el parto y el puerperio” , capitalizando la modalidad de ingreso irrestricto de los padres en la UCIN, y

valorando la importancia y magnitud de acompañarlos en el proceso de internación de sus hijos desde el nacimiento.

Cuando comenzamos a realizar nuestras intervenciones en la UCIN, notamos que las altas hospitalarias de estos niños se daban bajo criterios estrictamente médicos, sin tener en cuenta los conocimientos y experiencias de los padres en el desarrollo y cuidado de sus hijos.

Por esto decidimos centrarnos en la preparación de los padres para el alta de niños internados en dicha unidad que formarán parte del Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo, buscando enriquecer el proceso del alta de forma interdisciplinaria. Con este objetivo, decidimos ampliar las intervenciones con los padres a una frecuencia diaria, tratando las problemáticas detectadas y las incertidumbres de los padres además de toda la información y conocimientos que resulten indispensables para el cuidado de sus hijos.

Previamente a cada encuentro, realizamos una recolección de datos a través de las historias clínicas de cada caso y efectuamos la actualización del estado de los pacientes y del grupo familiar interdisciplinariamente (médicos neonatólogos, personal de enfermería, trabajador social).

A continuación, determinamos el modo de abordaje, el cual puede ser individual o grupal, dependiendo de la situación de los casos, con la finalidad de que sea lo más enriquecedor posible para cada familia en esta situación tan particular.

Estos encuentros, prácticos y vivenciales, en donde se realiza un intercambio entre nuestros aportes y los paternos, mediante necesidades, experiencias, conocimientos y emociones mutuas, se inician en el momento de nacimiento del niño, y continúan a lo largo de toda su internación en forma diaria, para concluir en el momento

previo al alta con la entrega del material por escrito, con la idea de reforzar todos los contenidos abordados en este proceso.

Inicialmente los papás pueden encontrar dificultades para comprometerse en el cuidado de sus hijos ya que la internación en la UCIN implica una situación desconocida e inesperada, cargada de angustias y miedos. A medida que pasan los días, y con nuestras intervenciones, estas sensaciones irán cambiando y podrán adaptarse cada vez mejor, pudiendo asumir un rol activo en el cuidado de su hijo.

Para las familias, el alta de su hijo luego de una larga internación (semanas o meses), es un momento de enorme trascendencia. Sienten mucha responsabilidad porque ellos tendrán a su cargo el cuidado del bebé, al que siguen viendo y considerando muy frágil, sin el resguardo de los cuidados médicos y de enfermería.

Todos los pacientes y sus padres necesitan tiempo, preparación y un importante apoyo profesional, durante el periodo de pre alta y en los momentos posteriores a su llegada al hogar.

Con la idea de cuantificar los resultados, implementamos un cuestionario que evalúa el nivel de información que poseen los padres en el periodo inicial de la internación acerca de los conocimientos sobre desarrollo y cuidados en el hogar que deben proveerle a sus hijos; el cual se repetirá luego de nuestras intervenciones coincidiendo con la primera visita al Consultorio de Seguimiento

del Recién Nacido de Riesgo; con el fin de comparar los resultados de ambas mediciones, valorando la importancia de nuestra función en el área.

ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN

Al iniciar la presente investigación se realizó una revisión bibliográfica de otros estudios afines a la temática de estudio. Para llevarla a cabo se accedió a las bases de datos SciELO (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud) y RIMA (Red Informática de Medicina Avanzada). Por otro lado se consultó en las publicaciones de la Revista de la Sociedad Argentina de Pediatría (S.A.P.); y se efectuó también un rastreo de las Tesis de Grado de la carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

La terapia ocupacional en el contexto de la asistencia a la madre y la familia de los recién nacidos ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos

Dittz , Erika Silva; Melo, Daniela Cristina Cardoso de; Pinheiro, Zelia Maria Machado.

Belo Horizonte, Brasil; 2006.

El objetivo de este trabajo es presentar la experiencia desde Terapia Ocupacional en el Hospital Sofía Feldman, con miras a una atención integral y humanizada a la mujer y el recién nacido. Para ello, se describen las medidas adoptadas por la mujer y el recién nacido ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), con el apoyo de los aspectos teóricos y filosóficos de la atención centrada en la familia. El objetivo de este artículo es la mención de la experiencia de

rendimiento de la Terapia Ocupacional en el hospital Sofía Feldman, que muestra una humanización y asistencia de las mujeres y los recién nacidos en su totalidad.

Construcción de una escala de observación del vínculo madre-bebé internado en UCIN: Resultados preliminares de la aplicación del protocolo de observación.

SANTOS, María Soledad.

Buenos Aires, Argentina; 2008.

Se presenta la Escala de observación de vínculo madre-bebé internado en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales desarrollada hasta el momento, así como los resultados preliminares obtenidos de su aplicación. La escala de observación vincular en neonatología comprende 5 funciones: Función de Acercamiento, Corporal, Visual, Verbal y Postural. La muestra está compuesta de 43 díadas. Las observaciones vinculares fueron realizadas en los servicios de Neonatología de tres Hospitales. Se presentan las frecuencias observadas y el análisis de los puntajes obtenidos, en relación a la detección de situaciones de riesgo vincular o de buen vínculo madre - bebé internado en incubadora. Se estimó su Sensibilidad (0.75), Especificidad (1), Valor predictivo positivo (1), Valor predictivo negativo (0.84) y el Total de predicciones correctas (0.89). Contar con un método de observación vincular permitirá potenciar el trabajo en atención primaria de la salud mental perinatal.

Visión de las madres en el cuidado del hijo prematuro en el hogar

Castiblanco López, Nubia; Muñoz de Rodríguez, Lucy.

Bogotá, Colombia; 2011.

El objetivo del estudio fue describir el significado que tiene para las madres cuidar al recién nacido prematuro en el hogar, desde su contexto cultural. Se trata de un estudio de tipo cualitativo etnográfico basado en la teoría de Madeleine Leininger. Participaron ocho madres de recién nacidos prematuros que asistieron a control al Programa Madre Canguro Integral, del Hospital Universitario San Ignacio, entre noviembre de 2007 y mayo de 2008. Dentro de los resultados surgen dos temas: cuidados directos al recién nacido prematuro y el camino hacia la adaptación. El cuidado directo al recién nacido prematuro en el hogar significa para la madre masajear, proteger del frío, alimentar al niño, mantener la higiene, conservar la protección del medio, dar amor, suministrar oxígeno suplementario al bebé si lo requiere y saber sobre las señales del niño. El camino hacia la adaptación materna tiene para las madres un objetivo: “criar el niño”. Ellas manifiestan lo difícil que son las noches, expresan sus sentimientos y finalmente describen la adaptación materna como el acostumbrarse. A modo de conclusión, la visión de las madres cuidando el recién nacido prematuro es universal: significa “cuidar mucho al niño” y estar pendientes; por otra parte, la connotación de cuidado es diversa porque cada madre lo cataloga, desde su propia percepción, como cuidado extremo, básico, esencial y especial. También las madres dejaron conocer creencias, valores, tradiciones y mitos.

**Alta hospitalaria y cuidado de los recién-nacidos prematuros en el hogar:
experiencias de la madre**

Frota, Mirna Albuquerque; Silva, Priscilla Furtado Ribeiro da; Moraes, Stephani Ribeiro de; Martins, ElisMayre da Costa Silveira; Chaves, Edna Maria Camelo; Silva, Carlos Antônio Bruno da.

Fortaleza, Brasil; 2013.

Dirigido a aprender acerca de la percepción de la madre sobre el alta hospitalaria y el cuidado de los recién-nacidos prematuros en el hogar después de la primera semana de alta. Enfoque descriptivo, cualitativo, con entrevistas semiestructuradas para recopilar datos, desarrollado en el ambulatorio de seguimiento del prematuro del Hospital de la Red Pública del Estado de Fortaleza, en octubre y noviembre de 2011. Participaron nueve madres de bebés prematuros después de la primera semana de alta. Se aplicó el análisis de contenido para la observación de los datos. Los resultados apuntan para las siguientes categorías: Orientaciones para el cuidado con los bebés prematuros durante el alta; Sentimientos y dificultades con la llegada del bebé al hogar; Apoyo familiar en el cuidado de los bebés prematuros. El estudio demostró que algunas madres no recibieron instrucciones del equipo interdisciplinario de atención de neonatología acerca del cuidado con el bebé después del alta, reforzando que las madres llevan al bebé a la casa sin estar preparadas para la nueva realidad.

Evaluación de las familias de bebés nacidos con muy bajo peso: cuidado en el hogar

Sassá, Anelize Helena; Marcon, Sonia Silva.

Brasil; 2013.

Investigación convergente asistencial cuyo objetivo fue evaluar las familias de los bebés nacidos con muy bajo peso basado en el Modelo Calgary de Evaluación de la Familia. Participaron nueve familias, que fueron atendidas durante seis meses después del alta hospitalaria del bebé. Los datos fueron colectados a través de visitas domiciliarias y se analizaron sobre la base de las categorías de desarrollo, estructural y funcional propuesto por Modelo Calgary. Subsistemas en conflicto se presentaron sólo en una familia y todas presentaron en su red de soporte elementos derivados de otros sistemas afuera los elementos familiares. La colaboración de los padres, los abuelos y de niños de mayor edad en las tareas del hogar permitió a las madres dedicar más tiempo al cuidado de los bebés y favoreció la adaptación positiva y el equilibrio de la familia. Convivir con bebés nacidos con muy bajo peso exige de las familias organización y adaptación a los cuidados en el hogar, e implica cambios en los roles de cada miembro de la familia.

Las respuestas de los padres a la tensión en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

Morgan Busse, Kayleigh Stromgren, Lauren Thorngate y Karen A. Thomas

Crit Care Nurse 2013; 33:52-59 doi: 10.4037/ccn2013715, EEUU

© 2013 Asociación Americana de Enfermeras de Cuidados Intensivos

Publicado en línea <http://www.cconline.org>

El estrés de los padres como consecuencia de la hospitalización de su bebé en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) produce respuestas emocionales y conductuales.

Objetivo: examinar la relación del estrés con la ansiedad, la depresión, la fatiga y la interrupción del sueño, entre los padres de los niños hospitalizados en la UCIN.

MÉTODOS: treinta padres completaron la Escala Stressor Padres (PSS: NICU) que contiene subescalas de NICU: Vistas y Sonidos, comportamiento infantil, Alteración Rol de los padres, y la ansiedad, depresión, fatiga y trastornos del sueño.

RESULTADOS: Puntuación total PSS se correlacionó significativamente con la ansiedad ($r = 0,61$), la depresión ($r = 0,36$), y el sueño perturbación ($r = 0,60$). Las puntuaciones para Sights and Sounds en UCIN no se correlacionaron significativamente con los padres

Sin embargo, las puntuaciones de alteración en el rol de los padres se correlacionaron con los 4 resultados

CONCLUSIÓN: el estrés experimentado por los padres de los niños de la UCIN se asocia con una relativa constelación de resultados físicos y emocionales que comprende la ansiedad, la depresión, la fatiga y la interrupción del sueño.

Factores que afectan a la presencia de los padres de bebés extremadamente prematuros en una sala de cuidados intensivos neonatales

Ann-Britt Heinemann, Lena Hellstr, Kerstin Hedberg Nyqvist

Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, Hospital de Niños de la Universidad de Uppsala, Suecia

OBJETIVO: describir desde las experiencias de los padres los factores que influyeron en su estancia con su bebé extremadamente prematuro en una unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN).

MÉTODOS: este estudio tiene un diseño descriptivo cualitativo, basado en entrevistas semiestructuradas realizadas a siete madres y seis padres.

RESULTADOS: las oportunidades de pasar la noche junto con su bebé facilitaron la presencia de los padres, así como también las oportunidades para hacerse cargo de la atención de su bebé, facultando a los padres en su rol parental y aumentó su motivación para quedarse.

El método madre canguro ayudó a aumentar su presencia. Los altos niveles de la iluminación y el ruido hacen que sea difícil para los padres a dormir y pasar la noche con el recién nacido. El número limitado de personal conlleva a limitar el uso del método madre canguro, ya que los padres tuvieron que esperar la ayuda para transferir al bebé de la incubadora. Varios participantes percibieron la realización de procedimientos dolorosos en su hijo como estresante y como un obstáculo para su presencia.

CONCLUSIÓN: el método madre canguro y la participación activa en el cuidado del niño dieron a los padres una sensación de control y fortaleció su motivación para estar con su bebé.

Los altos niveles de ruido e iluminación, y una actitud displicente del personal eran obstáculos para la presencia de los padres en la UCIN.

La presencia y participación de los padres en la unidad de cuidados intensivos neonatales y asociaciones con neurocomportamiento temprano

LC Reynolds, MM Duncan, GC Smith, A Mathur, J Neil, T Inder y RG Pineda, EEUU

OBJETIVO: investigar los efectos en el neurocomportamiento de la presencia y la participación de los padres en el cuidado de su hijo en la UCIN.

Diseño del estudio: Cohortes prospectivo en 81 niños nacidos de 30 semanas de gestación. Las enfermeras rastrearon visitas de los padres, sostén y contacto piel a piel durante la hospitalización. Se aplicó una escala en la cual las asociaciones entre las visitas y participación de los padres y neurocomportamiento temprano se determinaron mediante regresión lineal y logística.

RESULTADO: las horas promedio por semana de visitas de los padres fue de 21,33 ± 20,88 . La mayor cantidad de horas de visita se asoció con una mejor calidad del movimiento (P ¼ 0,02), menos la excitación (P ¼ 0,01), menos la excitabilidad (P ¼ 0,03), más letargo (P ¼ 0,01) y más hipotonía (Po0.01). Más holding se asoció con una mejor calidad del movimiento (Po0.01), menos estrés (Po0.01), menos la excitación (P ¼ 0,04) y menos excitabilidad (Po0.01).

CONCLUSIÓN: los bebés que fueron visitados por sus cuidadores con más frecuencia en la UCIN tenían diferencias en neurocomportamiento temprano por equivalente plazo, lo que apoya la necesidad y la importancia de la paternidad temprana en la UCIN.

Primera Parte

MARCO TEÓRICO

CAPITULO I

HOSPITAL MATERNO INFANTIL

“ARGENTINA DIEGO”

CARACTERISTICAS DEL HOSPITAL

El Hospital Zonal Especializado Materno Infantil “Argentina Diego” se encuentra en la ciudad de Azul, cabecera de la Región Sanitaria IX ubicada en el centro de la provincia de Buenos Aires, cubriendo un área de influencia de 49.126 km². (15.7 % de la superficie total de la Provincia), con 302.932 habitantes, que incluye diez partidos: Bolívar, Laprida, Lamadrid, Benito Juárez, Tapalqué, Olavarría, Alvear, Rauch, Las Flores y Azul.

Desde la sede de la Región Sanitaria IX se organizó una red de derivación según complejidad de los hospitales que intervienen; la misma integra hospitales de otras Regiones Sanitarias. En cada partido la mayoría de ellos son municipales; los efectores Provinciales son: el Hospital de Las Flores, el Hospital Oncológico “Luciano Fortabat” de Olavarría, el Geriátrico de Rauch y el Materno Infantil “A. Diego” de Azul.

Una de las premisas fundamentales es el trabajo en redes y en equipo.

Esta red garantiza a los pacientes accesibilidad al sistema, cobertura, continuidad en tratamientos y calidad de atención. Cuando se habla de accesibilidad no es solo geográficamente sino también culturalmente y de manera precoz, teniendo en cuenta prevención, promoción de la salud y asistencia de las patologías, sin olvidar que la atención contemple hasta la solución del problema, es decir que sea completa y continua en el tiempo.

En el año 2006 hubo distintas capacitaciones desde el Ministerio de Salud para trabajar la calidad de atención. La Dirección del hospital firmó un compromiso de gestión de atención al usuario con el Ministro de Salud.

El Hospital Especializado Materno Infantil “Argentina Diego” cuenta con 60 camas distribuidas en Pediatría 30, Obstetricia 14, Neonatología: UTI 6, UCE 7, Terapia Pediátrica 3.

El Partido de Azul cuenta con 14 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), distribuidas: 11 en la ciudad, 1 móvil para el ámbito rural, 1 en la localidad de Chillar y otra en Cacharí.

El servicio de Terapia Ocupacional de dicho hospital cuenta con dos terapeutas ocupacionales en planta, que atienden en consultorios externos (Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo, Consultorio de Niño Sano y Consultorio de Rehabilitación), internación pediátrica, terapia intensiva pediátrica y terapia intensiva neonatal.

Este hospital trabaja bajo el encuadre de *Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (MSCF)*, el cual constituye un paradigma de atención perinatal. Fue desarrollado, a lo largo de los últimos 35 años, por el equipo de salud del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá (HMIRS) de Buenos Aires.

Una MSCF tiene una cultura organizacional que reconoce a los padres y a la familia, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido y define la seguridad de la atención como una de sus prioridades; estimula el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del recién nacido por parte de los miembros del equipo de salud; promueve la

participación y la colaboración del padre, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y el recién nacido; implementa prácticas seguras y de probada efectividad, y fortalece otras iniciativas, como la de promover la lactancia materna. (UNICEF, 2011, p. 10)

Según UNICEF (2011), el modelo MSCF se sustenta en 5 ejes conceptuales y 15 principios. A partir de su implementación se busca promover una atención humanizada, centrada en los derechos de la madre y el niño, y que contribuya a mejorar la calidad de atención y reducir la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal en nuestro país.

Los ejes conceptuales del modelo son:

1. Cultura organizacional centrada en la familia y en la seguridad de la atención, donde la medicina se centra en el paciente, su familia y la seguridad de los mismos. Es un cambio de paradigma que suma lo humanístico al progreso tecnológico.
2. Protección de los derechos de la madre, del padre y de su hijo/a, alineado al concepto de derechos humanos.
3. *Promoción de la participación y de la colaboración de los padres, de la familia y de la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y su hijo/a durante el embarazo, el parto y el puerperio: empodera la familia, la cual asume un rol protagónico en el cuidado de su hijo/a.*
4. Uso de prácticas efectivas y seguras, basadas en la evidencia.
5. Fortalecimiento de otras iniciativas, en particular, de la lactancia materna. Propone estrategias de promoción y asistencia conforme al contexto sociocultural en el que está inserta.

Desde nuestro rol, y en el transcurso de la presente investigación, enfatizamos el eje conceptual N° 3 denominado “Promoción de la participación y la colaboración de los padres, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y su hijo o hija durante el embarazo, el parto y el puerperio”.

Este eje promueve el empoderamiento de la mujer y de su pareja para el cuidado de su hijo o hija antes y después del nacimiento. También estimula la permanencia continua y la participación activa de los padres durante la internación de sus hijos, el contacto del recién nacido con otros miembros de la familia, así como el involucramiento y la participación de los miembros de la comunidad en la atención y el cuidado de la mujer y de su hijo o hija.

Se informa a los padres para hacerlos partícipes de la toma de decisiones ante cada situación.

Una de las intervenciones más importantes consiste en permitir el *ingreso irrestricto* de los padres a los servicios de neonatología. Esta acción promueve su permanencia continua y, sobre la base de una capacitación progresiva, su participación activa en el cuidado de sus hijos. La permanencia de las madres se ve facilitada por la posibilidad de acceder a una residencia/hogar con oferta de cama y comida, al cuidado de un servicio solidario de voluntarias y voluntarios de la comunidad.

La participación activa de los padres en los servicios de neonatología tiene múltiples beneficios potenciales:

- ✓ Ahorra horas de enfermería neonatal, que es un recurso humano crítico pero siempre insuficiente en número: al asumir tareas de fácil aprendizaje y que requieren poco tiempo, como por ejemplo, la alimentación por gavage con sonda nasogástrica. Si

las enfermeras se liberan de esta tarea pueden ocuparse más eficientemente de asistir a los pacientes críticos.

✓ Disminuye el riesgo de infección intrahospitalaria (IIH) por la asistencia individualizada de madres y padres respecto de sus hijos. Si únicamente madres y los padres se hacen cargo de la higiene y alimentación de sus hijos o hijas, reducen las posibilidades de transmisión de patógenos por médicos y enfermeras.

✓ Incrementa el porcentaje de alimentación a pecho al alta en recién nacidos (RN) prematuros: las madres con permanencia continua extraen su leche varias veces por día en sectores especiales acondicionados para tal fin. Al momento del alta mantienen la lactancia y, por ello, más del 80% de los RN de muy bajo peso egresan con alimentación a pecho. La lactancia materna se asocia a una significativa reducción de las infecciones y de la enterocolitis necrotizante en RN internados.

✓ Implementa el “monitoreo multiparamétrico” de los hijos que permite la detección precoz de apneas, respiración periódica, cambios de coloración, de tono, de llanto y de la tolerancia a la alimentación, y no requiere mantenimiento preventivo ni insumos. Los padres, por su permanencia continua, conocen rápidamente el estado de sus hijos y detectan todos los cambios, aun los más sutiles. Este entrenamiento es esencial para una población tan vulnerable como la que constituyen los prematuros, y de gran ayuda para los padres una vez que el RN es dado de alta.

✓ Contribuye a identificar problemas en el funcionamiento del servicio cuya solución mejoraría la calidad y la seguridad de la atención: la presencia continua de los padres permite identificar dificultades relacionadas, por ejemplo, con una insuficiente cantidad de agentes de salud en relación a la demanda del servicio o, también, la

inadecuada respuesta a las alarmas de los equipos. Los padres con ingreso irrestricto se convierten en los principales garantes del trabajo de los agentes de salud.

✓ Facilita el acceso a la planificación familiar: todas las madres de prematuros presentan el factor de riesgo más alto de tener un nuevo prematuro en su próximo embarazo. La presencia de los padres de RN prematuros en la sala incrementa las oportunidades de encuentro con los miembros del equipo de salud, que pueden aprovechar para informarlos sobre la importancia de realizar estudios fuera del embarazo, y asesorarlos sobre cómo decidir el momento para una nueva gestación y mejorar, de esta manera, las condiciones de embarazos futuros.

✓ Facilita la accesibilidad a métodos de anticoncepción es importante para conseguir intervalos intergenésicos recomendados.

✓ Facilita la detección de adicciones, conductas de riesgo, violencia familiar y riesgo social sanitario: los tiempos prolongados de internación de prematuros y RN enfermos facilitan la intervención oportuna de los agentes de salud mental y del área de servicio social.

✓ Incrementa la adherencia a los programas de seguimiento en consultorios externos: los mayores tiempos de internación permiten a los padres reconocer el marco protector de la institución, y de esta manera se asegura la permanencia en los programas de seguimiento.

Este modelo resulta la base teórica y práctica de nuestra intervención, desde el nacimiento del niño, considerando fundamental el abordaje con el niño y con sus familias, apuntando en todo momento el empoderamiento del rol paterno.

Referencias Bibliográficas

- ✓ UNICEF (2011). *Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF): Conceptualización e implementación del modelo*. Buenos Aires.

CARACTERISTICAS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

(UCIN)

La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales comienza a funcionar en el Hospital Zonal Especializado Materno infantil Argentina Diego de la ciudad de Azul en el año 1994. Posee una complejidad de grado III A, pero debido a las prácticas implementadas, se comporta como grado III B. Actualmente la re categorización se encuentra pedida por expediente.

La población destinataria abarca la región sanitaria IX, pero además, la UCIN se encuentra dentro de una red interzonal, abarcando también las regiones sanitarias I y VIII.

Este servicio cuenta con siete médicos neonatólogos en planta y veintiún enfermeras/os.

Tiene una capacidad de trece unidades, distribuidas seis en UCI y siete en UCE.

El equipamiento del servicio cuenta con:

- ✓ 13 incubadoras (una con humidificación para prematuros extremos)
- ✓ 3 servocunas
- ✓ 2 incubadoras de traslado
- ✓ 13 monitores multiparamétricos
- ✓ 6 respiradores
- ✓ 11 bombas infusorias
- ✓ 1 panel de oxígeno
- ✓ 5 bolsas de reanimación
- ✓ 6 aparatos de fototerapia

- ✓ 1 carro de paro
- ✓ 2 balanzas digitales
- ✓ 2 heladeras (1 lactario y 1 para medicación)
- ✓ 4 laringoscopios
- ✓ 1 megatoscopio

Las funciones de T.O en este contexto, se inicia desde el momento de la internación del recién nacido de alto riesgo, estableciendo un primer contacto con los padres, favoreciendo la relación vincular con su hijo y apuntando al cuidado del desarrollo, poniendo énfasis en los signos de autorregulación y de estrés del bebé, sostén, cuidado del sueño, desarrollo de los sistemas sensoriales, alimentación e higiene.

Cabe destacar que la UCIN no cuenta con un sector de pre alta, ya que las condiciones edilicias del hospital no lo permiten, pero está previsto a futuro, así como también una residencia para madres.

En este sector de pre alta los padres pasarían a ser protagonistas del cuidado de su hijo, brindando seguridad y fortalecimiento del rol, lo que permitiría enriquecer las intervenciones desde terapia ocupacional.

CONSULTORIO DE SEGUIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO DE RIESGO

Los avances científicos y tecnológicos de los últimos años redujeron la mortalidad neonatal, aumentando la sobrevivencia de recién nacidos cada vez de menor peso y patologías complejas, lo que ha producido un número creciente de niños que requieren seguimiento y/o cuidados especializados a largo plazo.

Los recién nacidos de riesgo, además, tienen el triple o más de posibilidades de reinternación por patologías múltiples y pueden presentar secuelas de difícil tratamiento (ceguera, sordera, parálisis cerebral) que en muchos casos pueden prevenirse con el seguimiento adecuado.

Según el Ministerio de Salud de la Nación (2001) resulta entonces fundamental contar con Consultorios de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo, luego de su alta en las unidades de cuidados intensivos neonatales, para disminuir la morbimortalidad de estos niños y mejorar su calidad de vida, pero también es necesario para sondear la calidad brindada en la atención neonatal y disminuir secuelas orgánicas, psicológicas y afectivas. Dichas secuelas podrían prevenirse, complejos tratamientos del niño y su familia podrían evitarse, con todos los beneficios que esto implica, incluyendo los económicos.

Los problemas más frecuentes en los neonatos de riesgo elevado son: alteraciones del vínculo con la familia y en el crecimiento, retraso madurativo, problemas neurológicos, infecciones (especialmente respiratorias), condiciones inmunológicas alteradas, anemia y raquitismo, problemas de estética, alteraciones de la audición y la visión, displasia broncopulmonar y muerte súbita.

Su pronóstico final será más o menos favorable en función, no sólo de factores prenatales, sino también de los cuidados post-natales a corto, mediano y largo plazo.

POBLACIÓN

La población destinaria del programa de seguimiento en este hospital está compuesta por recién nacidos egresados de la UCIN que requieren controles periódicos del equipo de salud a largo plazo por ser considerados en situación de riesgo, por prematurez, patología o ambas, así como también situación socio-ambiental desfavorable.

OBJETIVOS DEL CONSULTORIO DE SEGUIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO DE RIESGO DEL HOSPITAL

El Ministerio de Salud de la Nación (2001) refiere que los objetivos deben tener un enfoque preventivo, reduciendo los costos físicos, mentales y afectivos del niño y su familia.

El principal objetivo del Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo de nuestro hospital es brindar atención interdisciplinaria a los recién nacidos de riesgo que fueron dados de alta de la UCIN; hasta cumplidos los dos años de edad, con su reciente extensión hasta la edad de seis años, por necesidad de seguimiento de secuelas que pueden vislumbrarse a largo plazo.

También este consultorio constituye un espacio de apoyo y contención familiar, en donde un equipo de profesionales se encuentra a disposición de la familia para

despejar dudas e incertidumbres acerca de los cuidados médicos, del desarrollo y la vida diaria de sus hijos.

En el consultorio, además, se realiza un seguimiento de situaciones de riesgo socio ambiental y se aborda interdisciplinariamente la problemática.

En cada control se registran las ausencias y se recitan para evitar la deserción, concientizando a los padres sobre la importancia del seguimiento de estos niños.

Se realizan también evaluaciones periódicas del consultorio entre los distintos profesionales para el optimizar el funcionamiento del mismo.

CONSULTORIO DE SEGUIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO DE RIESGO EN NUESTRO HOSPITAL

En el Hospital Materno Infantil “Argentina Diego” de la ciudad de Azul surge el Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo en abril de 1995, con el objetivo de optimizar el seguimiento y control del neonato de alto riesgo. Esta modalidad de consultorio interdisciplinario facilita la atención integral de estos niños durante la misma jornada, a manera de hospital de día, ya que el 50% de nuestra población proviene de otras localidades.

Es a partir de ese momento en que se decide conformar un equipo interdisciplinario, lo que permite una mirada integral del niño, su desarrollo y su familia. El mismo está compuesto por un médico neonatólogo (coordinador del consultorio), un médico oftalmólogo, un médico otorrinolaringólogo, una terapeuta ocupacional, una fonoaudióloga, una enfermera, una trabajadora social, una estimuladora visual (en articulación con la escuela especial N° 505), y los servicios

de psicología, psicopedagogía, kinesiología, diagnóstico por imágenes y laboratorio como consultores cercanos.

FUNCIONES DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EL CONSULTORIO DE SEGUIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO DE RIESGO EN NUESTRO HOSPITAL

- ✓ Realizar evaluaciones neurológicas y psicomotoras del niño de alto riesgo.
- ✓ Afianzar pautas madurativas y de cuidados en el hogar.
- ✓ Abordar posibles problemáticas que dificulten el vínculo padres-hijo.
- ✓ Identificar la población pasible de atención en el servicio de Terapia Ocupacional.
- ✓ Hacer contacto con centros de salud y/o unidades periféricas ,instituciones escolares, centros de estimulación, etc. de Azul o de otras ciudades estableciendo un trabajo en red.
- ✓ Registrar toda la información en historia clínica informatizada del consultorio.

De lo anteriormente expuesto surge la necesidad impostergable de que las instituciones con Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales cuenten con Programas de Seguimiento de Recién Nacidos de Riesgo integrados a sus Sistemas de Salud.

No es ético que una vez identificados niños con mayor riesgo, no tengan un seguimiento adecuado y diferenciado. (Ministerio de Salud de la Nación, 2001, p. 13)

Referencias Bibliográficas

- ✓ Ministerio de Salud de la Nación (2001). *Guía de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo*. Buenos Aires.

CAPITULO II

BEBÉS DE ALTO RIESGO Y SUS **PADRES**

A continuación se describirán la prematuridad y las patologías prevalentes en nuestra población, que hacen que un niño sea considerado de riesgo, objeto de nuestro estudio.

Si bien la prematuridad es la prevalente en la UCIN de este hospital, existen patologías consideradas de riesgo neonatal que requieren también de un seguimiento a largo plazo.

Durante el año 2013 en la maternidad de este hospital nacieron 777 niños, 218 (28,05%) de los cuales fueron derivados a la UCIN, y de los cuales 98 fueron recién nacidos prematuros y 120 fueron internados por patologías complejas.

RECIÉN NACIDOS DE ALTO RIESGO

Un neonato de alto riesgo es aquel niño que por circunstancias prenatales, perinatales o posnatales requiere cuidados especiales, necesarios para su supervivencia y la disminución de los riesgos de trastornos graves funcionales. (Nikodem, 2009, p. 15)

Se consideran recién nacidos de alto riesgo aquellos que tienen un riesgo elevado de padecer secuelas, como aquellos con antecedentes de prematuridad, bajo peso al nacer, depresión grave al nacer, asistencia

respiratoria mecánica, sepsis/meningitis, incompatibilidad sanguínea (Rh, ABO u otras que hayan requerido exanguinotransfusiones, patología neurológica (convulsiones, hemorragias endocraneanas), trastornos metabólicos graves, infecciones intrauterinas (HIV, Chagas, Lúes, Toxoplasmosis, Rubeola, CMV, etc.), patologías quirúrgicas complejas, malformaciones o síndromes genéticos severos, e incluso problemas psicosociales importantes. (Ministerio de Salud de la Nación, 2001, p. 13)

A) PREMATUREZ

La Organización Mundial de la Salud define como Pretérmino al neonato de edad gestacional inferior a 37 semanas de gestación, o bien 259 días respecto del primer día de la última menstruación. Su característica principal está representada por la condición, en sí, patológica de no transcurrir el último trimestre de embarazo dentro del útero materno.

Según Fava Vizzielo (1993), en la evaluación del grado de prematurez, la edad gestacional constituye un indicador más preciso respecto del peso neonatal. El peso de nacimiento se ve influido por el crecimiento intrauterino y hay neonatos que, a igual edad gestacional, presentan un defectuoso peso neonatal, el cual puede estar determinado por diversas causas.

Los problemas que puede presentar un prematuro están estrechamente relacionados con la inmadurez de sus órganos y sistemas. Por lo tanto las enfermedades que se presentan con mayor frecuencia en la UCIN del Hospital Materno

Infantil “Argentina Diego” de la ciudad de Azul, y que están relacionadas con el estado de inmadurez del niño, son:

1) *Las enfermedades respiratorias*, en particular la enfermedad de las membranas hialinas pulmonares por déficit o falta de producción de surfactante endoalveolar, la taquipnea neonatal y la displasia broncopulmonar.

2) *Los problemas ligados a la inmadurez del tracto gastrointestinal*. Generados por la mala perfusión del intestino (por hipoxia, hipotensión, entre otras), lo que da como resultado la enterocolitis necrotizante con mala tolerancia digestiva, extendiendo los periodos de ayuno.

3) *La ictericia neonatal*. Al nacimiento, el hígado no se ha desarrollado aún por completo y tampoco el conjunto enzimático para metabolizar la bilirrubina, por lo tanto puede existir hiperbilirrubinemia. Dado que existe la posibilidad que la bilirrubina supere la barrera hematoencefálica y se deposite en los tejidos, hay peligro que esto determine una ictericia nuclear con grave compromiso neurológico en el niño.

4) *Las infecciones* por inmadurez e inexperiencia del sistema inmunológico. El prematuro puede, sobre todo, contraer infecciones gastroentéricas, pulmonares, cutáneas, de meninges, o generalizadas (sepsis).

5) *La hemorragia cerebral*. Cerca del 40 % de los prematuros de muy bajo peso al nacer presentan un cuadro de hemorragia peri-intraventricular.

6) *La retinopatía del prematuro*, y su más grave secuela de cicatrización, la fibroplasia retrolental, comprometen a los prematuros de bajo peso y baja edad gestacional. Las consecuencias lamentablemente son todavía graves y pueden llegar, en sus grados extremos, a la ceguera.

La asistencia del neonato prematuro reviste por ende, problemáticas complejas, dados los múltiples factores que influyen, la variedad y la gravedad de las patologías y la invasividad de las terapias que deben aplicarse. (Fava Vizzielo, 1993, p. 68)

ASPECTOS DEL DESARROLLO DEL PREMATURO

Nikodem (2009) señala que la maduración cerebral es el resultado de la interacción de factores genéticos y medioambientales. Los mecanismos neuronales están determinados genéticamente, pero los estímulos medioambientales, psicológicos y sociales van a actuar sobre ellos.

El desarrollo cerebral es un proceso notable, en el que tiene lugar mecanismos neuro-ontogénicos y estructuras transitorias. En cuanto a los primeros, el desarrollo cerebral transcurre en estadios sucesivos y sobrepuestos. El primero de ellos es el de *proliferación neuronal*, que es el momento de producción neuronal. Aproximadamente surge un billón de neuronas en los primeros cinco meses de gestación. Este estadio finaliza con el nacimiento del niño a término en el noveno mes; solo continuará la neurogénesis en la vida posnatal en el giro dentado del hipocampo, preparando un reservorio organizador de la memoria. El segundo estadio es el de la *migración neuronal*: las neuronas crecen y son enviadas a diferentes áreas cerebrales. Entre las semanas 26 y 34 de gestación el 48% de las neuronas están ubicadas en el lugar correspondiente, y allí establecen contactos con otras neuronas; el proceso continúa en la vida posnatal hasta los 24 meses aproximadamente. Durante y después de la migración se dan las siguientes etapas: *sinaptogénesis* y *diferenciación neuronal*. La

primera se refiere precisamente al establecimiento de las conexiones entre las neuronas y la segunda a la especificidad que cada una de ellas tiene de acuerdo con el lugar al que ha migrado previamente.

El estadio faltante es el de la *mielinización*; donde los axones de las neuronas son recubiertos con un tejido adiposo que aísla la célula y le otorga velocidad de conducción. La mielinización del cerebro inferior se da entre las semanas 24 y 34 posnatales en forma descendente y las vías cortico espinales, en forma descendente a partir de la semana 24 posnatal.

Después del nacimiento, cuando este ha tenido lugar entre las 39 o 40 semanas, como hay una sobreproducción de neuronas se pone en marcha el mecanismo de apoptosis o muerte neuronal programada. A través de él, el cerebro selecciona aquellas neuronas que necesita para el desarrollo y elimina las demás.

La neuroplasticidad se considera, entonces, como la capacidad que tiene el tejido neuronal de reorganizar, asimilar y modificar los mecanismos biológicos, bioquímicos y fisiológicos, implicados en la comunicación intercelular, para adaptarse a los estímulos recibidos. Esta característica implica modificaciones del tejido neural correspondiente, que incluye, entre muchos otros, la regeneración axonal, la colateralización, la neurogénesis, la sinaptogénesis y la reorganización funcional.

Cabe resaltar que la plasticidad neural permite cambios de adaptación y/o reorganización tanto en condiciones normales como patológicas. El primer caso incluye, por ejemplo, proceso de aprendizaje condicionado y no condicionado; en el segundo, se destacan eventos adaptativos y mal adaptativos que son los que acompañan la evolución de enfermedades neurológicas establecidas.

El cerebro del prematuro tiene una gran sensibilidad; se encuentra a merced de una inmensa información sensorial, incapaz de emplear mecanismos inhibitorios protectores que dependen de áreas corticales de mayor asociación y diferenciación.



Creciente desarrollo dendrítico y axonal

La Dra. H Als los considera “fetos ex útero” o “fetos neonatos”, cuyos cerebros están en pleno crecimiento y muestran:

- ✓ *Respuestas frente a estímulos:* inmaduras, desorganizadas e inefectivas, más que adaptativas.

- ✓ *Alteraciones del Tono Muscular/postural:* atraviesan una fase apostural y aquinética. El niño yace en posición prona o supina, no hace ningún intento de movimiento, y asume la posición más probable (determinada por la fuerza de gravedad y por la tensión elástica de músculos y articulaciones).

- ✓ *Actividad motora desorganizada:* excesiva o descontrolada, con movimientos de extremidades de amplio rango, lejos del cuerpo del bebé, hiperextensión de tronco y nuca; pobres comportamientos de auto-organización; dificultad para dormir, que puede incrementar la inestabilidad fisiológica, con alteración en relación respiración-succión-deglución.

✓ *Llanto prolongado y/o frecuente:* indicador de un elevado nivel de excitación; aumenta la demanda energética, eleva el metabolismo basal, disminuye el retorno venoso, restablece la circulación fetal y reduce la oxigenación.

✓ *Sueño y vigilia:* maduran a lo largo del tiempo. El sueño con movimientos oculares rápidos (MOR) es fuente de estimulación endógena necesaria para el crecimiento del SNC, con elevación de la temperatura, circulación cerebral y síntesis proteica. A mayor edad gestacional se incrementa el sueño tranquilo y disminuyen el sueño de transición y el activo; desde la semana 36 un ciclo de sueño activo y tranquilo dura 40 min. A las 40 semanas un ciclo completo es de sesenta minutos, con mayoría de sueño tranquilo (inmovilidad, respiración regular y escasos MOR). La vigilia coincide con el incremento de la atención visual y alerta que dependen del crecimiento y complejización de interacciones dendríticas y mayor control del centro de activación reticular y corteza superior.

Resulta evidente que en el sistema del niño los diversos subsistemas están en condiciones de influirse unos a otros, ya sea en el sentido de la estabilidad como la inestabilidad.

LA TEORÍA SINACTIVA

Als (1982) hipotetiza una jerarquía de niveles en la organización del desarrollo neuroconductual del niño.

Los niños pretérmino no completaron la maduración de los estados de regulación autónoma y motriz y se encuentran frente a tareas de desarrollo a menudo demasiado complejas para sus recursos. Als aplica en la evaluación del pretérmino un modelo teórico definido como "sinactivo", que considera los diversos aspectos del comportamiento del neonato como resultado de una interacción entre subsistemas. El desarrollo de tales subsistemas tiene lugar en el neonato de pretérmino en una determinada secuencia y la relativa estabilidad de un subsistema permite la funcionalidad óptima del siguiente:

1. El neonato pretérmino de edades gestacionales muy bajas está comprometido en la estabilización e integración de sus funciones autónomas (respiración, frecuencia cardíaca, temperatura, funciones digestivas y excretoras).

El aumento de la actividad motriz, junto con las modificaciones posturales activas que a menudo implica, puede perturbar o interactuar con el equilibrio de la organización autónoma. Del mismo modo, las manipulaciones táctiles inapropiadas pueden ser molestas y provocar en este caso episodios de apneas u otras manifestaciones de desequilibrio.

2. Gradualmente, emergen las diferenciaciones de los estados del sueño a la vigilia y aumenta la capacidad de regulación de estos últimos. En el desarrollo inicial de este subsistema puede estar comprometida la estabilidad autónoma y motora (en efecto, la insuficiente capacidad de regular la respuesta al estrés puede implicar un brusco pasaje del sueño quieto a llanto/agitación, que se asocia con una motricidad a menudo

desordenada, que obviamente tendrá un efecto desequilibrado sobre el control autónomo).

3. Finalmente, el estado de atención se hace más flexible, al tiempo que más estable y bien diferenciado de los demás estados y disponible para la interacción social.

Tiene una importancia crucial reconocer las variaciones individuales de los estadios de desarrollo del niño pretérmino para regular la intervención.

Existen por lo tanto cuatro subsistemas de conexión recíproca:

1. El sistema autónomo, que asegura la realización de las funciones fundamentales para la supervivencia del organismo;

2. El sistema motriz, desarrollado desde los primeros estadios del desarrollo embrionario. Las respuestas motrices condicionan a los otros subsistemas;

3. El sistema de los estados de comportamiento: de sueño difuso a un sueño más diferenciado, del estado de vigilia;

4. El sistema interactivo: la actividad y la receptividad afectiva y cognitiva se diversifican más finamente para permitir un estado en el que es factible la interacción social.

Estos sistemas se siguen e interactúan entre sí, se influyen y se sostienen, determinando una estabilización recíproca; a su vez, la inestabilidad de un subsistema condiciona la inestabilidad de los otros.

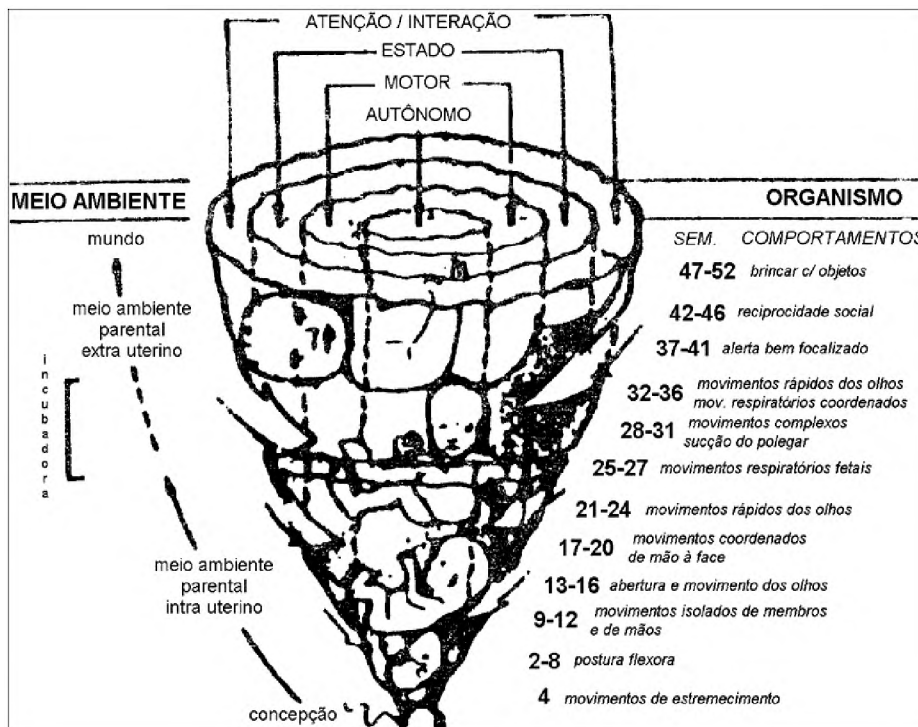
Teniendo en cuenta esta premisa es posible enmarcar las modalidades de comportamiento del niño pretérmino.

Fava Vizzielo (1993) señala que, después de las 24-27 semanas postgestacionales el feto humano puede ser mantenido vivo en un ambiente extrauterino. El organismo del pretérmino debería vivir aun un periodo más o menos prolongado en el útero que garantice, a través de los intercambios placentarios, un control respiratorio, cardiaco, digestivo y de temperatura. En ese ambiente el feto está bajo la influencia de específicos estímulos somatoestésicos cutáneos por la acción del líquido amniótico y kinestésicos mediados por la pared uterina y por la bolsa amniótica asegurando el mantenimiento del esquema flexor. El nacimiento pretérmino implica una confrontación con un ambiente totalmente distinto. El pasaje cambia irreversiblemente el funcionamiento de los subsistemas del niño, que deben relacionarse no con el organismo materno, sino con los instrumentos que permiten ayudarlo a mantener sus funciones vitales. El sistema motriz, el sistema de organización y de elaboración sensorial dependen de la adaptación al ambiente. El sistema autónomo es el punto focal con vistas a la supervivencia. El niño de baja o muy baja edad gestacional se presenta en un estado de inestabilidad virtual, por lo que cada estímulo del ambiente podría implicar un desequilibrio total del sistema.

El subsistema autónomo es el núcleo sobre el que se funda cualquier posterior desarrollo de los subsistemas del niño. Este subsistema es de por sí escasamente estable en el prematuro y en consecuencia las estimulaciones ambientales tienden a influir mucho más en este subsistema, ya sea directa como indirectamente. El funcionamiento bien logrado en el subsistema autónomo forma una base sobre la cual pueden desarrollarse bien los otros subsistemas a fin de garantizar un adecuado desarrollo.

Cuando hay excesivas discrepancias entre las posibilidades del organismo y los pedidos del ambiente, se crean y se refuerzan comportamientos de perturbación o de defensa que pueden conducir a una desorganización del desarrollo posterior.

En la observación del neonato pretérmino se evidencian signos de estrés o de estabilidad que permiten establecer la cantidad de estímulos compatibles y las entidades y el tipo de sostén necesario. Si la estimulación es adecuada el niño logra mantenerse en un buen nivel de homeostasis y demuestra una búsqueda activa del estímulo mismo.



Pirâmide de los Subsistemas de Als

B) BAJO PESO AL NACER

Son aquellos bebés menores de 2500 g. al nacer que pueden o no ser prematuros. Es decir que hay prematuros que pueden pesar más de 2500 gramos y recién nacidos con menos de 2500 gramos que son de término.

Los recién nacidos con peso al nacer menor a 1500 gramos, se los define como de “muy bajo peso” y a los de menos de 1000 gramos, como “extremadamente pequeños” o “prematuros extremos” si la edad gestacional es menor a 28 semanas. (Rodríguez, 2007, p.2)

C) DEPRESIÓN GRAVE AL NACER

Los acontecimientos anteparto e intraparto determinan la condición del feto y el estado del recién nacido en el parto. Si durante el trabajo de parto y el proceso del nacimiento se produce una supresión de la oferta de oxígeno al feto, se desarrolla una asfixia perinatal. Específicamente, si el feto o el recién nacido son privados de oxígeno, el corazón cesa de perfundir los órganos principales en forma efectiva. La asfixia perinatal se define como una disminución de la frecuencia cardíaca del feto o del recién nacido directamente relacionada con la falta de oxígeno. (Cunningham, 1999, p. 344)

D) SEPSIS

Cunningham (1999) señala que la sepsis neonatal es un síndrome clínico de enfermedad sistémica acompañada por bacteriemia que aparece en el primer mes de vida. La incidencia de la sepsis primaria es de 1-8 por 1000 nacidos vivos. La tasa de

mortalidad es alta (13/50 %), las tasas más altas se observan en los recién nacidos prematuros.

E) MENINGITIS

La meningitis neonatal es la infección de las meninges y el sistema nervioso central en el primer mes de vida. Ésta es la etapa de la vida en que más comúnmente ocurre la meningitis. La incidencia es cercana a 1 cada 2500 nacidos vivos.

Según Cunningham (1999), en la mayoría de los casos, la infección ocurre por sembrado hematógeno de gérmenes en las meninges y el sistema nervioso central.

F) INCOMPATIBILIDAD SANGUÍNEA

Rh: cuando se desarrolla una incompatibilidad Rh entre una madre Rh negativa previamente sensibilizada a un antígeno Rh y su feto Rh positivo, puede producirse una anemia hemolítica isoimmune de severidad variable. El comienzo de la enfermedad clínica se produce en el útero como resultado de la transferencia placentaria activa de anticuerpos IgG-Rh. Al nacimiento se manifiesta como una anemia hemolítica moderada a severa, parcialmente compensada, con una hiperbilirrubinemia no conjugada que se desarrolla en el período neonatal temprano.

INCOMPATIBILIDAD ABO: cuando existe una incompatibilidad entre la madre y el recién nacido puede aparecer una anemia hemolítica inisoimmune. Esta enfermedad es más común en los lactantes con sangre del grupo A o B nacidos de madres tipo O. El proceso hemolítico comienza en el útero y es el resultado de un transporte placentario activo de isoanticuerpos maternos.

G) PATOLOGÍAS NEUROLÓGICAS

HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR (HIV): es una enfermedad predominante en los recién nacidos prematuros. Ocurre en el 45% de los niños que pesan menos de 1500 grs. al nacer y en el 80% de los que pesan menos de 1000 grs. al nacer. Aunque se han informado casos de HIV prenatal, la hemorragia ocurre por lo general inmediatamente después del parto: el 60 % en las primeras 24 horas, el 85% en las primeras 72 horas y 95% en la primera semana.

Clasificación

- A. Grado I: hemorragia de la matriz germinal subependimaria.
- B. Grado II: extensión intraventricular sin dilatación de los ventrículos.
- C. Grado III: extensión intraventricular con dilatación de los ventrículos.
- D. Grado IV: hemorragia intraventricular e intraparenquimatosa.

CONVULSIONES: las convulsiones en los recién nacidos son emergencias que requieren un tratamiento rápido y apropiado. Pueden ser una manifestación de una enfermedad grave tal como la meningitis, para la cual se necesita un tratamiento específico. Las que son continuas interfieren con la respiración y la alimentación. Las convulsiones pueden causar injuria cerebral.

Fisiopatología: las neuronas dentro del sistema nervioso central se despolarizan como resultado de la migración del sodio hacia adentro. La re polarización ocurre por

eliminación de potasio. Aparece una convulsión cuando hay una despolarización excesiva, lo que produce una descarga eléctrica excesivamente sincrónica.

H) INFECCIONES INTRAUTERINAS

Las principales enfermedades infecciosas que pueden afectar al feto son:

CITOMEGALOVIRUS (CMV): hasta el 10 % de los bebés con CMV presentan síntomas sistémicos y neurológicos al nacer. Los más comunes son Petequias, hepatoesplenomegalia, ictericia, microcefalia, prematuridad, coriorretinitis. Las secuelas tardías de estos niños son: retraso psicomotor, sordera neurosensorial, microcefalia, defectos dentales, coriorretinitis o atrofia óptica.

RUBEOLA: la infección fetal en el primer trimestre provoca daño fetal en el 85% de los casos, disminuye al 35% desde la semana 13 a la 16, y es rara después del 4to mes de gestación. El 60% de los recién nacidos presentan una infección subclínica en el período neonatal. Los signos son: malformaciones congénitas cardíacas y oculares, pérdida auditiva, retraso psicomotor y microcefalia. Los niños con rubeola congénita tienen un alto riesgo de presentar muchos tipos de trastornos del desarrollo, como parálisis cerebral, retardo mental y signos de autismo. Así como trastornos del aprendizaje y del comportamiento, debilidad muscular y pérdida auditiva.

TOXOPLASMOSIS: los niños afectados pueden presentar hidrocefalia, microcefalia, microftalmia, lesiones retinianas, calcificaciones intracraneanas y síntomas sistémicos.

HIV: la mayoría de los niños afectados presentan un desarrollo lento pero dentro de lo normal dentro de los 2 años de edad cronológica y también que muchos niños infectados muestran severas anormalidades en el neurodesarrollo, comenzando entre el 1er y 6to mes de edad cronológica.

CHAGAS: Chagas congénito es una enfermedad causada por la transmisión del *Trypanosomacruzi* de la madre infectada a su hijo durante el embarazo. Esta infección puede o no cursar con sintomatología, lo cual quiere decir que a veces su desarrollo no presenta signos externos.

LÚES O SÍFILIS: la sífilis es una enfermedad de transmisión sexual causada por el *Treponema pallidum*.

La infección en el recién nacido puede ocurrir por transmisión transplacentaria o por contacto con una lesión infecciosa durante el pasaje por el canal de parto. El riesgo de infección a partir de la madre es del 70-100% en la sífilis primaria y de aproximadamente un 30% en la enfermedad latente.

Si la sífilis materna primaria o secundaria no es tratada durante el embarazo, el 50% de los lactantes serán mortinatos o prematuros o fallecerán en el período neonatal. El otro 50% desarrollará sífilis congénita, con los siguientes signos y síntomas: secreciones nasales, rinitis hemorrágica, fisuras labiales, lesiones cutáneas, parches mucosos, hepatoesplenomegalia, linfadenopatías generalizadas, anemia hemolítica, periostitis, osteocondrosis y signos del sistema nervioso central.

I) PATOLOGÍAS QUIRÚRGICAS COMPLEJAS

ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE (ECN): es la indicación quirúrgica más común en los neonatos. El procedimiento está usualmente reservado a los recién nacidos con necrosis de todo el espesor del intestino, manifestada por neumoperitoneo (se identifica con radiografía seriada en decúbito lateral izquierdo). Otras indicaciones menos habituales incluyen celulitis de la pared abdominal e induración, y una masa abdominal que no cambia.

HIPOSPADIAS: es una anomalía del desarrollo en la cual la abertura externa de la uretra se ubica en la cara inferior del pene o en el peritoneo.

Hay diferentes clasificaciones anatómicas, dependiendo de la localización de la abertura del meato y del grado de curvatura del pene.

HIDROCELE: son causados por un cierre incompleto del proceso vaginal con comunicación del líquido peritoneal hacia el escroto. A menudo están asociados con hernias inguinales. El hidrocele es un hallazgo frecuente en los neonatos y por lo común se resuelve alrededor del año de edad.

J) TRASTORNOS METABÓLICOS GRAVES

Los síntomas de las enfermedades metabólicas resultan en la mayoría de los casos de la acumulación de uno o más metabolitos tóxicos. Con menor frecuencia los síntomas son secundarios a la subproducción o déficit de un metabolito esencial.

K) MALFORMACIONES O SÍNDROMES GENÉTICOS SEVEROS:

Existen signos y síntomas que permiten alertar al médico la presencia de un síndrome críptico de anomalías congénitas múltiples:

- ✓ Prenatal: oligohidramnios, poli hidramnios, actividad fetal disminuida o inusual, problemas fetales anormales.

- ✓ Posnatales: anomalías en el tamaño, anomalías en el tono, anomalías en la posición, aberraciones en la línea media, problemas de secreción, excreción o edema, alteraciones metabólicas, síntomas como convulsiones inexplicables, dificultad respiratoria resistente o inexplicable.

Las alteraciones cromosómicas más comunes diagnosticadas en el período neonatal son: trisomía 21 (síndrome de Down), trisomía 18 (síndrome de Edwards), trisomía 13 (síndrome de Patau), síndrome 45, X (Turner).

L) PROBLEMAS PSICOSOCIALES

Según el Ministerio de Salud de la Nación (2001) debe reconocerse que numerosos problemas de salud perinatal, entre ellos el bajo peso al nacer, están asociados fuertemente al nivel socioeconómico, existiendo numerosos indicadores útiles para una adecuada identificación de familias de alto riesgo.

Algunos de estos indicadores son: madre soltera, familia disgregada, desempleo del principal sostén del hogar, necesidades básicas insatisfechas, intervalo intergenésico muy breve, imposibilidad de cubrir las necesidades extraordinarias del niño

(equipamiento, tratamiento de rehabilitación, educación especializada), sospecha o evidencia de maltrato infantil, vivienda en zonas aisladas o alejada de los servicios de salud, enfermedad grave o fallecimiento de un miembro cercano a la familia, situaciones de crisis severas (pérdida de la vivienda, del trabajo), madre ausente sin adecuado sustituto, aparición o agravamiento de problemas de pareja (luego del nacimiento del niño), alteraciones de la dinámica familiar a raíz de los problemas del niño.

Referencias Bibliográficas

- ✓ Bayona Prieto J., Bayona E. A., León Sarmiento F.E. (2011). Neuroplasticidad, Neuromodulación y Neurorehabilitación: tres conceptos distintos y un solo fin verdadero. *Revista Salud Uninorte*, vol. 27, N°1.
- ✓ Fava Vizzielo, G., Zorzi, C., y Bottos, M (1993). *Los Hijos de las Máquinas. La vida de los niños internados en terapias intensivas neonatales*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.
- ✓ Gomella Cunningham (1999). *Neonatología*. Ed. Panamericana.
- ✓ Ministerio de Salud de la Nación (2001). *Guía de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo*. Buenos Aires.
- ✓ Nikodem M. R. (2009). *Niños de Alto Riesgo. Intervenciones tempranas en el desarrollo y la salud infantil*. Buenos Aires: Ed. Paidós.

-
- ✓ Rodríguez D. (2007). *Programa Universitario: Impacto de la prematurez en el crecimiento y el desarrollo*. Curso Virtual Hospital Italiano. Buenos Aires.

IMPACTO DE LA UCIN EN EL NEONATO

En el mundo intrauterino, el niño se encuentra en un ambiente tibio, oscuro, acogedor, con estímulos sonoros no invasivos, sin efecto directo de la gravedad, promoviendo un patrón flexor y entregándole los estímulos vestibulares, propioceptivos y táctiles que permiten una adecuada maduración y organización del Sistema Nervioso Central (SNC). Este ambiente satisface sus necesidades básicas, favoreciendo el comienzo del aprendizaje sensoriomotor y asentando las bases del apego.

Los componentes del ambiente extrauterino de las Unidades de Neonatología son claramente diferentes a los que hay en útero. En este ambiente aparecen demandas como el respirar, regular la temperatura, moverse contra los efectos de la gravedad, ajustarse a la luz y a los sonidos, recibir procedimientos invasivos y dolorosos, permanecer en un ambiente con exceso de estímulos y con la frecuente interrupción del sueño por procedimientos médicos o de enfermería.

Una de las dificultades que presenta la UCIN de nuestro hospital es el espacio reducido, que interfiere tanto en la comodidad y privacidad de padres que están acompañando a sus hijos, como en el proceder médico y de enfermería. . Así mismo, nuestras intervenciones se realizan también en este lugar físico, apareciendo este como el único espacio posible de presenciar y realizar nuestras intervenciones en la diada madre-hijo, pero también siendo totalmente conscientes de que nuestra presencia es otra de las tantas interferencias en el ambiente.

Cabe destacar, que a pesar de esta dificultad física, igualmente tanto padres como médicos y enfermeros desempeñan sus funciones oportunamente, aunque

sería importante contar con un espacio más amplio que permita mayor comodidad de todos los sujetos intervinientes y reducción de ruidos ambientales.

En esta UCIN se utilizan cobertores de incubadora para disminuir la repercusión de las luces ambientales y así favorecer el sueño profundo. También se realiza una capacitación permanente destinada al personal de enfermería que ingresa, con la finalidad de concienciar acerca de la importancia de estos cuidados.

Con respecto al ambiente será fundamental incorporar en las Unidades de Neonatología los estándares internacionales de luminosidad y ruido. Utilizar luces cicladas y graduadas (10-600 lux), respetar ciclo día-noche utilizando cobertores, crear ambientes tranquilos en donde el ruido no exceda de un promedio de 45-65 decibeles, proteger al niño de olores irritantes y gustos desagradables (la medicación mezclada con la alimentación) y asegurar una adecuada mantención del ambiente térmico neutral.

Actualmente, se está reforzando en los ateneos de enfermería sobre la importancia de coordinar acciones tendientes a respetar los periodos de descanso del niño y así evitar los excesos de manipulaciones y otros estímulos que puedan ser estresantes; así como también asegurar en todo momento un adecuado posicionamiento, en donde el bebé de alto riesgo se mantenga alineado, contenido y favoreciendo la flexión, evaluando la necesidad de utilizar elementos como nidos, soportes o el envolver con una manta al niño para facilitar la acción. Dentro de los cuidados diarios del bebé, también el personal de enfermería se encuentra modificando la modalidad de intervención con respecto a la higiene del bebé. Anteriormente, el baño correspondía a la rutina diaria de cuidado de enfermería de los niños clínicamente estables con un peso mayor o igual a 1800 grs.; realizándose, incluso, en cada turno de enfermería.

Esta situación se ha revertido siendo de un baño diario o menos, en función del estado clínico de cada bebé en particular.

A partir de la posibilidad de ingreso irrestricto de los padres se ha comenzado a incorporar a los mismos al baño de su hijo, supervisados por el personal de enfermería.

ROL DE LOS PAPÁS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

La contención familiar del recién nacido forma parte de las necesidades vitales para una mejor y más rápida recuperación.

René Spitz (1945) demostró que la sobrevivencia de niños internados no es resultado único de la alimentación y cuidados técnicos apropiados, sino que se requiere además de la presencia de un “cuidador calificado” a quien ese sujeto en desarrollo le importe afectivamente. Esa función es la que cumplen los padres o familiares de todo recién nacido y, en el caso de los niños hospitalizados, no debería ser postergada o interferida.

Al garantizar que la familia esté todo el tiempo con su hijo/a durante el periodo de internación, está contribuyendo a habilitar funciones de la familia que son fuertemente protectoras para la calidad de vida de los niños y niñas y contribuyen a la humanización de los cuidados médicos.

De aquí la importancia del ingreso irrestricto de los padres a la UCIN durante el periodo de internación de sus hijos planteada en el modelo Maternidades Seguras y Centradas en la Familia.

El estado de vulnerabilidad en el que se encuentra el bebé en el momento de su nacimiento pone en evidencia la importancia de la presencia de una figura accesible y sensible que le brinde seguridad y protección, que surgirán en la proximidad con el otro materno o quien cumpla esa función. Es decir, que la proximidad y el contacto con su madre otorgarán al niño lo necesario para su supervivencia.

La relación que une al niño con su madre es una forma de comportamiento que ha sido descrita por J. Bowlby (1989) como apego: “la conducta de apego es cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo.

En la década del 70, Klaus y Kennell, pediatras norteamericanos, definieron el apego como: “una relación singular y específica entre dos personas que persisten en el curso del tiempo”. Los indicadores de esta relación serían las caricias, el arrullo, las miradas, o cualquiera de las formas de la conducta que permiten mantener el contacto y manifestar el afecto hacia alguien en particular.

Estos autores sostienen que este primer vínculo madre-hijo comienza antes del nacimiento, dado que la gestación tiene lugar en el cuerpo de la madre, y después de nacer el bebé depende por completo de ella para sobrevivir, lo que caracteriza a este vínculo como original y como el más sólido que le pueda suceder al ser humano.

Además, postulan una serie de sistemas que se dan en el proceso de interacción temprana entre la madre y el bebé. Estos son:

- ✓ El tacto: es fundamental que la madre tenga interés en tocar a su bebé, y es una de las conductas que surgen inmediatamente al estar en contacto con él.

- ✓ El contacto ocular: ofrece un estímulo muy valioso, la mirada presenta brillo, movimiento y se puede fijar en el espacio.
- ✓ La voz: los bebés se alertan ante la voz aguda, lo cual concuerda con su sensibilidad auditiva. Además de la atracción por el lenguaje, también les llama la atención los ademanes que complementan la comunicación.
- ✓ Sincronismo: está relacionado con la variable temporal: cuando el neonato está despierto, por ejemplo, está en condiciones de responder al ritmo de la madre y, viceversa, la madre se adapta activamente a las necesidades del bebé.
- ✓ El olor: el olor de la madre desempeña un papel fundamental en el apego. El bebé reconoce el olor de su madre entre varios.

El padre, cuando está presente durante el embarazo, ofrece sosiego a la madre, le muestra que no está sola, que comparten responsabilidades y que él es coautor de ese bebé; también afronta la tarea de separarla del bebé. Asimismo se ofrece como respaldo tanto en el proceso de embarazo como en el parto, y contribuye con su presencia al desarrollo de la actitud materna en el vínculo temprano.

Mientras la madre es la que proporciona la alimentación del niño, el padre puede ayudar en otras actividades de cuidados, como bañar y cambiar al bebé, ambas tan importantes como la alimentación y que se hacen que se involucre directamente en los procesos de crianza y socialización del niño.

Esto indica que madre y padre son figuras fundamentales en el desarrollo del bebé y que con ambos el niño pequeño puede desplegar conductas de apego; la diferencia radicaría entonces, en las circunstancias en que buscará a cada uno.

LAS PRIMERAS APROXIMACIONES DE LOS PAPÁS A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES (U.C.I.N.)

Un parto prematuro impacta en los papás de manera traumática, ya que se trata de una experiencia inesperada en la mayoría de los casos y para la cual no se encuentran preparados; esta situación despierta sentimientos sumamente intensos y requiere de un proceso de adaptación interna.

Cuando el nacimiento prematuro tiene lugar, el bebé se halla en la U.C.I.N. y los padres ingresan a un mundo hasta ahora muy ajeno a ellos. Equiparan internamente la idea de terapia intensiva a algo muy serio y grave.

Se produce entonces en el ingreso:

-Un shock frente al ámbito físico

-Un shock frente a los aparatos

-Un shock frente a la visualización del bebé (Pose, 2004, p. 45)

El ámbito de la U.C.I.N. es habitualmente extraño para los padres que lleva la significación de alto riesgo para la vida, lo que acarrea gran inquietud y temor. Este estado de shock puede ser vivido también como aturdimiento o confusión.

De a poco, el shock y la sensación de irrealidad que se genera frente a este suceso inesperado, van dando lugar a otros sentimientos, como tristeza y desilusión por la falta del bebé de gestación completa, la pérdida del parto que habían soñado tener. Aparece gran dolor por lo que están viviendo y por el sufrimiento del bebé.

En esta situación de gran frustración, también aparece el enojo y la culpa.

Sobre este clima emocional se reciben las primeras informaciones médicas, de enfermería, Terapia Ocupacional y de otros profesionales, y resulta entonces muy factible que los padres no las entiendan o no registren su importancia; por lo tanto, el equipo de salud debe ser claro al brindar esta información y reiterarla en caso de ser necesario.

MATERNIDAD Y PATERNIDAD EN LA U.C.I.N.

A través de la presencia continua y estable en las UCIN como protagonistas activos en la recuperación de su hijo, los padres se aproximan y se adaptan al lugar y recuperan la confianza en su función, entendida como *sostén afectivo indelegable* que facilita la evolución progresiva de estos niños.

El sostén afectivo resulta el medio más directo y eficaz en la comunicación y en el desarrollo del vínculo padres-hijo a pesar de las inevitables interferencias.

Es muy importante que los padres se reconozcan como activos cuidadores de su bebé; colaborando en la alimentación por sonda naso u orogástrica, el control de la temperatura y la higiene de sus hijos. De esta forma, y gracias al ingreso irrestricto en la UCIN, los padres se convierten en un equipo de control del estado de salud de sus hijos; ya que su permanencia continua les permite detectar sin errores los más mínimos cambios en el bebé.

Cabe destacar que las internaciones prolongadas promueven la relación con otras familias que atraviesan situaciones similares. Este encuentro promueve el intercambio de experiencias pero, por sobre todo, genera alivio en la medida en que cada uno puede sentir que no es el único que atraviesa esta situación y esto amortigua el

sentimiento de culpabilidad por lo que ocurre y se sienten más acompañados, enriqueciéndose con las experiencias compartidas.

LOS PADRES DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL “ARGENTINA DIEGO”

El 50% de los padres que conforman nuestro universo de estudio, pertenecen a localidades aledañas. Nuestro hospital cuenta con un convenio con la parroquia de la ciudad, que ofrece albergue a las madres cuyos hijos deben permanecer internados. Esta situación no es óptima porque no permite el ingreso a los padres, quienes, por este motivo, así como también por razones laborales y/o el cuidado de otros hijos, deben permanecer en su ciudad de origen.

El 40% de las madres de nuestra población tienen otros hijos a su cargo, los que deben dejar al cuidado de familiares.

El 20% de estas madres son cabecera de hogar, y se encuentran desempleadas.

Las madres menores de 18 años, que integran el 20% de la población total del estudio, permanecen escolarizadas o son desertoras del nivel primario. Por otro lado, el 30% de nuestra población son mujeres mayores de edad con nivel educativo primario. El 50% restante posee nivel educativo secundario completo o incompleto.

El promedio de edad materna es de 24 años, y paterna de 26.

Teniendo en cuenta la diversidad de situaciones y contextos familiares descritos anteriormente, resulta muchas veces complejo para las familias acompañar a los bebés durante la internación. A pesar de esto cabe destacar que en la presente investigación no se detectaron ausencias maternas en la UCIN.

PREPARACION DE LOS PAPÁS PARA EL ALTA

Luego de un período variable de días, semanas y meses, el bebé y su familia dejarán la UCIN para comenzar una nueva etapa. El momento del alta adquiere una gran importancia emotiva para los padres, pudiendo aflorar angustias y ansiedades respecto del rol q recae sobre ellos: cuidar solos y en su casa a su hijo.

El equipo de salud programará con anticipación el alta del niño. Cuando detecte que ya estén dadas las condiciones clínicas y que la familia está preparada para recibirlo.

Desde el punto de vista orgánico está relacionada en primer lugar con las condiciones de salud y “autosuficiencia del neonato”.

Se da de alta a los niños:

- ✓ Que tienen por lo menos 2 kilos y que están en fase de crecimiento ponderal.
- ✓ Que están en condiciones de mantener una temperatura corporal normal en la cuna.
- ✓ Que pueden ser amamantados en el pecho o artificialmente cada tres/ cuatro horas.
- ✓ Que no presentan episodios de apneas luego de la suspensión de los fármacos
- ✓ Que presenten un hematocrito aceptable
- ✓ Que sean clínicamente estables. (Fava Vizziello, 1993, p.147)

En la práctica, además de evaluar las capacidades de autorregulación del niño, se evalúa la reactividad y la estabilidad de sus comportamientos, incluso para tratar de ayudar a los padres, por cuanto los niños hipersensibles o con escasa autorregulación reclaman atenciones diversas respecto de las que requieren los niños bien regulados y con adecuada capacidad de succión. Se trata además de evaluar cuál es el momento más adecuado para el regreso a la casa sobre la base de las condiciones familiares.

Uno de los objetivos desde Terapia Ocupacional, como parte del equipo de salud interviniente en la UCIN, es apoyar, empoderar y optimizar el rol de los padres como cuidadores, promoviendo su participación activa; sustentado en la modalidad de trabajo del hospital basada en los principios de Maternidad Segura y Centrada en la Familia.

Se aborda al niño y también a los padres, acompañándolos en el proceso de aprendizaje de habilidades específicas requeridas para facilitar la transición de la UCIN a la casa. A medida que los padres responden a las señales de su hijo, comienzan su propio patrón de interacción, haciendo más placentero el cuidado para ambos.

Referencias Bibliográficas

- ✓ Fava Vizzielo, G., Zorzi, C., y Bottos, M (1993). *Los Hijos de las Máquinas. La vida de los niños internados en terapias intensivas neonatales*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.

- ✓ Nikodem, María Raquel (2009). *Niños de Alto Riesgo. Intervenciones tempranas en el desarrollo y la salud infantil*. Buenos Aires. Ed. Paidós.
- ✓ Pose, Gabriela (2004). *Ser padres prematuros: sobre el parto prematuro, el nacimiento y la relación con el bebé*. Buenos Aires: Ed. Del Candil.
- ✓ Rodríguez D., Ceriani Cernadas J. M. (2006). *Bebés Prematuros: sus días en Neonatología, la llegada a casa, el seguimiento*. Buenos Aires: Ed. Del hospital.

**INTERVENCIONES DE TERAPIA OCUPACIONAL CON PADRES DE NIÑOS
INTERNADOS EN LA UCIN DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL “ARGENTINA
DIEGO” DE LA CIUDAD DE AZUL**

En los encuentros diarios de Terapia Ocupacional con los padres de los recién nacidos internados en la UCIN, se abordan temáticas específicas sobre desarrollo y cuidados en el hogar. Estos contenidos se brindan en las intervenciones desde terapia ocupacional, tanto grupales de intercambios mutuos o individuales, de acuerdo a la situación particular de cada familia.

A continuación se describen los contenidos a desarrollar en los diferentes encuentros.

CONCEPTOS BÁSICOS QUE SE TRANSMITEN A LOS PADRES

✓ **PREMATUREZ**

Es el nacimiento antes de tiempo, antes de las 37 semanas de gestación. El bebé nace con sus sistemas todavía en formación y no está preparado para enfrentar las exigencias del medio.

Por esta inmadurez el bebé requiere de un cuidado especial, que demanda un control estricto de sus funciones vitales (la respiración, la frecuencia cardíaca, etc.) y por ello el bebé necesita estar en un lugar también especial, la UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales). Aunque no todos los bebés necesitan de una “atención intensiva”; algunos solo requieren controles y cuidados básicos, mientras que otros tal vez necesiten tratamientos más complejos de acuerdo con su situación clínica.

✓ EDAD GESTACIONAL

Es importante determinar la edad gestacional para interpretar el comportamiento neurológico en el período neonatal y en evaluar sus avances en el desarrollo subsecuente.

Existen características anatómicas externas y signos neuromusculares del recién nacido que tienen estrecha relación con el grado de madurez y guardan aspectos fundamentales que no son distorsionados por las fallas del crecimiento intrauterino, de manera que pueden ayudar a determinar la edad gestacional con un mínimo de error. (Chavez Torres, R., 2003, P.205)

En la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Materno Infantil “Argentina Diego” de la ciudad de Azul se utiliza el *test de Ballard* para determinar la edad gestacional del recién nacido. Esta evaluación es una simplificación del test de Dubowitz y posee criterios tanto físicos como neurológicos cuya suma permite estimar edades entre 26 y 44 semanas.

La correcta valoración de la edad gestacional del recién nacido incide directamente en la determinación de la edad gestacional corregida del mismo.

✓ EDAD CORREGIDA

El cálculo de la edad corregida es un criterio muy importante, tanto para valorar el crecimiento como el desarrollo del niño nacido prematuramente.

Es el número de semanas de gestación al nacer sumadas al número de días de vida posnatal. Esto es considerado hasta los dos años de edad del pequeño, en que al examinarlo de manera subsecuente y periódica, habrá que correlacionar su edad corregida (y no su edad cronológica) con su desarrollo.

DESARROLLO DE LOS SISTEMAS SENSORIALES

La relación más importante que establecen los bebés es con sus padres, y está influida por su habilidad para procesar y responder a la información sensorial, la cual debe ser placentera, regulada en intensidad, para contrarrestar el displacer propio de la situación de internación.

Todo estímulo, incluido la interacción con el bebé, es excelente en la medida en que sea adecuado para él según sus propias posibilidades. El bebé presenta dificultades en procesar los estímulos. No es a mamá o a papá a quienes no recibe, sino a un estímulo que en determinado momento puede significar una nueva situación de estrés.

Lo adecuado es brindar una forma de estimulación por vez, es decir, *estímulos unimodales*, por ejemplo, sostener al bebé en brazos sin mirarle a la cara ni hablarle y esperar a que se relaje; luego si hablarle y gradualmente introducir una tercera modalidad, como el contacto visual.

✓ TACTO

El sentido del tacto se desarrolla muy tempranamente en el útero materno, rodeado de líquido, que es una fuente de impulsos cutáneos a toda la superficie de su cuerpo.

Después de un nacimiento prematuro las relaciones táctiles sufren radicales alteraciones.

El bebé es colocado en la incubadora y es expuesto a nuevas experiencias: instrumentos, electrodos, telas adhesivas, manipuleo de los médicos y enfermeras, procedimientos dolorosos en general; todos estos estímulos constituyen un tacto negativo para el bebé.

Para contrarrestar estas experiencias negativas, siempre que sea clínicamente posible, es importante brindarle a su hijo estímulos táctiles placenteros.

La piel de los bebés nacidos prematuros es muy frágil y hay que tocarla con gran delicadeza, ejerciendo una presión suave pero firme.

✓ SISTEMA VESTIBULAR

Este sistema está estructuralmente completo pero su funcionamiento aún es inmaduro; por esta razón, los cambios de posición y el movimiento pueden ser estresantes.

Los cambios de postura no deben ser bruscos, sino que deben realizarse gradualmente con un sostén firme, llevando las extremidades del bebé en flexión y línea media.

Los movimientos deben ser lentos.

✓ SISTEMA VISUAL

Los ojos comienzan a desarrollarse muy tempranamente durante la gestación y están en constante crecimiento y maduración que incluso continúa después del nacimiento.

La inmadurez de la visión de los bebés prematuros requiere de un extremo cuidado, sus párpados, muy delgados aun no son capaces de filtrar toda la luz ambiental. Por esta razón las incubadoras en la UCIN se encuentran cubiertas.

La mirada del prematuro a sus padres y de sus padres a él configura un entrelazamiento de sueños y deseos. Es la mirada del bebé la que los hace sentirse padres y es la mirada de los padres la que le hace sentirse vivo y especial al bebé.

✓ SISTEMA AUDITIVO

Las respuestas a estímulos auditivos se organizan progresivamente desde la semana 28 con respuestas más constantes entre las semanas 32-34.

El prematuro recibe una inundación sonora (motores, respiradores, alarmas, etc.) que pueden enmascarar estímulos sociales relevantes como la voz humana.

No obstante la inundación sonora a la que es expuesto el bebé prematuro responde claramente y en especial a la voz de sus padres. Estos son los sonidos que lo convocan y constituyen como persona.

✓ SISTEMA OLFATIVO Y GUSTATIVO

Los bebés recién nacidos son capaces de reconocer el olor de su madre.

Con respecto al gusto, los bebés recién nacidos prematuros muestran preferencias ante los sabores dulces, y la leche materna, al contener lactosa, es de sabor dulce.

Estos sistemas continúan desarrollándose en la vida postnatal, en relación con las experiencias del bebé.

SIGNOS DEL BEBÉ

✓ SIGNOS DE ESTRÉS

* Subsistema Fisiológico

- Temblor
- Bostezo
- Hipo
- Regurgitación
- Tos
- Estornudo
- Convulsiones
- Pausas respiratorias
- Cambios de coloración
- Estremecimientos
- Retorcimientos
- Suspiros

* Subsistema Neuromotor

-Flaccidez

del tronco

de las extremidades

-Hipertonía

Hiperextensión:

de miembros superiores: en aeroplano

de miembros inferiores: sentado en el aire

del tronco: opistótonos

Muecas faciales:

Extensión de lengua

Maniobra de protección: "Guardia de boxeador"

Hiperflexión:

del tronco

de extremidades

-Actividad difusa

* Subsistema de estados de conciencia

-Estados difusos de sueño y despertar

-Emisión de sonidos

-Muecas, molesto, lloroso

-Mirada fija o perdida

-Ojos vidriosos

-Alerta en pánico (cara de preocupación)

-Brusca oscilación del dormir al despertar y viceversa

-Irritabilidad

-Llanto

* Subsistema de interacción

-Imposibilidad de sostener la mirada

. Rostros familiares

. Objetos llamativos

✓ SIGNOS DE AUTORREGULACIÓN

* Sonrisa

* Labios relajados

* Mímica

* Expresión facial relajada

* Movimientos suaves

* Postura flexora, en línea media

ESTADOS DE CONCIENCIA

La catalogación de los estados de conciencia está referida al nivel de accesibilidad del recién nacido. Estos estados oscilan entre los estados de sueño profundo y liviano, a un estado semiconsciente, luego a un estado de alerta muy accesible, al estado de inquietud, y por último al llanto incontrolable. El estado de conciencia no sólo determina la capacidad de absorber y utilizar información, sino que también afecta a la clase y al grado de respuesta que producirán.

Una de las primeras tareas de los padres es aprender a reconocer y predecir los estados de conciencia de su bebé con el fin de saber si estará o no accesible (para ser alimentado, para dormir y para interactuar).

Los seis estados son: sueño profundo, sueño activo, estado intermedio de somnolencia, estado de alerta despierto, estado de alerta inquieto y llanto.

Podemos describir el *sueño profundo* como un estado en el que el bebé está muy quieto; de vez en cuando hay un suspiro o un sobresalto. Hay uniformidad en la respiración. Se cree que este estado es el más descansado y es importante para el crecimiento. Los prematuros de bajo peso extremo tienen poco sueño profundo y es probable que haya más movimientos y la respiración sea menos uniforme. En el *sueño ligero*, puede que el bebé se mueva bastante y haga sonidos, la respiración no es uniforme y los párpados aletean mucho.

Los bebés prematuros de bajo peso pasan la mayor parte del tiempo en este estado de sueño ligero, si bien su actividad es menor que la de un prematuro mayor en este estado.

A los efectos de la interacción es importante también, reconocer cuando el bebé está despierto y alerta, es decir, cuando es el momento adecuado para la interacción. El

bebé no podrá establecer realmente comunicación social hasta no lograr verdaderos momentos de despierto y alerta.

El *estado de alerta* alude a las condiciones de receptividad en las que se encuentra el bebé: suele presentar su rostro y ojos con aspecto brillante, enfoca a la persona que se aproxime a su campo visual; el tono muscular da la impresión de seguro y su actividad motora es mínima ya que está atento a lo que ocurre.

En un *estado de hiperalerta*, el niño no puede modular sus respuestas, tiene los ojos bien abiertos pero se lo ve ansioso y asustado; su respiración comienza a ser irregular y el tono muscular puede estar disminuido o francamente hipertónico; el bebé parece estar muy captado por la situación, pero pronto pueden aparecer señales de agotamiento o de desorganización de los sistemas.

POSICIONAMIENTO EN EL NIDO

La salida del continente uterino en el que flotaba en el líquido amniótico y en el que no existía la gravedad parece generar sensaciones en el bebé que podemos definir en términos de “deshacerse o de caída”. Desde esta imagen, el contacto o interacción que genere sensaciones de continente, límite o sostén contribuirá a su bienestar físico y emocional y podrá albergar sensaciones de seguridad dentro de sí, en medio de la situación caótica que significa este crecimiento.

En las UCIN, es habitual que el bebé en la incubadora esté rodeado de lo que se llama nido, que está especialmente diseñado para ofrecer al bebé una experiencia de sostén. El nido rodea al bebé ofreciéndole un límite similar al útero durante la gestación. Ese límite contribuye a que el bebé permanezca más tranquilo y organizado en sus funciones físicas.

Las posturas y el manejo de las posiciones del bebé serán importantes para que se mantenga organizado, o sea, para que no haya repercusión autonómica de lo que siente.

Determinadas posturas favorecen el desarrollo neuromotor:

✓ *Decúbito prono (boca abajo):* es la postura organizadora por excelencia, en donde las extremidades se encuentran suavemente flexionadas con orientación en línea media. Cuando está despierto favorece el desarrollo de la musculatura, contribuyendo al control cefálico.

✓ *Decúbito supino (boca arriba):* esta postura favorece la interacción social de los bebés con sus padres, favoreciendo el contacto a través de la mirada.

✓ *Decúbito lateral (de costado):* provee organización motora ya que permite que las manos se acerquen entre sí, y a la cara, propiciando la coordinación mano-boca.

SOSTÉN DEL BEBÉ

✓ CONTACTO PIEL A PIEL/ HOLDING

El contacto piel a piel es sumamente importante en la constitución de la persona. Permite al bebé establecer los límites de su cuerpo y de sí mismo.

El contacto piel a piel consiste en poner al bebé sobre el pecho descubierto de su mamá y/o de su papá. Se trata de una técnica que promueve el contacto directo, piel a piel, entre los niños prematuros o de alto riesgo y sus padres. La intervención puede realizarse diariamente o varias veces al día, si la mamá o el papá lo desean.

Es una práctica segura, simple, sin efectos adversos que brinda beneficios a los padres, al recién nacido y a la atención en general.

Está comprobado que estabiliza la temperatura de los bebés (la temperatura corporal de la madre/padre asciende según la necesidad del bebé al igual que la incubadora), les ayuda al crecimiento y desarrollo, reduce el tiempo de hospitalización y favorece el vínculo madre/padre-hijo.

✓ POSTURA Y CONFORT PARA AMAMANTAR

Es importante que la mamá se sienta cómoda con la espalda, antebrazos y pies apoyados en actitud relajada. En caso de que el niño sea demasiado pequeño puede utilizarse una almohada para acomodarlo a la altura del pecho. Se debe procurar que el bebé se sienta contenido y que localice fácilmente el rostro materno.

SUEÑO SEGURO

✓ POSICIÓN PARA DORMIR

Los niños deben ser acostados solos en su cuna exclusivamente boca arriba. Durante la internación, las enfermeras colocan a los bebés gran parte del tiempo boca abajo para dormir, pero están controlados por saturómetros y son supervisados continuamente por ellas, Pero una vez que el bebé está en su casa, la posición correcta para dormir es boca arriba. La posición de costado no es segura y está desaconsejada actualmente.

✓ CONDICIONES DE LA CUNA

Se debe utilizar una superficie firme para dormir. No debe acostarse al niño sobre superficies blandas como almohadas, acolchados o pieles de abrigo. La única superficie aconsejada para acostar al bebé es un colchón duro cubierto por una sábana.

En la cuna del niño no debe haber ropa de cama suelta ni objetos blandos (almohadas, frazadas, pieles de abrigo, juguetes).

✓ CONDICIONES DE LA ROPA DE CAMA

La sábana y manta deben colocarse a la altura del pecho del bebé, pasando por debajo de las axilas de modo que sus brazos queden libres (por fuera de la ropa de cama). La sábana debe ajustarse firmemente al colchón.

ALIMENTACIÓN

Para que se pueda llegar a la puesta en el pecho del bebé se necesita de tiempo para que maduren sus funciones; es decir, que se encuentre en buen estado de salud, que coordine y articule entre la succión y la deglución y que tenga una ganancia de peso que le permita afrontar el esfuerzo que para él significa la alimentación.

✓ SUCCIÓN

-Succión no nutritiva (uso del chupete, succión del pulgar o de la mano): es utilizada como una preparación para llegar a la alimentación nutritiva y como una actividad autotranquilizadora que reduce la tensión y favorece el aumento de peso, mejora la oxigenación y el estado de alerta.

-*Succión nutritiva (pecho/mamadera)*: implica alimentación y por ende ganancia de peso, aunque en los periodos de inicio de la alimentación nutritiva el gasto energético es grande y puede ocasionar descenso de peso, transitoriamente, hasta que el bebé se habitúe a la succión.

✓ LACTANCIA MATERNA

La leche de su madre es la alimentación ideal para el bebé, ya que contribuye a la maduración de su aparato digestivo, le aporta importantes cantidades de anticuerpos; a largo plazo mejora la agudeza visual, el funcionamiento cerebral y el desarrollo de la inteligencia.

La lactancia materna genera fuertes lazos de seguridad, afecto y comunicación entre la mamá y su hijo. Es muy importante que la mamá se cuide y que esté convencida de que su leche es buena e indispensable para la salud de su hijo.

✓ ALIMENTACIÓN POR SONDA

Cuando el bebé, por diversas causas (inmadurez en la succión-deglución, trastornos respiratorios, etc.), no está preparado para succionar por sus propios medios o cuando necesita suplementos, se lo alimenta con leche materna u otra, a través de una sonda nasogástrica u orogástrica; que es un tubo flexible que se introduce por la nariz o por la boca, respectivamente, y llega hasta el estómago. De esta forma, la leche y la medicación si la requiere, se dará fraccionada en varias tomas.

En nuestro hospital, se utiliza particularmente la sonda orogástrica, bajo el criterio de que el recién nacido es un respirador nasal obligado, y, al colocar la sonda orogástrica, no se disminuye el calibre de la vía aérea.

Es importante que los padres ofrezcan a su bebé en el momento de la alimentación por sonda, un encuentro con él, a través de una mano que sostiene, de una voz que habla, de un contacto piel a piel. El momento en que el bebé recibe la leche por sonda constituye también un momento de encuentro.

El momento de la alimentación puede ser bueno para registrar el placer e informarle al bebé de otros aspectos y cualidades de la realidad. Se trata de lograr que la llegada de la leche signifique también nutrición psíquica, humana, afectiva.

✓ ALIMENTACIÓN CON MAMADERA

En caso de que la alimentación por pecho no sea suficiente en cantidad para satisfacer las demandas del bebé, puede completarse la nutrición con mamadera. Este tipo de alimentación también debe propiciar un momento de encuentro de los padres con su bebé, ya que también es importante permitir que el papá u otras personas de confianza se ocupen de dársela. De este modo, la mamá igualmente puede concentrarse en la lactancia y en las sesiones de extracción de leche.

HIGIENE

✓ HIGIENE DEL BEBÉ

En la UCIN, existen diferentes modalidades de baño según la edad gestacional, el peso y las condiciones clínicas del bebé.

En recién nacidos menores de 32 semanas el baño se realiza dentro de la incubadora, para favorecer la estabilidad de la temperatura ambiental. Para el mismo, el personal de enfermería mojará en agua torundas de algodón o gasas suaves, limpiará al bebé por zonas y lo secará rápidamente.

A partir de las 32-34 semanas, o llegados a los 1800 grs., pueden comenzar a realizarse baños de inmersión, siempre que la situación clínica del bebé lo permita.

Es importante que antes del momento del alta, los padres tengan la oportunidad bañar al bebé supervisados por el personal de enfermería para asegurarse de hacerlo de forma adecuada y segura.

Una vez en casa, debe favorecerse el baño higiénico diario en la habitación más calurosa. Es conveniente bañarlo siempre en el mismo horario, antes de mamar, con movimientos suaves y con los elementos necesarios cerca. Para los primeros baños y hasta que tu bebé se adapte a esta nueva actividad, es recomendable envolverlo con una toalla chica, introducirlo de esta manera en el agua e ir retirándosela a medida que se van lavando las diferentes partes del cuerpo.

✓ ACONDICIONAMIENTO AMBIENTAL DEL HOGAR

- Mantener el ambiente calefaccionado, en lo posible con gas natural o estufas eléctricas.

- No fumar cerca del bebé ni en la casa. Los niños expuestos al humo tienen una mayor predisposición a desarrollar infecciones respiratorias u otros trastornos.

- Tratar de mantener la habitación libre de polvo. Siempre que sea posible, es bueno que el bebé pase a otro lugar de la casa calefaccionado, mientras ventilan el lugar donde pasa la mayor parte del día.

- Lavarse las manos con jabón común siempre que se va a tocar o alimentar al bebé. También se puede utilizar alcohol en gel.

- Esterilizar las mamaderas con agua hirviendo durante 15 minutos y guardarlas en la heladera.

- Restringir las visitas durante el primer periodo que en bebé está en el hogar.

Referencias bibliográficas:

✓ Avery Gordon B., Fletcher Mary A. (1999). *Neonatología: Fisiopatología y Manejo del Recién Nacido*. Filadelfia. Ed. Panamericana.

✓ Brazelton, B. T., Cramer B. G. (1993). *La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial*. Barcelona: Ed. Paidós.

✓ Chavez Torres, R. (2003). *Neurodesarrollo Neonatal e Infantil*. México: Ed. Panamericana.

- ✓ Fava Vizzielo, G., Zorzi, C., y Bottos, M (1993). *Los Hijos de las Máquinas. La vida de los niños internados en terapias intensivas neonatales*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.
- ✓ Larguía M., Schapira I., Aspnes N. (2008). *Padres de Prematuros*. Buenos Aires.
- ✓ Nikodem M. R. (2009). *Niños de Alto Riesgo. Intervenciones tempranas en el desarrollo y la salud infantil*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- ✓ Pose, Gabriela (2004). *Ser padres prematuros: sobre el parto prematuro, el nacimiento y la relación con el bebé*. Buenos Aires: Ed. Del Candil.
- ✓ Rodríguez D., Ceriani Cernadas J. M. (2006). *Bebés Prematuros: sus días en Neonatología, la llegada a casa, el seguimiento*. Buenos Aires: Ed. Delhospital.
- ✓ Rodríguez D. (2007). *Programa Universitario: Impacto de la prematurez en el crecimiento y el desarrollo*. Curso Virtual Hospital Italiano. Buenos Aires.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ Avery Gordon B., Fletcher Mary A. (1999). *Neonatología: Fisiopatología y Manejo del Recién Nacido*. Filadelfia. Ed. Panamericana.
- ✓ Bayona Prieto J., Bayona E. A., León Sarmiento F.E. (2011). Neuroplasticidad, Neuromodulación y Neurorehabilitación: tres conceptos distintos y un solo fin verdadero. *Revista Salud Uninorte*, vol. 27, N°1.
- ✓ Brazelton, B. T., Cramer B. G. (1993). *La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial*. Barcelona: Ed. Paidós.
- ✓ Chavez Torres, R. (2003). *Neurodesarrollo Neonatal e Infantil*. México: Ed. Panamericana.
- ✓ Fava Vizzielo, G., Zorzi, C., y Bottos, M (1993). *Los Hijos de las Máquinas. La vida de los niños internados en terapias intensivas neonatales*. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión.
- ✓ Gomella Cunningham (1999). *Neonatología*. Ed. Panamericana.
- ✓ Larguía M., Schapira I., Aspres N. (2008). *Padres de Prematuros*. Buenos Aires.
- ✓ Ministerio de Salud de la Nación (2001). *Guía de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo*. Buenos Aires.
- ✓ Nikodem M. R. (2009). *Niños de Alto Riesgo. Intervenciones tempranas en el desarrollo y la salud infantil*. Buenos Aires: Ed. Paidós.

- ✓ Pose, Gabriela (2004). *Ser padres prematuros: sobre el parto prematuro, el nacimiento y la relación con el bebé*. Buenos Aires: Ed. Del Candil.
- ✓ Rodríguez D., Ceriani Cernadas J. M. (2006). *Bebés Prematuros: sus días en Neonatología, la llegada a casa, el seguimiento*. Buenos Aires: Ed. Delhospital.
- ✓ Rodríguez D. (2007). *Programa Universitario: Impacto de la prematurez en el crecimiento y el desarrollo*. Curso Virtual Hospital Italiano. Buenos Aires.
- ✓ UNICEF (2011). *Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF): Conceptualización e implementación del modelo*. Buenos Aires.

Segunda Parte

ASPECTOS

METODOLÓGICOS

ASPECTOS METODOLÓGICOS

PROBLEMA

¿Qué nivel de información sobre desarrollo y cuidados en el hogar adquieren los padres de niños internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) que ingresarán a Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo, luego de las intervenciones desde Terapia Ocupacional; en el Hospital Zonal Especializado Materno Infantil “Argentina Diego” de la ciudad de Azul, durante el periodo julio-octubre de 2013?

OBJETIVO GENERAL

Explorar el nivel de información sobre desarrollo y cuidados en el hogar que adquieren los padres de niños internados en la UCIN, que ingresaran a Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo y a los espacios de Terapia Ocupacional del Hospital Zonal Especializado Materno Infantil “Argentina Diego” de la ciudad de Azul, en el periodo julio-octubre de 2013.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

✓ Explorar el nivel de información sobre desarrollo y cuidados en el hogar que poseen los padres de niños internados en la UCIN previamente a las intervenciones desde Terapia Ocupacional.

- ✓ Explorar el nivel de información sobre desarrollo y cuidados en el hogar que adquieren los padres de niños internados en la UCIN posteriormente a las intervenciones desde Terapia Ocupacional.

- ✓ Comparar el nivel de información sobre desarrollo y cuidados en el hogar que poseen los padres de niños internados en la UCIN previa y posteriormente a las intervenciones desde Terapia Ocupacional.

VARIABLE

Nivel de información sobre desarrollo y cuidados en el hogar que adquieren los padres de niños internados en la UCIN, que ingresaran a Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo, y a los espacios de Terapia Ocupacional.

DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LA VARIABLE

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Conjunto de conocimientos que adquieren los padres de los niños internados en la UCIN, sobre desarrollo y los cuidados en el hogar que deben recibir sus hijos.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

La suficiencia de información sobre desarrollo y prácticas específicas sobre cuidados en el hogar que adquieren los padres de niños internados en la U.C.I.N. se determinará

a partir de la evaluación de los conocimientos sobre: conceptos básicos, signos del bebé, estados de alerta, posicionamiento, sostén del bebé, alimentación, higiene.

✓ Conceptos básicos: concepto de prematurez, definido como el nacimiento antes de las 37 semanas de gestación, y concepto de edad corregida, es decir el número de semanas de gestación al nacer sumadas al número de días de vida posnatal, durante los primeros dos años de vida.

✓ Desarrollo de los sistemas sensoriales: vínculo entre padres y bebé a través de ellos. La relación más importante que establecen los bebés es con sus padres, y está influida por su habilidad para procesar y responder a la información sensorial, la cual debe ser placentera, regulada en intensidad, para contrarrestar el displacer propio de la situación de internación.

✓ Signos del bebé: signos de estrés del bebé y signos autorregulación. El comportamiento del niño es la fuente primaria para comunicar que sus niveles están en el umbral de estrés o una relativa estabilidad funcional. Cuando hay excesivas discrepancias entre las posibilidades del organismo y los pedidos del ambiente, se crean y se refuerzan comportamientos de perturbación o de defensa que pueden conducir a una desorganización del desarrollo posterior. Si la estimulación es adecuada el niño logra mantenerse en un buen nivel de homeostasis y demuestra una búsqueda activa del estímulo mismo.

✓ Estados de conciencia: estados del bebé a lo largo del día y la importancia de respetarlos. La catalogación de los estados de conciencia está referida al nivel de accesibilidad al recién nacido. El estado de conciencia no solo determina la

capacidad de los bebés de absorber y utilizar información, sino que también afecta a la clase y al grado de respuesta que producirán.

✓ Posicionamiento: beneficios para el neurodesarrollo de las diferentes posturas del bebé. Facilitando posturas en flexión, línea media y confort; regulación de la temperatura; contención y autorregulación. El nido está especialmente diseñado para ofrecer al bebé una experiencia de sostén, el mismo rodea al bebé ofreciéndole un límite similar al continente uterino durante la gestación. Este límite contribuye a que el bebé permanezca más tranquilo y organizado, facilitando la estabilidad fisiológica y el desarrollo neuromotor.

✓ Sostén del bebé y contacto piel a piel: contacto e interacción que genere la sensación de continente, límite y sostén. El contacto corporal permite el establecimiento de los límites de su cuerpo y de sí mismo. El sostén mantiene el funcionamiento del psiquismo de la misma manera en que mantiene el cuerpo del bebé en un estado de unidad y solidez.

✓ Sueño seguro: prevención de la muerte súbita infantil, entendida como la muerte inesperada de un niño menor de un año sin causa aparente. Antes del alta debe explicarse a los padres que todos los niños deben dormir solos y boca arriba, con las debidas indicaciones sobre las condiciones de la cuna y la ropa de cama.

✓ Alimentación: tipos de alimentación, succión nutritiva y no nutritiva, importancia y beneficios de la lactancia materna. La leche materna es fundamental para el desarrollo del bebé por poseer proteínas y anticuerpos que el bebé necesita para crecer. Además el momento de lactancia constituye un pilar fundamental para la conformación del vínculo entre madre e hijo.

La succión no nutritiva es una actividad auto-tranquilizadora que mejora el estado de control, reduce la tensión y favorece el aumento del peso del bebé, mejora la oxigenación y el estado de alerta

✓ Higiene: higiene del bebé, acondicionamiento ambiental del hogar. La higiene constituye una necesidad básica para el recién nacido en el hogar, que contribuye a prevenir infecciones y a mantener el bienestar y el confort.

NIVELES DE MEDICIÓN

✓ Suficiente información: los padres poseen la información necesaria sobre el área abordada. Responden a la pregunta correctamente.

✓ Sin información: los padres no poseen información sobre el área abordada.

PROTOCOLO DE CODIFICACIÓN DE LAS PREGUNTAS POLICOTÓMICAS DEL CUESTIONARIO PARA CONOCER EL NIVEL DE INFORMACIÓN ACERCA DE DESARROLLO Y CUIDADOS EN EL HOGAR QUE POSEEN LOS PADRES DE NIÑOS INTERNADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES DEL HOSPITAL ZONAL ESPECIALIZADO MATERNO INFANTIL “ARGENTINA DIEGO” DE LA CIUDAD DE AZUL

✓ Preg. N°3:

1 opción correcta o ninguna: Sin información

2 o más opciones correctas: Suficiente información

✓ Preg. N°4:

1 opción correcta o ninguna: Sin información

2 opciones correctas: Suficiente información

✓ Preg. N°5:

1 opción correcta o ninguna: Sin información

2 opciones correctas: Suficiente información

✓ Preg. N°12:

Menos de 3 opciones correctas: Sin información

3 o más opciones correctas: Suficiente información

- ✓ Preg. N°13:
 - 1 o más opciones correctas: Suficiente información

- ✓ Preg. N°15:
 - Menos de 3 opciones correctas: Sin información
 - 3 o más opciones correctas: Suficiente información

- ✓ Preg. N°17:
 - 1 o más opciones correctas: Suficiente información

- ✓ Preg. N°22:
 - 1 o más opciones correctas: Suficiente información

- ✓ Preg. N° 24:
 - 1 opción correcta o ninguna: Sin información
 - 2 o más opciones correctas: Suficiente información

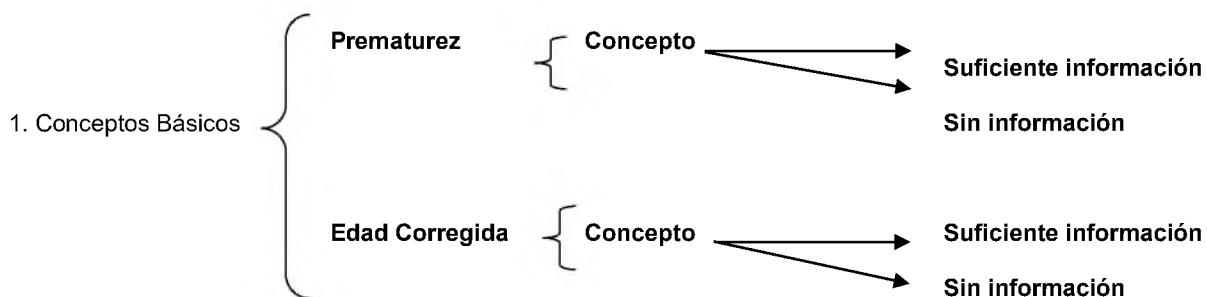
- ✓ Preg. N° 28:
 - 1 opción correcta o ninguna: Sin información
 - 2 opciones correctas: Suficiente información

PUNTAJE TOTAL DEL CUESTIONARIO

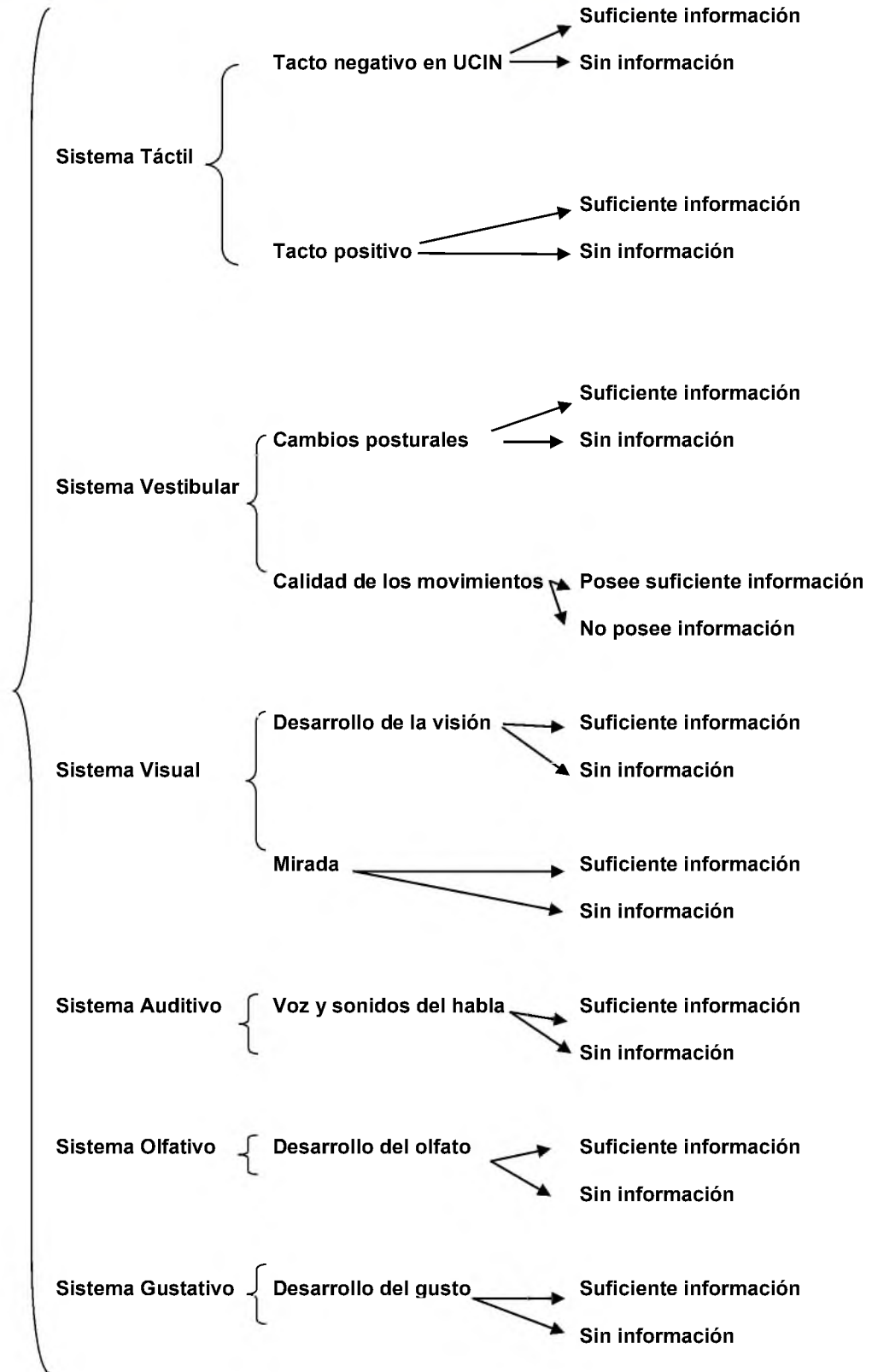
- ✓ **SUFICIENTE INFORMACIÓN:** 80-100% de respuestas correctas (entre 22 y 28 respuestas correctas)
- ✓ **MEDIANAMENTE SUFICIENTE INFORMACIÓN:** 50-79% de respuestas correctas (entre 14 y 21 respuestas correctas)
- ✓ **SIN INFORMACIÓN:** 0-49% de respuestas correctas (13 respuestas correctas o menos)

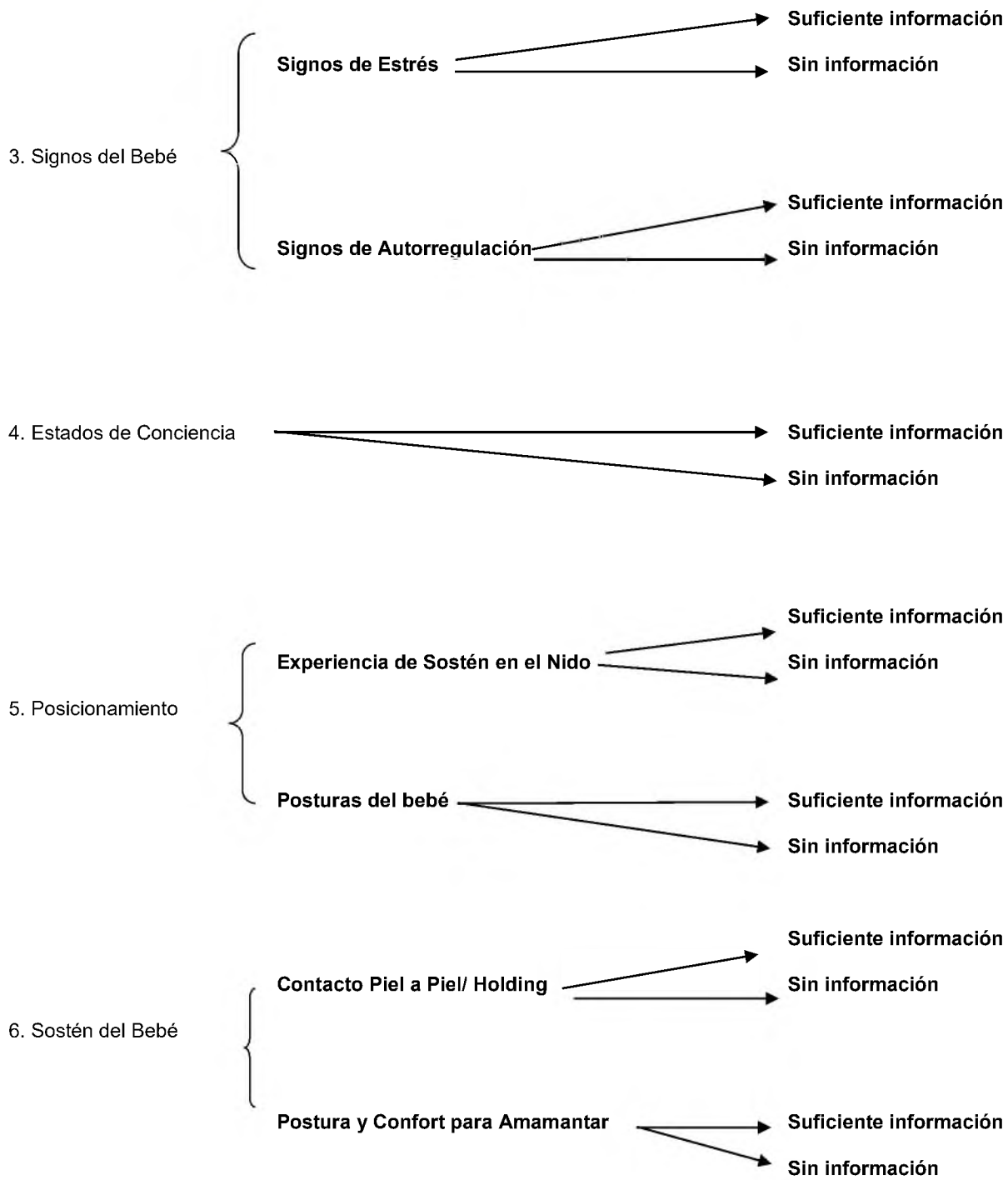
DIMENSIONAMIENTO DE LA VARIABLE DE ESTUDIO

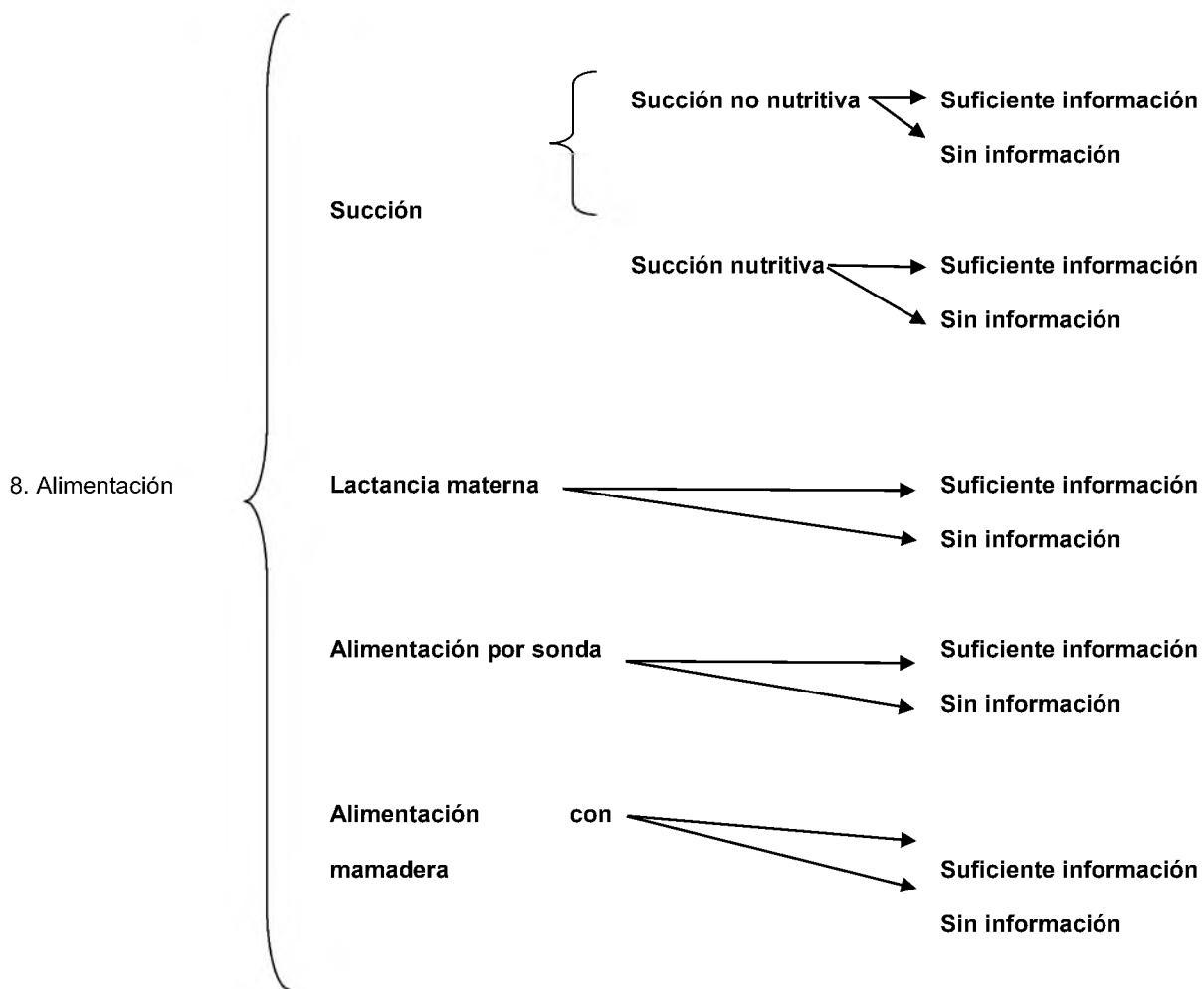
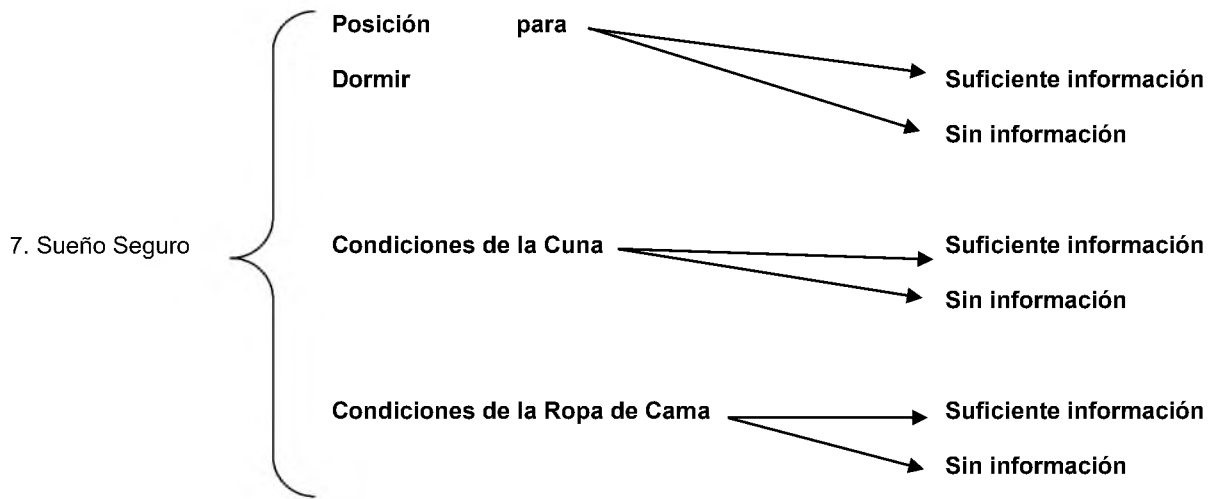
Nivel de información sobre desarrollo y cuidados en el hogar que adquieren los padres de niños internados en la UCIN, que ingresarán a Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo, y a los espacios de Terapia Ocupacional.



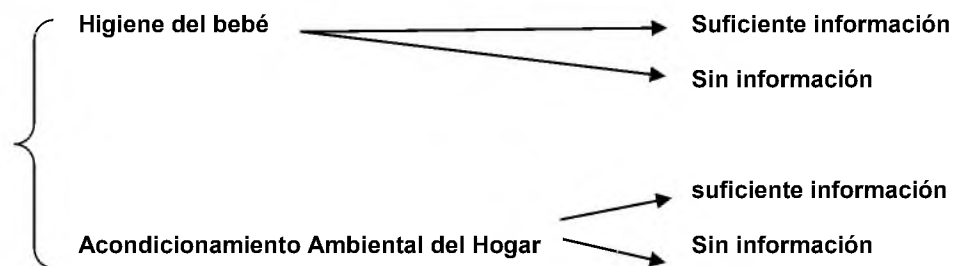
2. Desarrollo de los
Sistemas Sensoriales







9. Higiene



PUNTAJE TOTAL DEL CUESTIONARIO

- ✓ SUFICIENTE INFORMACIÓN: 80-100% de respuestas correctas (entre 22 y 28 respuestas correctas)
- ✓ MEDIANAMENTE SUFICIENTE INFORMACIÓN: 50-79% de respuestas correctas (entre 14 y 21 respuestas correctas)
- ✓ SIN INFORMACIÓN: 0-49% de respuestas correctas (13 respuestas correctas o menos)

ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN: Cuantitativa

El presente estudio pretende dar cuenta de la suficiencia de información que adquieren los padres de los niños internados en la UCIN, vista desde una perspectiva externa y objetiva.

Con esta finalidad, se llevarán a cabo evaluaciones para crear conocimientos sobre esta población en el Hospital Zonal Especializado Materno Infantil "Argentina Diego" de la ciudad de Azul.

TIPO DE ESTUDIO: *Exploratorio*

Este tipo de estudio servirá para familiarizarnos con fenómenos relativamente desconocidos y descubrir respuestas a determinados interrogantes a través de la aplicación de procedimientos científicos. En este caso, la presente investigación tiene por objeto esencial examinar la información acerca de los cuidados en el hogar que poseen los padres de niños internados en la UCIN, con el fin de captar una perspectiva capaz de aportar datos relevantes para dicho hospital, en especial para el rol de la terapia ocupacional en esta población de riesgo.

TIPO DE DISEÑO: *Pre-experimental*

Se seleccionará para esta investigación el *preexperimento*, más específicamente, el *diseño de preprueba-posprueba con un solo grupo*, en donde a un grupo (padres de bebés internados en la UCIN), se le aplicará una prueba (cuestionario sobre los cuidados en el hogar que deben propiciarle a sus hijos) previamente a la intervención de la terapeuta ocupacional, luego, se llevan a cabo las intervenciones de terapia ocupacional y finalmente se le volverá a aplicar la prueba posteriormente a los espacios de Terapia Ocupacional, para comparar los resultados .

En este diseño existe un punto de referencia inicial (cuestionario administrado a los padres en el ingreso a la UCIN y previamente a la intervención desde Terapia Ocupacional) para ver qué nivel tenía el grupo en la variable antes de los talleres coordinados desde terapia ocupacional.

METODO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

MUESTREO NO PROBABILISTICO CON DISEÑO DE MUESTRA INTENCIONAL: ya que aún no se conoce la probabilidad que tienen los elementos de la población para integrar la muestra, teniendo en cuenta que no podrá conocerse con antelación la cantidad de bebés que permanecerán en U.C.I.N. en un periodo determinado de tiempo (julio-octubre de 2013).

En este caso, los elementos son escogidos con base en criterios preestablecidos de selección de la muestra.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Padres de bebés internados en la U.C.I.N. en el periodo julio- octubre de 2013.
- Padres de pacientes que formaran parte del Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Padres que no concurren a la U.C.I.N.

POBLACIÓN

Padres de niños internados en la U.C.I.N. en el periodo julio-octubre de 2013 que ingresarán a Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo del Hospital Zonal Especializado Materno Infantil “Argentina Diego” de la ciudad de Azul.

MUESTRA

En este estudio la muestra coincide con la población. (Padres de niños internados en la U.C.I.N. en el periodo julio-octubre de 2013 que ingresarán a Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo del Hospital Zonal Especializado Materno Infantil “Argentina Diego” de la ciudad de Azul).

INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

- *Recopilación documental:* de historias clínicas, de los niños internados en la U.C.I.N. del Hospital Zonal Especializado Materno infantil “Argentina Diego” de la ciudad de Azul, en el período julio-octubre de 2013 para averiguación de antecedentes prenatales y posnatales de cada caso.
- *Cuestionario autoadministrado:* para determinar el nivel de información acerca de los cuidados en el hogar que poseen los padres de niños internados en la U.C.I.N., con preguntas cerradas dicotómicas y policotómicas, de manera que los resultados sean verificables. Este cuestionario se administrará previa y posteriormente a la intervención profesional con dicha población desde terapia ocupacional, para comparar los resultados obtenidos en ambas mediciones.

PRUEBA PILOTO

Para probar la reactividad de los encuestados y la adecuación del instrumentos a la información que se desea obtener (preguntas adecuadas, comprensibles, redacción clara y facilidad del llenado) se seleccionó un grupo de 7 padres de niños que en ese momento se encontraban internados y que hasta el momento no habían accedido a

nuestra intervención. A partir de esta prueba se realizaron modificaciones de un lenguaje técnico a uno más sencillo para una mejor comprensión por parte de los padres.

El tiempo de la toma del dato es de quince minutos aproximadamente.

ANALISIS DE LOS DATOS

Se analizara la suficiencia de información sobre desarrollo y cuidados en el hogar que adquieren los padres de los niños internados en la UCIN previa y posteriormente a las intervenciones desde Terapia Ocupacional, a través de un análisis estadístico de tipo descriptivo.

Referencias Bibliográficas

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P.; *Metodología de la Investigación*; Ed. McGraw Hill; 2da. Edición; México; 1998.

Tercera Parte

ANÁLISIS DE DATOS E
INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

ANÁLISIS DE LOS DATOS

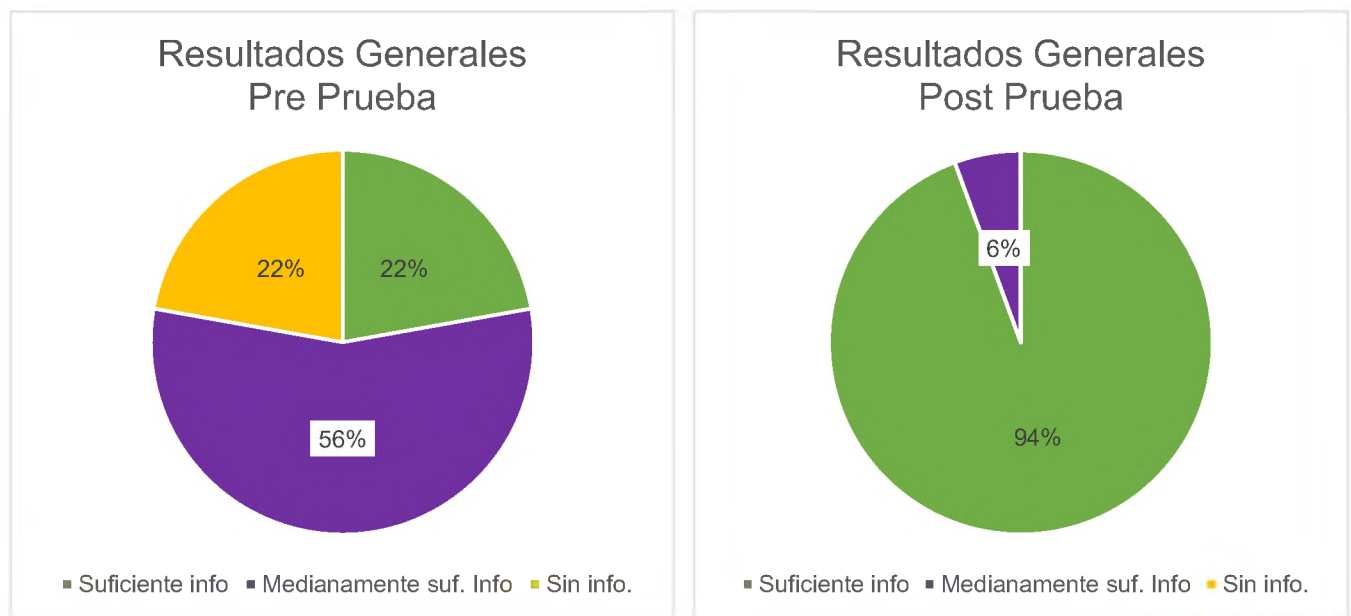
La muestra inicial estuvo comprendida por 19 padres de niños internados en la UCIN del Hospital Materno Infantil “Argentina Diego” de la ciudad de Azul, durante el periodo julio-octubre de 2013 y que formaron parte del Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido Riesgo; de los cuales 1 caso resultó perdido por tratarse de una madre extranjera (China), ya que si bien se le brindaron recursos para que adquiriera la información (material traducido), la misma no se negó a colaborar con la investigación.

Por lo mencionado anteriormente, lograron ser evaluados 18 padres, quienes conformaron el 100% de la muestra final total.

A continuación se desarrollarán tablas y gráficos que reflejan los resultados de nuestra investigación.

Los resultados generales del Cuestionario sobre Desarrollo y Cuidados en el Hogar que arroja la muestra de la presente investigación, en la pre prueba, son los siguientes: el 55% de los casos obtiene un nivel de Medianamente Suficiente Información, el 22% corresponde a la categoría Suficiente Información, siendo este último el mismo porcentaje para aquellos sin información.

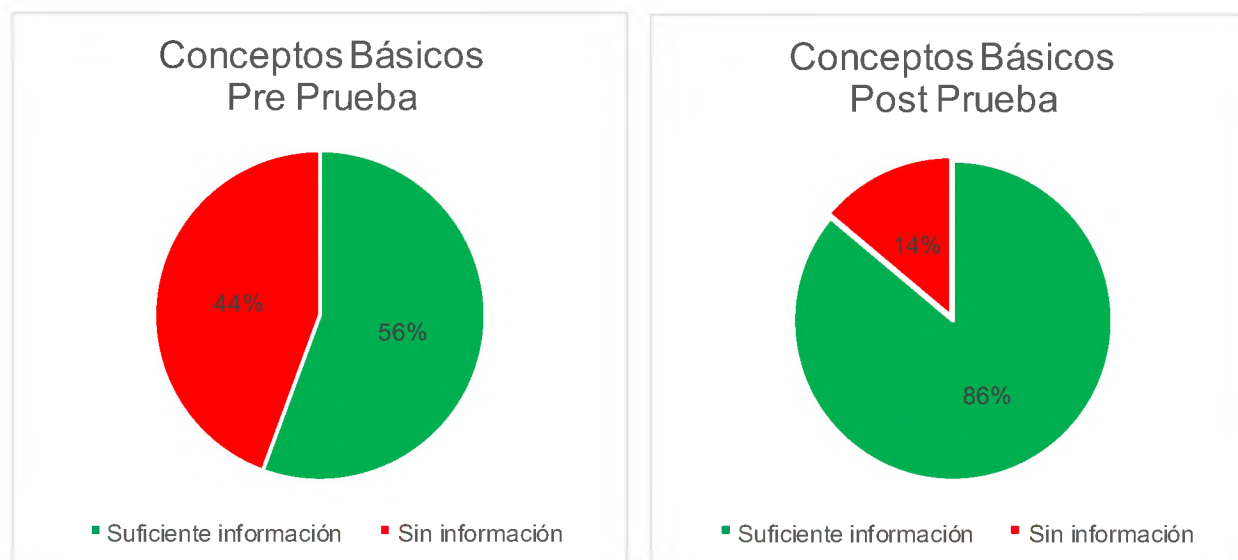
En la post prueba, el 94,4% del total de los casos corresponde a la categoría Suficiente Información mientras que el 5,6% se ubica en la categoría Medianamente Suficiente Información. Sin hallarse ningún caso en la categoría Sin Información.



Gráficos N°1 y N°2:

Resultados Generales del Cuestionario sobre Desarrollo y Cuidados en el Hogar administrado a padres de niños internados en UCIN del Hospital Materno Infantil "Argentina Diego" de la ciudad de Azul en el periodo julio- octubre que formaron parte del Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo; Pre y Post Prueba; Año 2013.

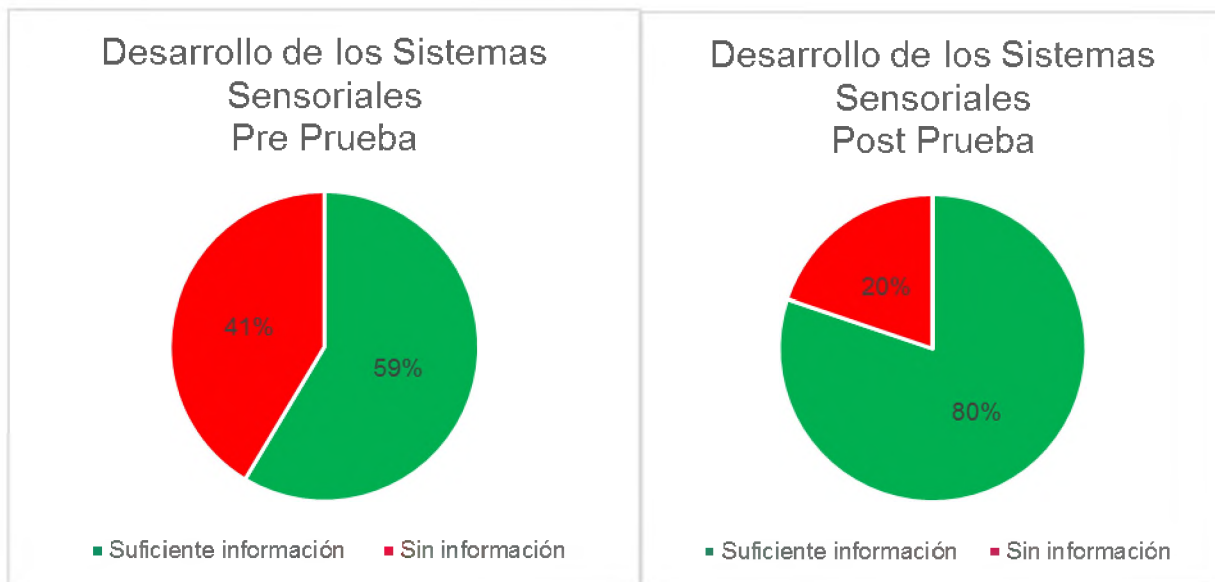
La categoría *conceptos básicos* que incluye los conceptos de prematurez y edad corregida arroja los siguientes resultados: en la pre-prueba el 55,6% de los casos posee suficiente información y el 44,4% no posee información. En la post-prueba de la misma categoría el 86,1% de los casos posee suficiente información y el 13,9% restante no posee información.



Gráficos N°3 y N°4:
Resultados de la categoría *Conceptos Básicos* del Cuestionario sobre Desarrollo y Cuidados en el Hogar administrado a padres de niños internados en UCIN del Hospital Materno Infantil "Argentina Diego" de la ciudad de Azul en el periodo julio- octubre que formaron parte del Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo; Pre y Post Prueba; Año 2013.

La categoría *Desarrollo de los Sistemas Sensoriales*, que incluye conocimientos acerca del sistema táctil (tacto negativo en la UCIN y tacto positivo), sistema vestibular (cambios posturales y calidad de los movimientos), sistema visual

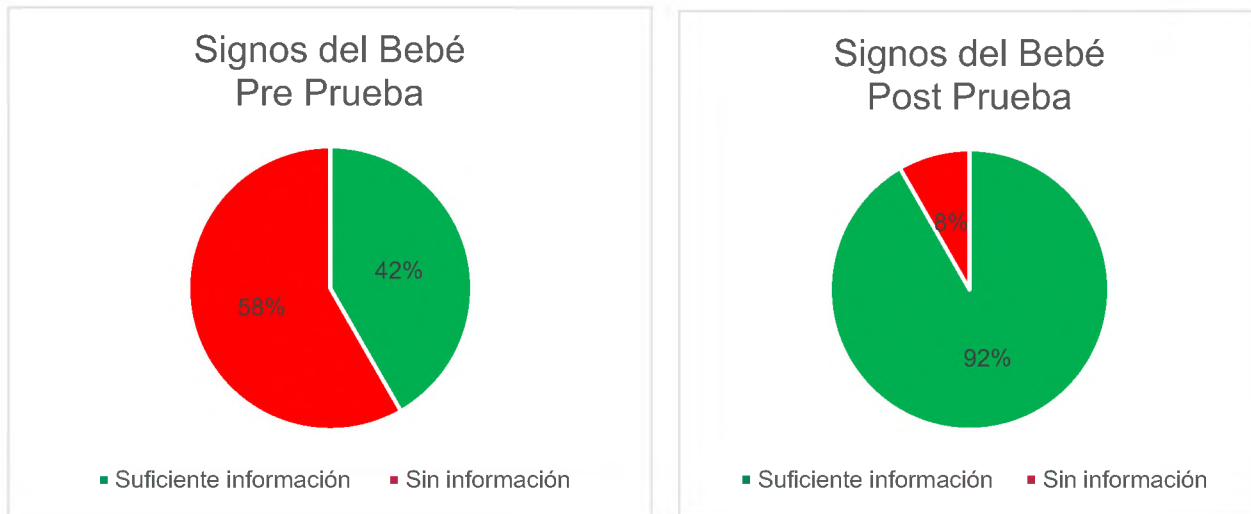
(desarrollo de la visión y mirada), sistema auditivo (voz y sonidos del habla), sistema olfativo (desarrollo del olfato) y sistema gustativo (desarrollo del gusto) arroja los siguientes resultados: en la pre-prueba el 58,6% de los casos posee suficiente información, mientras que el 41,4% no posee información. En la post-prueba el 80,2 % posee suficiente información y el 19,8% no posee información.



Gráficos N°5 y N°6:
Resultados de la categoría *Desarrollo de los Sistemas Sensoriales* del Cuestionario sobre Desarrollo y Cuidados en el Hogar administrado a padres de niños internados en UCIN del Hospital Materno Infantil “Argentina Diego” de la ciudad de Azul en el periodo julio- octubre que formaron parte del Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo; Pre y Post Prueba; Año 2013.

En la categoría *signos del bebé*, que incluye conocimientos sobre signos de estrés y signos de autorregulación, se observan los siguientes resultados: en la pre-prueba, el 41,7% posee suficiente información mientras que el 58,3 % de los casos

no posee información. En la post-prueba el 91,7% posee información y el 8,3 % no posee información.



Gráficos N°7 y N°8:

Resultados de la categoría *Signos del Bebé* del Cuestionario sobre Desarrollo y Cuidados en el Hogar administrado a padres de niños internados en UCIN del Hospital Materno Infantil "Argentina Diego" de la ciudad de Azul en el periodo julio- octubre que formaron parte del Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo; Pre y Post Prueba; Año 2013.

En la pre prueba de la categoría *estados de conciencia*, el 83,3% posee información y el 16,7% no poseen información. En la post Prueba, el total de los casos (100%) posee información.

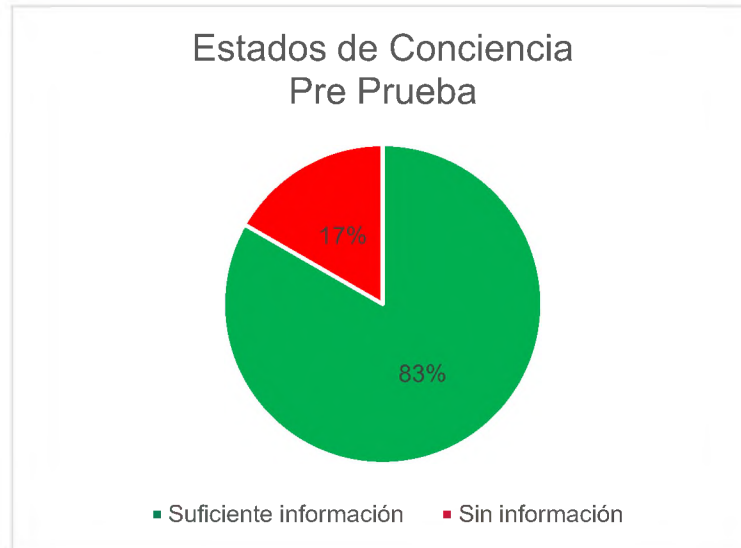
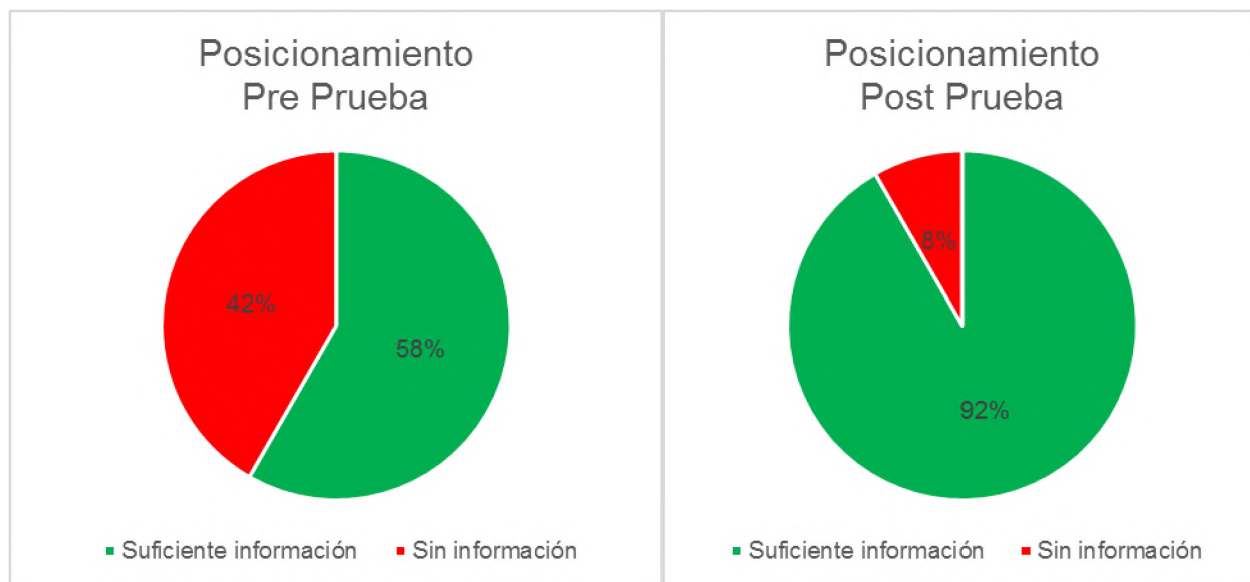


Gráfico N°9:

Resultados de la categoría *Estados de Conciencia* del Cuestionario sobre Desarrollo y Cuidados en el Hogar administrado a padres de niños internados en UCIN del Hospital Materno Infantil “Argentina Diego” de la ciudad de Azul en el periodo julio- octubre que formaron parte del Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo; Pre Prueba; Año 2013.

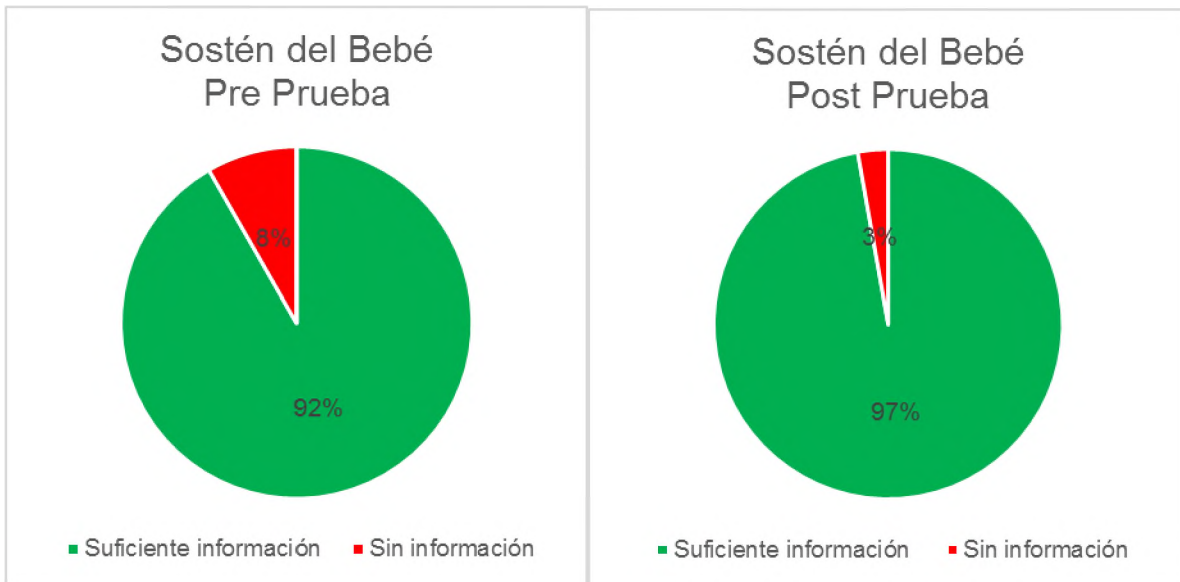
La categoría *posicionamiento* abarca experiencia de sostén en el nido y posturas del bebe, otorgando los resultados: en la pre-prueba, el 58,3% de los casos posee suficiente información y el 41,7% no posee información. En la post-prueba el 91,7% posee suficiente información, mientras que el 8,3% no posee información.



Gráficos N°10 y N°11:

Resultados de la categoría *Posicionamiento* del Cuestionario sobre Desarrollo y Cuidados en el Hogar administrado a padres de niños internados en UCIN del Hospital Materno Infantil "Argentina Diego" de la ciudad de Azul en el periodo julio- octubre que formaron parte del Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo; Pre y Post Prueba; Año 2013.

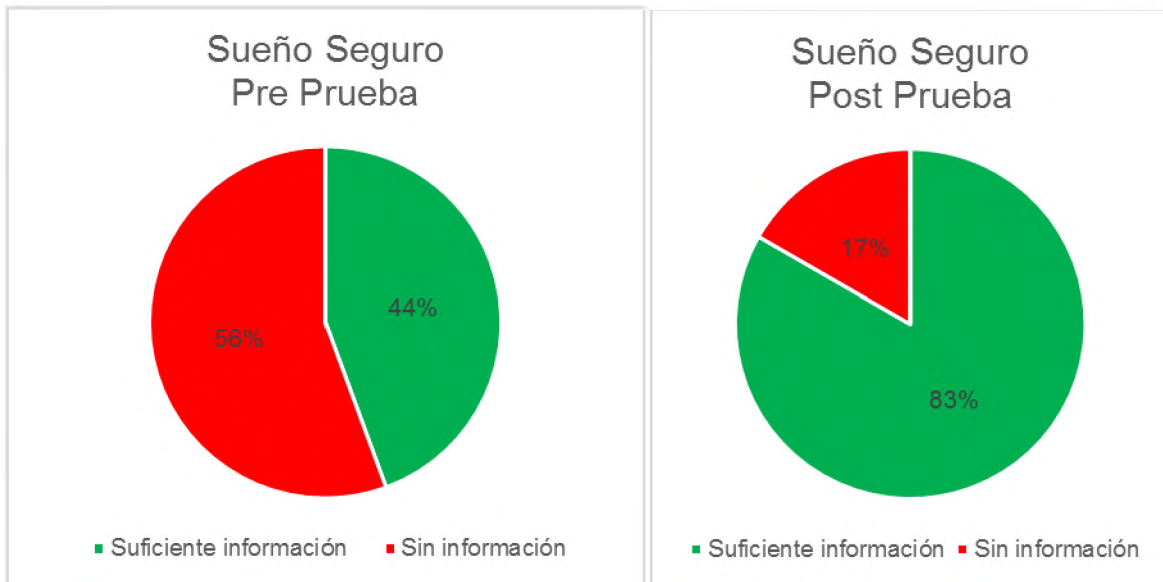
En la categoría *Sostén del Bebé* que incluye conocimientos sobre contacto piel a piel/holding y postura y confort para amamantar se observan los siguientes resultados: en la pre-prueba el 91,7 posee suficiente información y el 8,3% no posee información. En la post-prueba el 97,2% posee suficiente información y el 2,8% no posee información.



Gráficos N°12 y N°13:

Resultados de la categoría *Sostén del Bebé* del Cuestionario sobre Desarrollo y Cuidados en el Hogar administrado a padres de niños internados en UCIN del Hospital Materno Infantil "Argentina Diego" de la ciudad de Azul en el periodo julio- octubre que formaron parte del Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo; Pre y Post Prueba; Año 2013.

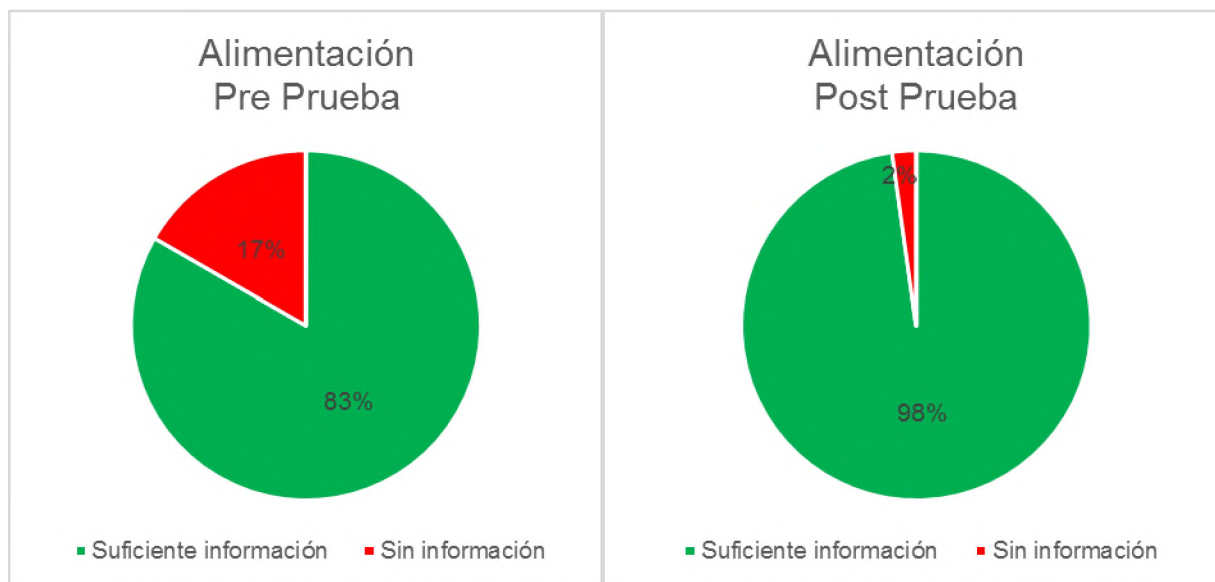
La categoría *sueño seguro* que incluye conocimientos sobre posición para dormir, condiciones de la cuna, condiciones de la ropa de cama, da como resultados: en la pre-prueba el 44,4% posee información mientras que el 55,6% no posee información. En la post-prueba el 83,3% posee suficiente información y el 16,7% continúa sin información.



Gráficos N°14 y N°15:

Resultados de la categoría *Sueño Seguro* del Cuestionario sobre Desarrollo y Cuidados en el Hogar administrado a padres de niños internados en UCIN del Hospital Materno Infantil "Argentina Diego" de la ciudad de Azul en el periodo julio- octubre que formaron parte del Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo; Pre y Post Prueba; Año 2013.

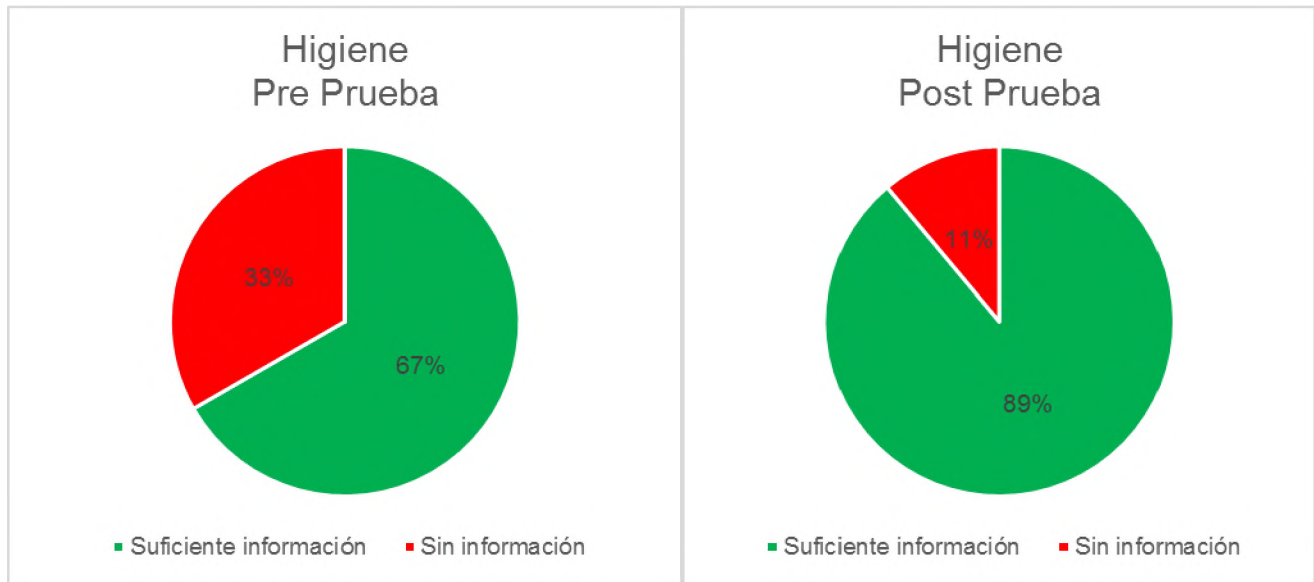
En la categoría *alimentación* que incluye succión (succión no nutritiva y nutritiva) lactancia materna (alimentación por sonda y alimentación con mamadera) arroja los siguientes resultados en la pre-.prueba el 83,3 % posee suficiente información y el 16,7% no posee información. En la post-prueba el 97,8% posee información, y el 2,2 % no posee información.



Gráficos N°16 y N°17:

Resultados de la categoría *Alimentación* del Cuestionario sobre Desarrollo y Cuidados en el Hogar administrado a padres de niños internados en UCIN del Hospital Materno Infantil "Argentina Diego" de la ciudad de Azul en el periodo Julio- octubre que formaron parte del Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo; Pre y Post Prueba; Año 2013.

Y en cuanto a la *categoría higiene* que abarca conocimientos sobre la higiene del bebe y el acondicionamiento ambiental del hogar arroja como resultados en la pre-prueba el 66,7% posee suficiente información y el 33,3 % no posee información. En la post-prueba el 88,9 posee suficiente información mientras que el 11,1 continúa sin información.



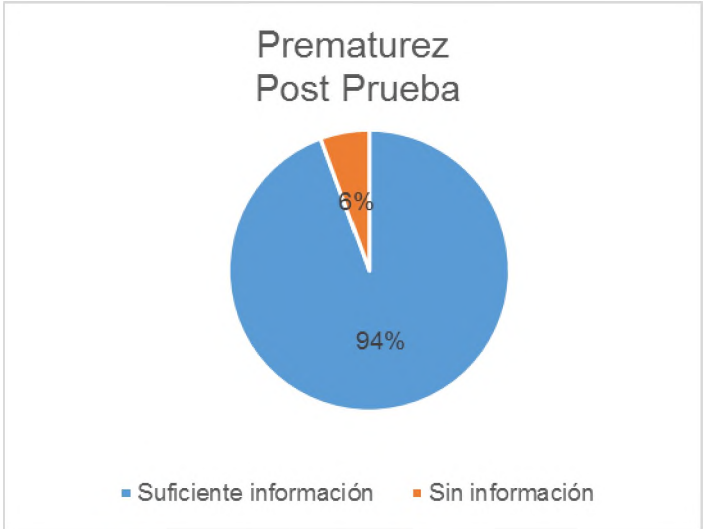
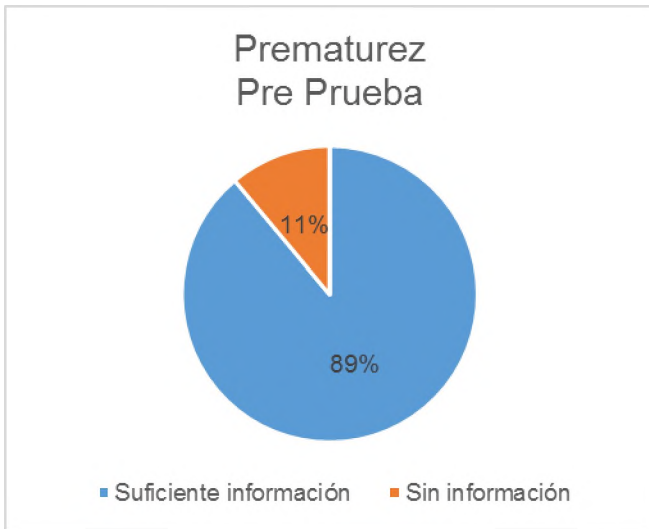
Gráficos N°18 y N°19:
 Resultados de la categoría *Higiene* del Cuestionario sobre Desarrollo y Cuidados en el Hogar administrado a padres de niños internados en UCIN del Hospital Materno Infantil "Argentina Diego" de la ciudad de Azul en el periodo julio- octubre que formaron parte del Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo; Pre y Post Prueba; Año 2013.

A continuación se detallarán los resultados de la investigación según el dimensionamiento de la variable.

Tabla N°1:

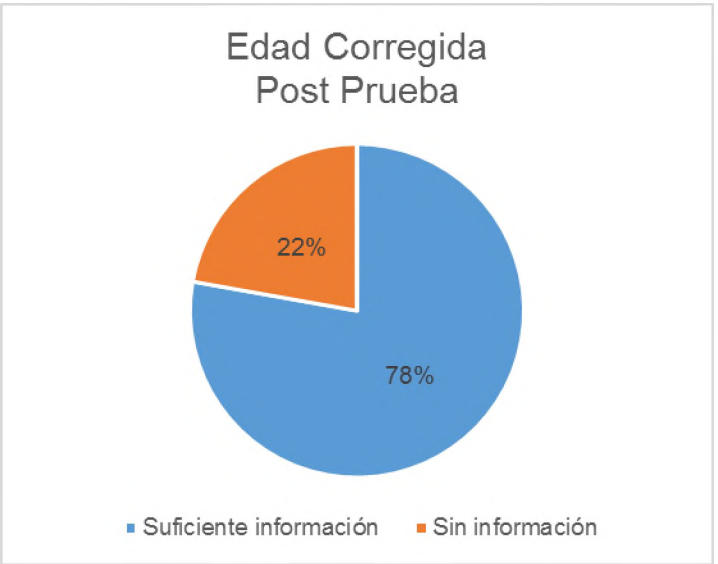
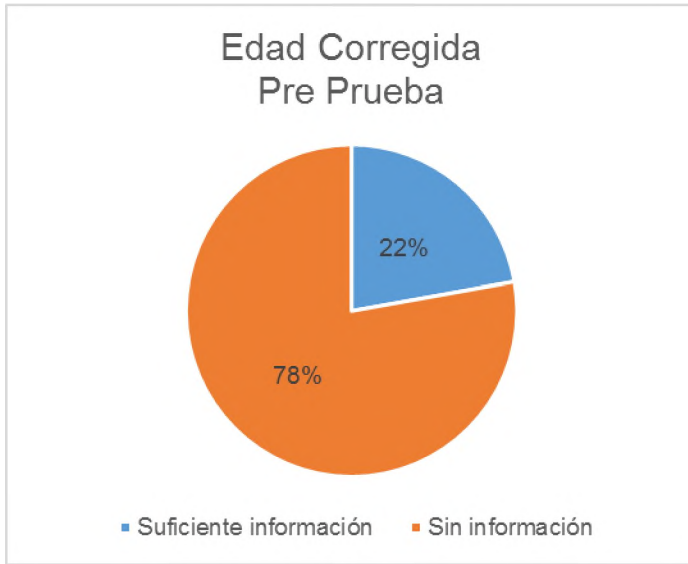
Resultados del Cuestionario sobre Desarrollo y Cuidados en el Hogar administrado a padres de niños internados en UCIN del Hospital Materno Infantil "Argentina Diego" de la ciudad de Azul en el periodo julio- octubre y que formaron parte del Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo; según el dimensionamiento de la variable; Año 2013.

Pregunta	PRE-PRUEBA				Pregunta	POST-PRUEBA			
	Suficiente info.		Sin información			Suficiente info.		Sin información	
	N°	%	N°	%		N°	%	N°	%
Prematurez	16	88,9	2	11,1	Prematurez	17	94,4	1	5,6
Edad Corregida	4	22,2	14	77,8	Edad Corregida	14	77,8	4	22,2
Tacto negativo en UCIN	5	27,8	13	72,2	Tacto negativo en UCIN	18	100	0	0
Tacto positivo	1	5,6	17	94,4	Tacto positivo	8	44,4	10	55,6
Cambios posturales	7	38,9	11	61,1	Cambios posturales	12	66,7	6	33,3
Calidad de los movimientos	15	83,3	3	16,7	Calidad de los movimientos	15	83,3	3	16,7
Desarrollo de la visión	14	77,8	4	22,2	Desarrollo de la visión	16	88,9	2	11,1
Mirada	14	77,8	4	22,2	Mirada	18	100	0	0
Voz y Sonidos del habla	17	94,4	1	5,6	Voz y Sonidos del habla	18	100	0	0
Desarrollo del olfato	18	100	0	0	Desarrollo del olfato	18	100	0	0
Desarrollo del gusto	4	22,2	14	77,8	Desarrollo del gusto	7	38,9	11	61,1
Signos de estrés	6	33,3	12	66,7	Signos de estrés	15	83,3	3	16,7
Signos de autorregulación	9	50	9	50	Signos de autorregulación	18	100	0	0
Estados de conciencia	15	83,3	3	16,7	Estados de conciencia	18	100	0	0
Experiencia de sostén en el nido	6	33,3	12	66,7	Experiencia de sostén en el nido	15	83,3	3	16,7
Posturas del bebé	15	83,3	3	16,7	Posturas del bebé	18	100	0	0
Contacto piel a piel/holding	17	94,4	1	5,6	Contacto piel a piel/holding	17	94,4	1	5,6
Postura y confort para amamantar	16	88,9	2	11,1	Postura y confort para amamantar	18	100	0	0
Posición para dormir	12	66,7	6	33,3	Posición para dormir	18	100	0	0
Condiciones de la cuna	2	11,1	16	88,9	Condiciones de la cuna	13	72,2	5	27,8
Condiciones de la ropa de cama	10	55,6	8	44,4	Condiciones de la ropa de cama	14	77,8	4	22,2
Succión no nutritiva	15	83,3	3	16,7	Succión no nutritiva	17	94,4	1	5,6
Succión nutritiva	16	88,9	2	11,1	Succión nutritiva	18	100	0	0
Lactancia materna	13	72,2	5	27,8	Lactancia materna	17	94,4	1	5,6
Alimentación por sonda	15	83,3	3	16,7	Alimentación por sonda	18	100	0	0
Alimentación con mamadera	16	88,9	2	11,1	Alimentación con mamadera	18	100	0	0
Higiene del bebé	12	66,7	6	33,3	Higiene del bebé	17	94,4	1	5,6
Acondicionamiento amb. del hogar	12	66,7	6	33,3	Acondicionamiento amb. del hogar	15	83,3	3	16,7



Gráficos N°20 y N°21:

Resultados del Cuestionario sobre Desarrollo y Cuidados en el Hogar administrado a padres de niños internados en UCIN del Hospital Materno Infantil “Argentina Diego” de la ciudad de Azul en el periodo julio- octubre que formaron parte del Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo; según dimensionamiento de la variable *Prematurez*, Pre y Post Prueba; Año 2013.



Gráficos N°22 y N°23:

Resultados del Cuestionario sobre Desarrollo y Cuidados en el Hogar administrado a padres de niños internados en UCIN del Hospital Materno Infantil “Argentina Diego” de la ciudad de Azul en el periodo julio- octubre que formaron parte del Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo; según dimensionamiento de la variable *Edad Corregida*, Pre y Post Prueba; Año 2013.

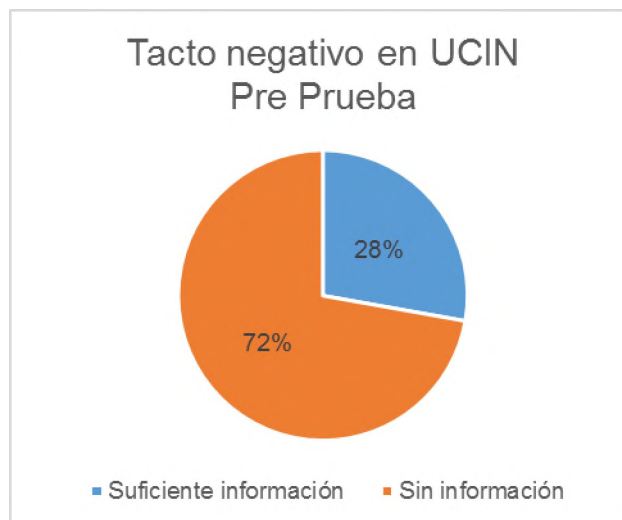


Gráfico N°24

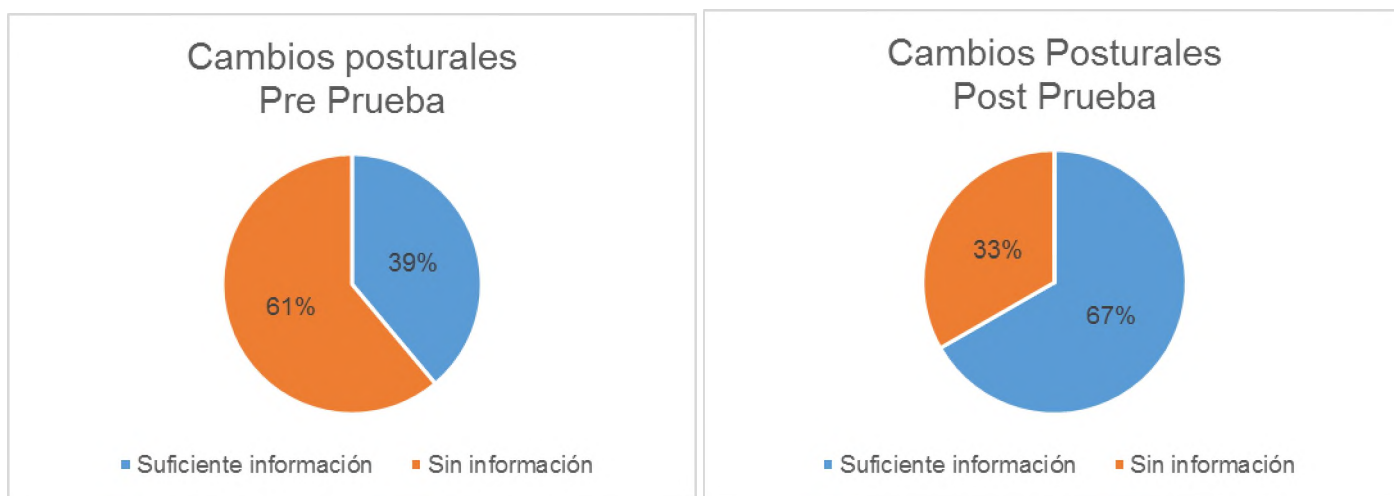
Resultado del Cuestionario sobre Desarrollo y Cuidados en el Hogar administrado a padres de niños internados en UCIN del Hospital Materno Infantil "Argentina Diego" de la ciudad de Azul en el periodo julio- octubre que formaron parte del Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo; según dimensionamiento de la variable *Tacto negativo en UCIN*, Pre Prueba; Año 2013.

En la post Prueba del dimensionamiento de la variable Tacto Negativo en UCIN; el 100% de los casos resultaron tener Suficiente Información.



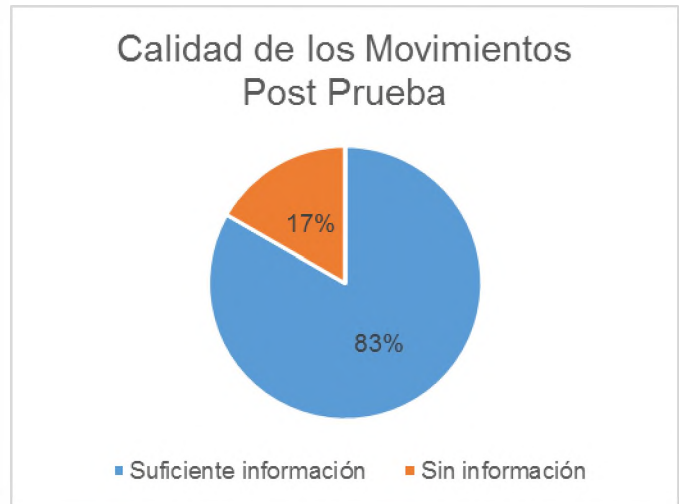
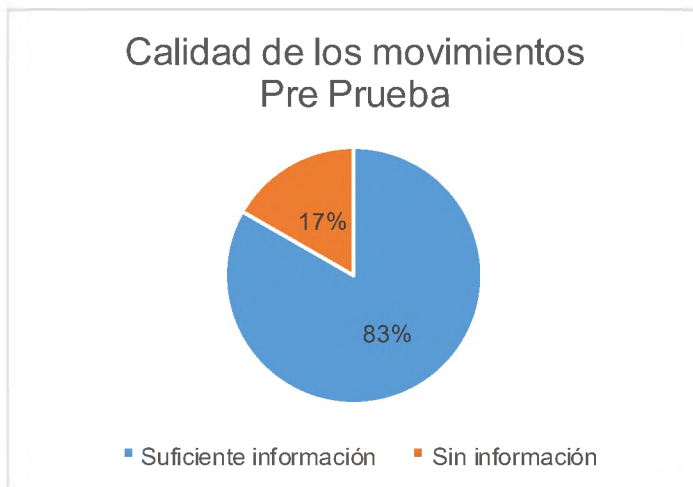
Gráficos N°25 y N°26:

Resultados del Cuestionario sobre Desarrollo y Cuidados en el Hogar administrado a padres de niños internados en UCIN del Hospital Materno Infantil "Argentina Diego" de la ciudad de Azul en el periodo julio- octubre que formaron parte del Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo; según dimensionamiento de la variable *Tacto positivo*, Pre y Post Prueba; Año 2013.



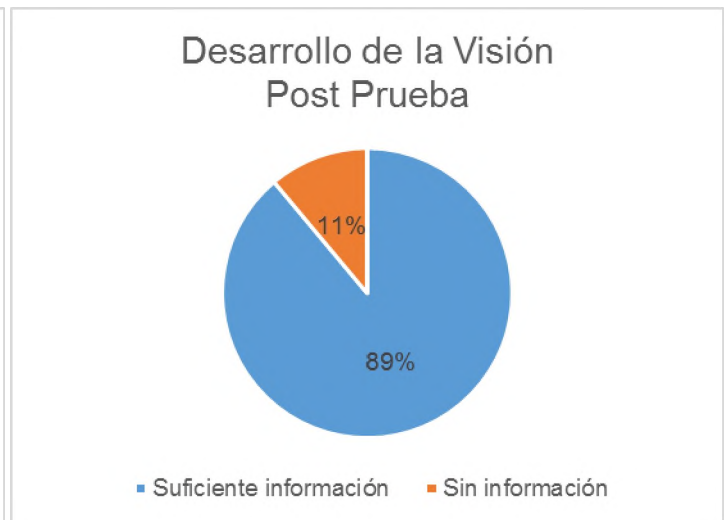
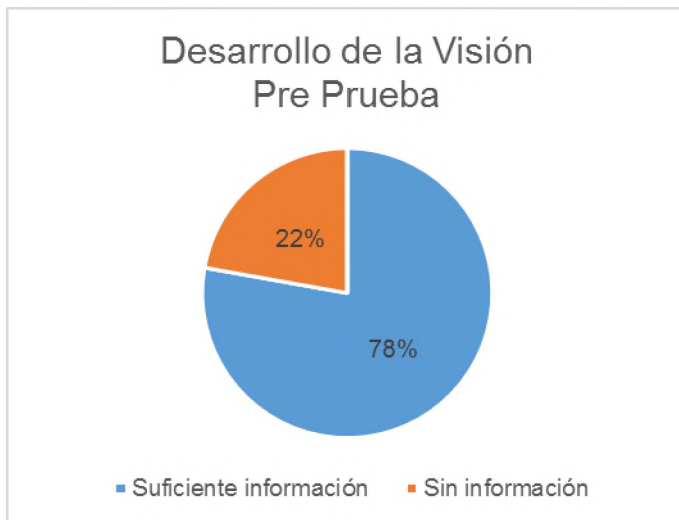
Gráficos N°27 y N°28:

Resultados del Cuestionario sobre Desarrollo y Cuidados en el Hogar administrado a padres de niños internados en UCIN del Hospital Materno Infantil "Argentina Diego" de la ciudad de Azul en el periodo julio- octubre que formaron parte del Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo; según dimensionamiento de la variable *Cambios posturales*, Pre y Post Prueba; Año 2013.



Gráficos N°29 y N°30:

Resultados del Cuestionario sobre Desarrollo y Cuidados en el Hogar administrado a padres de niños internados en UCIN del Hospital Materno Infantil “Argentina Diego” de la ciudad de Azul en el periodo julio- octubre que formaron parte del Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo; según dimensionamiento de la variable *Calidad de los movimientos*, Pre y Post Prueba; Año 2013.



Gráficos N°31 y N°32:

Resultados del Cuestionario sobre Desarrollo y Cuidados en el Hogar administrado a padres de niños internados en UCIN del Hospital Materno Infantil “Argentina Diego” de la ciudad de Azul en el periodo julio- octubre que formaron parte del Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo; según dimensionamiento de la variable *Desarrollo de la Visión*, Pre y Post Prueba, Año 2013.

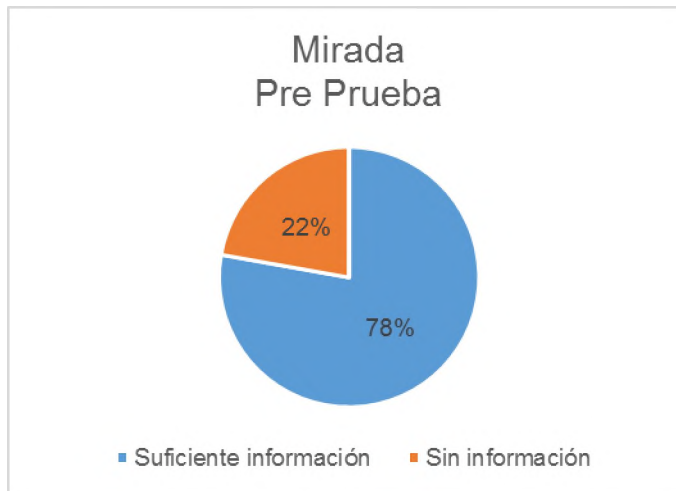


Gráfico N°33

Resultados del Cuestionario sobre Desarrollo y Cuidados en el Hogar administrado a padres de niños internados en UCIN del Hospital Materno Infantil "Argentina Diego" de la ciudad de Azul en el periodo julio- octubre que formaron parte del Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo; según dimensionamiento de la variable *Mirada*, Pre-Prueba; Año 2013.

En la Post Prueba del dimensionamiento de la variable *Mirada*, el 100% de los casos resultaron poseer Suficiente Información.

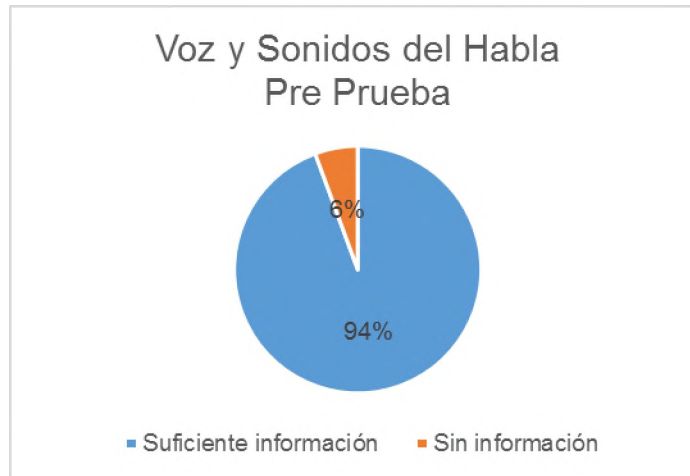
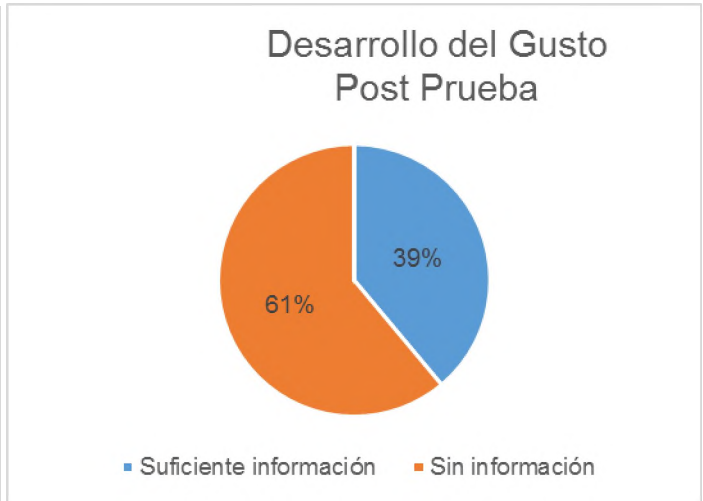
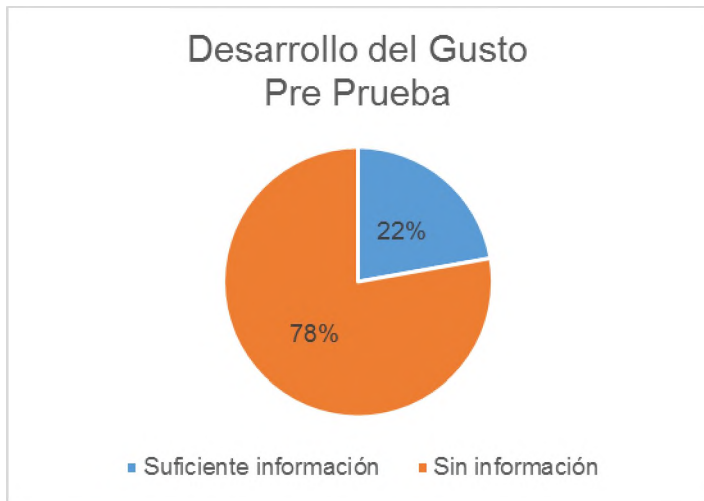


Gráfico N°34

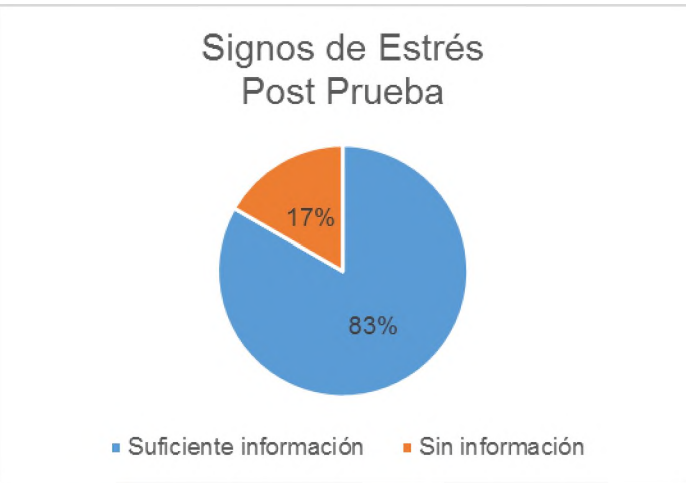
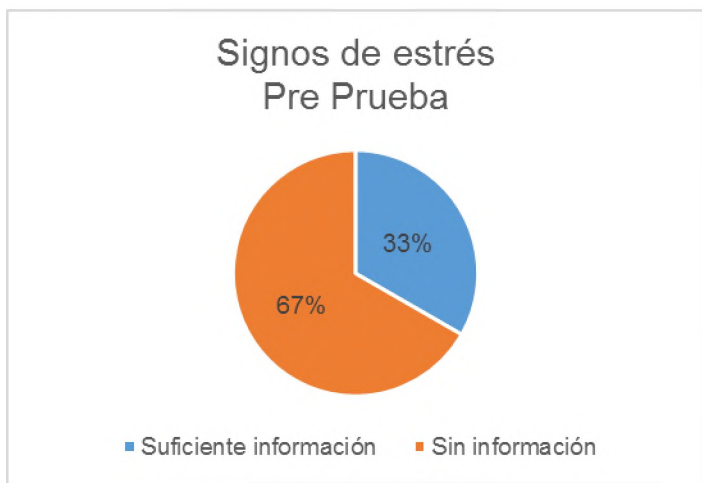
Resultados del Cuestionario sobre Desarrollo y Cuidados en el Hogar administrado a padres de niños internados en UCIN del Hospital Materno Infantil "Argentina Diego" de la ciudad de Azul en el periodo julio- octubre que formaron parte del Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo; según dimensionamiento de la variable *Voz y sonidos del habla*, Pre-Prueba; Año 2013.

En la post Prueba del dimensionamiento de la variable *Voz y sonidos del habla*, el 100% de los casos resultaron con Suficiente Información.

El dimensionamiento de la variable, *Desarrollo del olfato*, no presento cambios en Pre y Post Prueba ya que en ambas instancias el 100% de los casos resultaron poseer Suficiente Información.



Gráficos N°35 y N°36:
Resultados del Cuestionario sobre Desarrollo y Cuidados en el Hogar administrado a padres de niños internados en UCIN del Hospital Materno Infantil “Argentina Diego” de la ciudad de Azul en el periodo julio- octubre que formaron parte del Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo; según dimensionamiento de la variable *Desarrollo del gusto*, Pre y Post Prueba; Año 2013.



Gráficos N°37 y N°38:
Resultados del Cuestionario sobre Desarrollo y Cuidados en el Hogar administrado a padres de niños internados en UCIN del Hospital Materno Infantil “Argentina Diego” de la ciudad de Azul en el periodo julio- octubre que formaron parte del Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo; según dimensionamiento de la variable *Signos de Estrés*, Pre y Post Prueba, Año 2013.

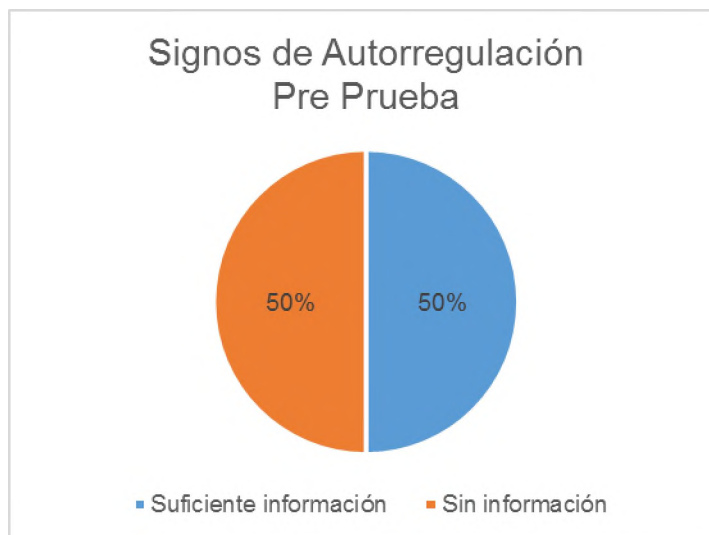


Gráfico N°39:

Resultados del Cuestionario sobre Desarrollo y Cuidados en el Hogar administrado a padres de niños internados en UCIN del Hospital Materno Infantil “Argentina Diego” de la ciudad de Azul en el periodo julio- octubre que formaron parte del Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo; según dimensionamiento de la variable *Signos de Autorregulación*, Pre Prueba; Año 2013.

En la Post-Prueba del dimensionamiento de la variable *Autorregulación* el 100% de los casos resultaron poseer Suficiente Información.

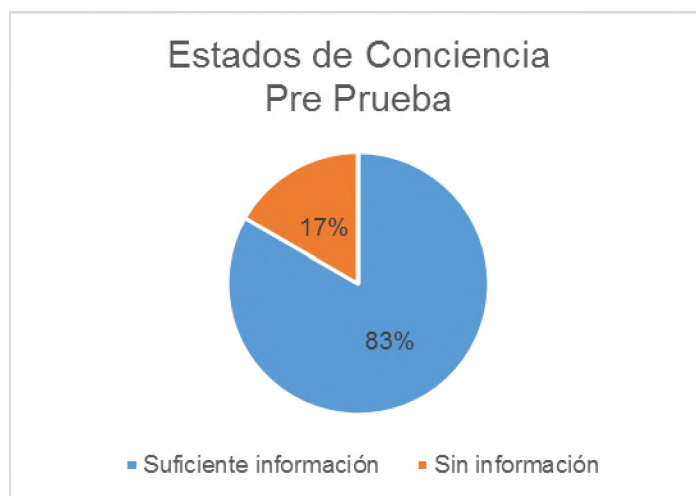
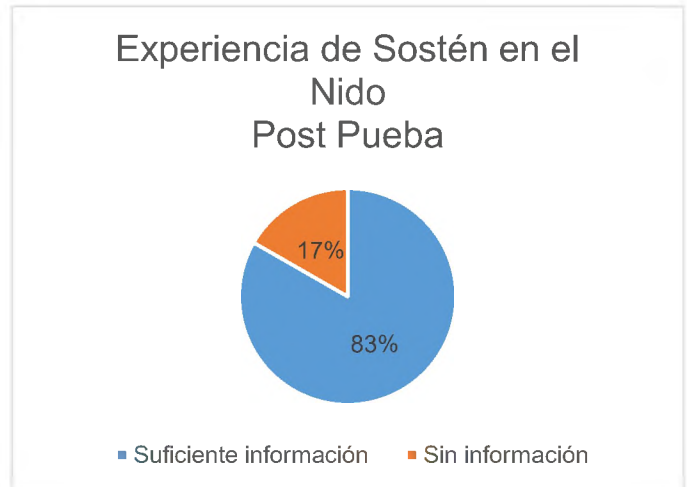
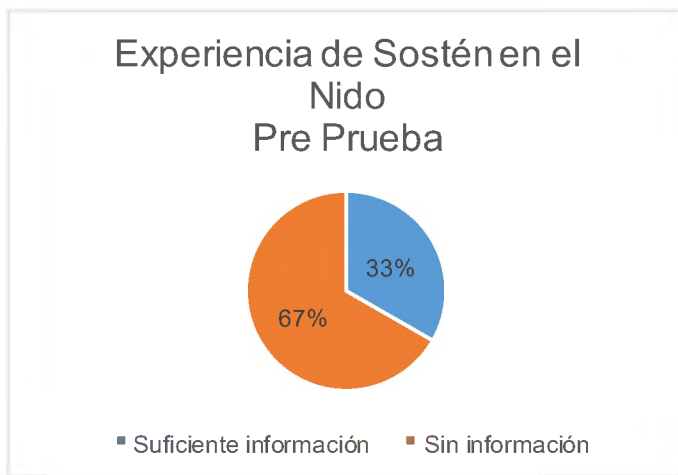


Gráfico N°40:

Resultados del Cuestionario sobre Desarrollo y Cuidados en el Hogar administrado a padres de niños internados en UCIN del Hospital Materno Infantil “Argentina Diego” de la ciudad de Azul en el periodo julio- octubre que formaron parte del Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo; según dimensionamiento de la variable *Estados de Conciencia*, Pre-Prueba; Año 2013.

En la Post-Prueba del dimensionamiento de la variable *Estados de Conciencia*, el 100% de los casos obtuvieron como resultado Suficiente Información.



Gráficos N°41 y N°42:

Resultados del Cuestionario sobre Desarrollo y Cuidados en el Hogar administrado a padres de niños internados en UCIN del Hospital Materno Infantil "Argentina Diego" de la ciudad de Azul en el periodo julio- octubre que formaron parte del Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo; según dimensionamiento de la variable *Experiencia de sostén en el nido*, Pre y Post Prueba; Año 2013.

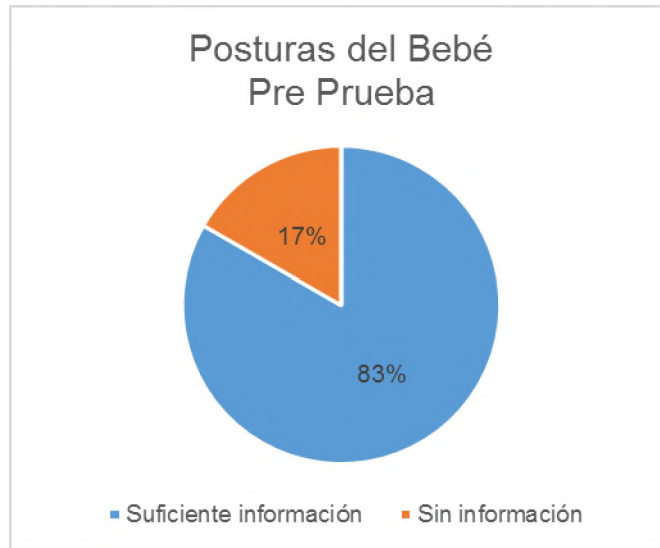
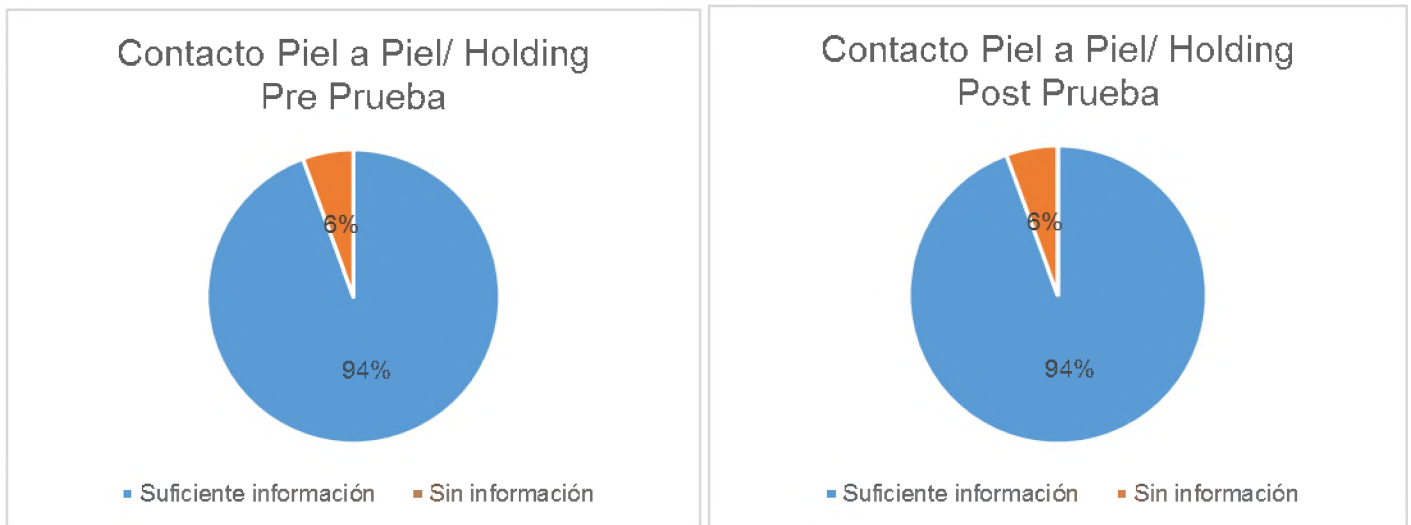


Gráfico N°43:

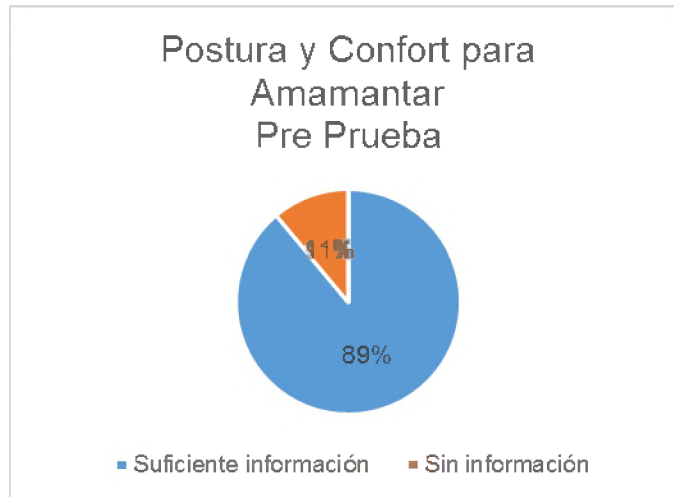
Resultados del Cuestionario sobre Desarrollo y Cuidados en el Hogar administrado a padres de niños internados en UCIN del Hospital Materno Infantil "Argentina Diego" de la ciudad de Azul en el periodo julio- octubre que formaron parte del Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo; según dimensionamiento de la variable *Posturas del bebé*, Pre-Prueba; Año 2013.

En la post-prueba del dimensionamiento de la variable *Posturas del bebé*, el 100% de los casos resultaron poseer Suficiente Información.



Gráficos N°44 y N°45:

Resultados del Cuestionario sobre Desarrollo y Cuidados en el Hogar administrado a padres de niños internados en UCIN del Hospital Materno Infantil "Argentina Diego" de la ciudad de Azul en el periodo julio- octubre que formaron parte del Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo ; según dimensionamiento de la variable *Contacto piel a piel/ holding*, Pre y Post Prueba; Año 2013.



Gráficos N°46:

Resultados del Cuestionario sobre Desarrollo y Cuidados en el Hogar administrado a padres de niños internados en UCIN del Hospital Materno Infantil “Argentina Diego” de la ciudad de Azul en el periodo julio- octubre que formaron parte del Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo; según dimensionamiento de la variable *Postura y Confort para Amamantar*, Pre Prueba, Año 2013.

En la post-prueba del dimensionamiento de la variable *Postura y confort para amamantar*, el 100% de los casos obtuvieron como resultado Suficiente Información.

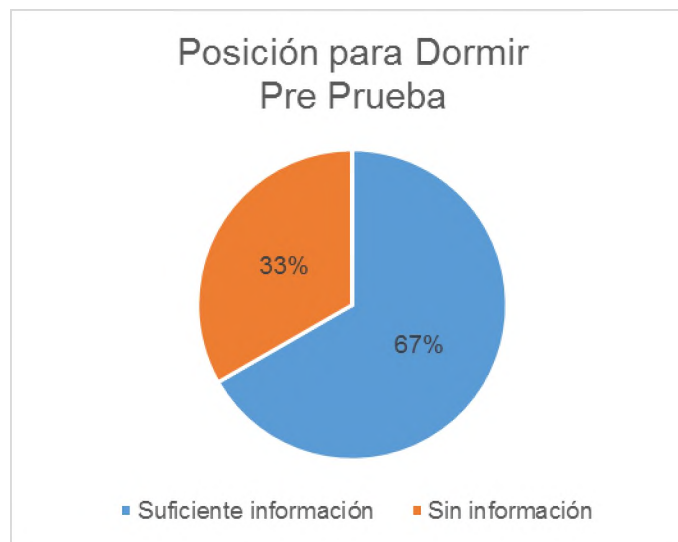
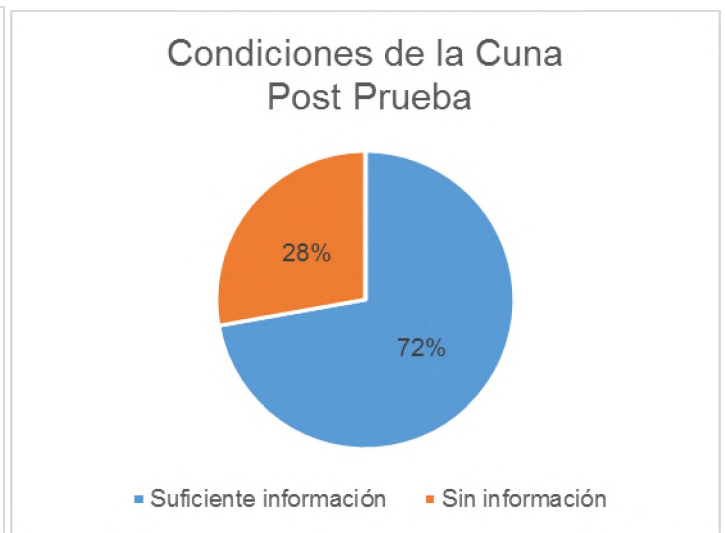
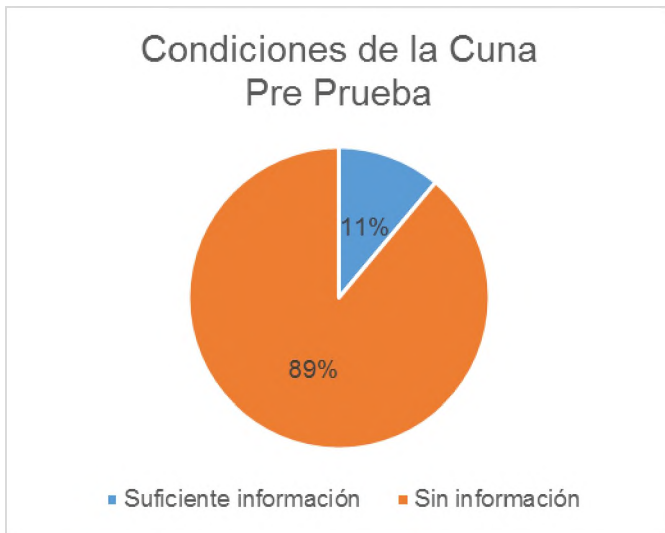


Gráfico N°47

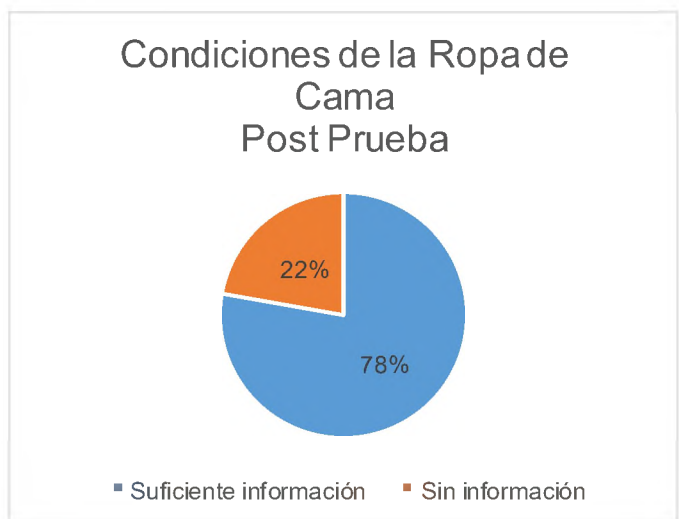
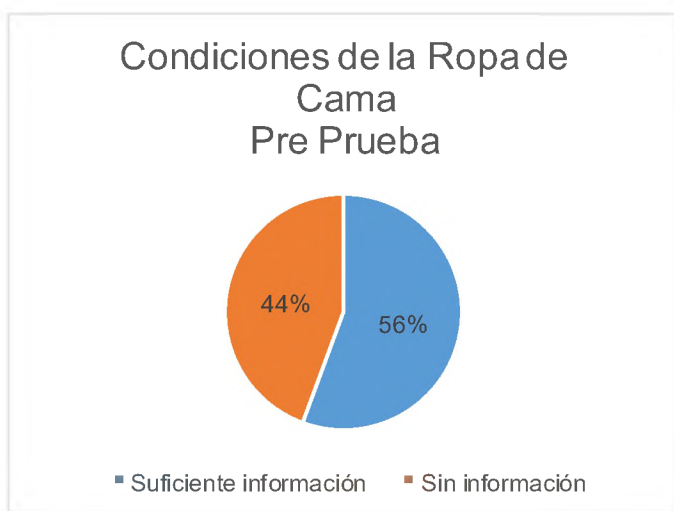
Resultados del Cuestionario sobre Desarrollo y Cuidados en el Hogar administrado a padres de niños internados en UCIN del Hospital Materno Infantil “Argentina Diego” de la ciudad de Azul en el periodo julio- octubre que formaron parte del Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo; según dimensionamiento de la variable *Posición para Dormir*, Pre Prueba; Año 2013.

En la post-prueba del dimensionamiento de la variable *Posición para dormir*, el 100% de los casos resultaron con Suficiente Información.



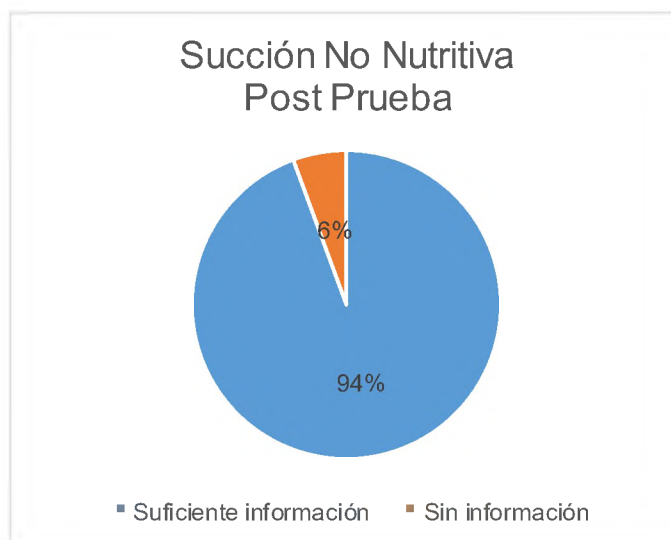
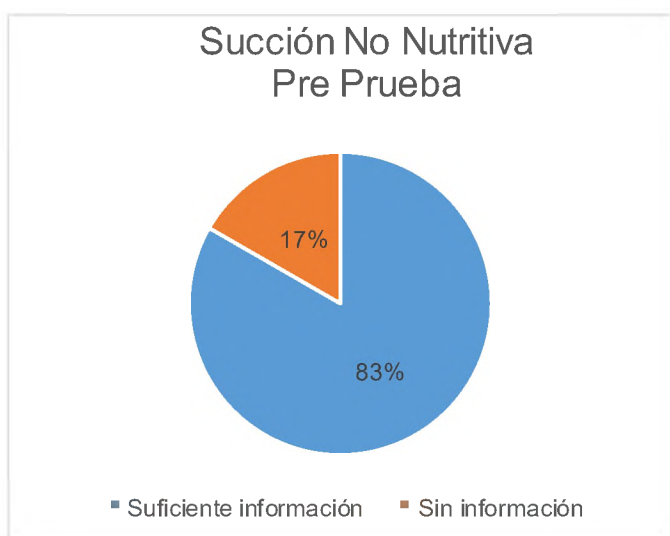
Gráficos N°48 y N°49:

Resultados del Cuestionario sobre Desarrollo y Cuidados en el Hogar administrado a padres de niños internados en UCIN del Hospital Materno Infantil "Argentina Diego" de la ciudad de Azul en el periodo julio- octubre que formaron parte del Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo; según dimensionamiento de la variable *Condiciones de la Cuna*, Pre y Post Prueba; Año 2013.



Gráficos N°50 y N°51:

Resultados del Cuestionario sobre Desarrollo y Cuidados en el Hogar administrado a padres de niños internados en UCIN del Hospital Materno Infantil “Argentina Diego” de la ciudad de Azul en el periodo julio- octubre que formaron parte del Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo; según dimensionamiento de la variable *Condiciones de la Ropa de Cama*, Pre y Post Prueba; Año 2013.



Gráficos N°52 y N°53:

Resultados del Cuestionario sobre Desarrollo y Cuidados en el Hogar administrado a padres de niños internados en UCIN del Hospital Materno Infantil “Argentina Diego” de la ciudad de Azul en el periodo julio- octubre que formaron parte del Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo; según dimensionamiento de la variable *Succión no nutritiva*, Pre y Post Prueba; Año 2013.

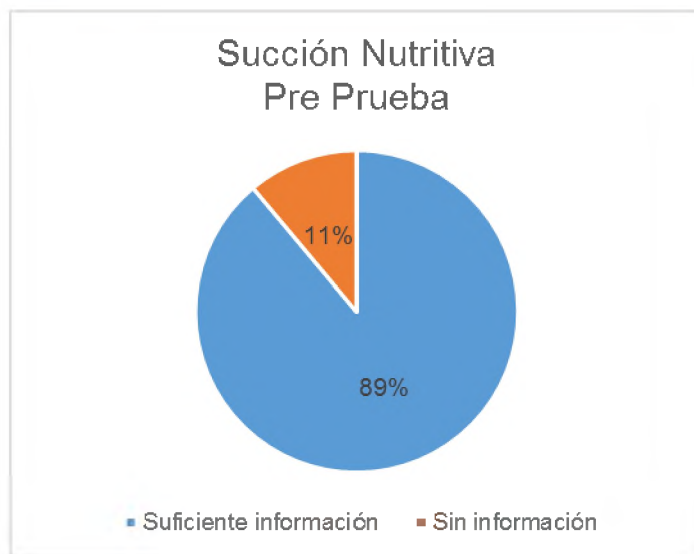
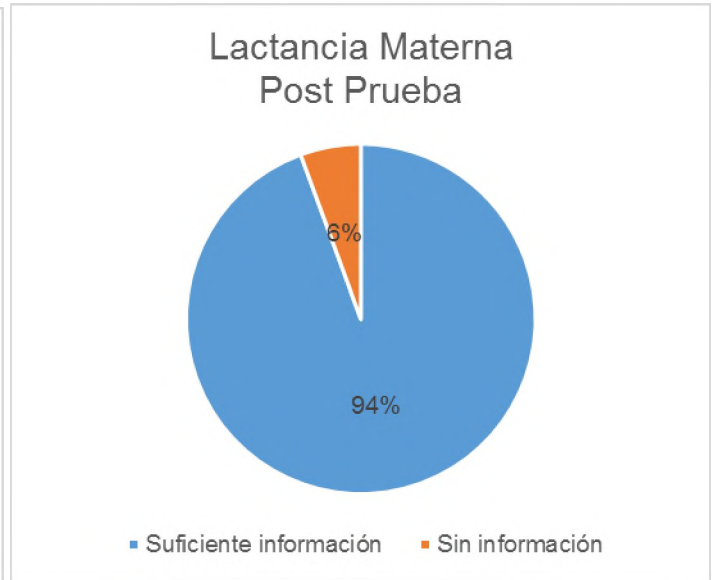
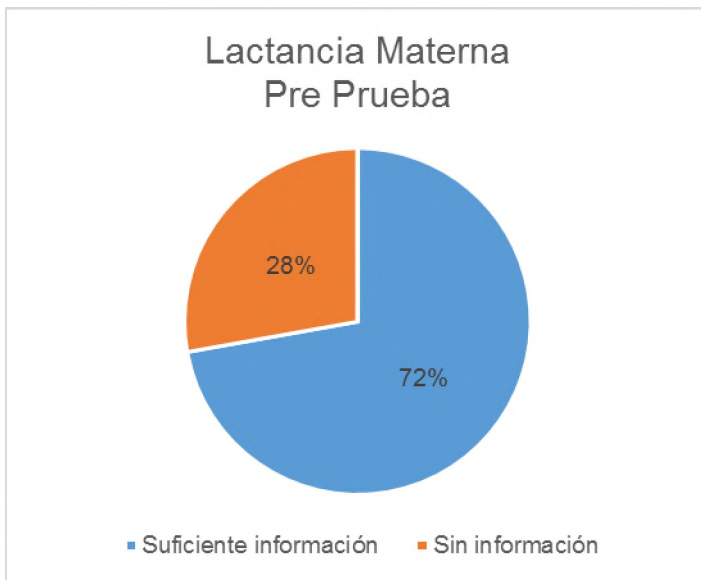


Gráfico N°54:
Resultados del Cuestionario sobre Desarrollo y Cuidados en el Hogar administrado a padres de niños internados en UCIN del Hospital Materno Infantil "Argentina Diego" de la ciudad de Azul en el periodo julio- octubre que formaron parte del Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo; según dimensionamiento de la variable *Succión Nutritiva*, Pre-Prueba, Año 2013.

En la post-prueba del dimensionamiento de la variable *Succión Nutritiva*, el 100% de los casos resultaron con Suficiente Información.



Gráficos N°55 y N°56:

Resultados del Cuestionario sobre Desarrollo y Cuidados en el Hogar administrado a padres de niños internados en UCIN del Hospital Materno Infantil "Argentina Diego" de la ciudad de Azul en el periodo julio- octubre que formaron parte del Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo; según dimensionamiento de la variable *Lactancia Materna*, Pre y Post Prueba; Año 2013.

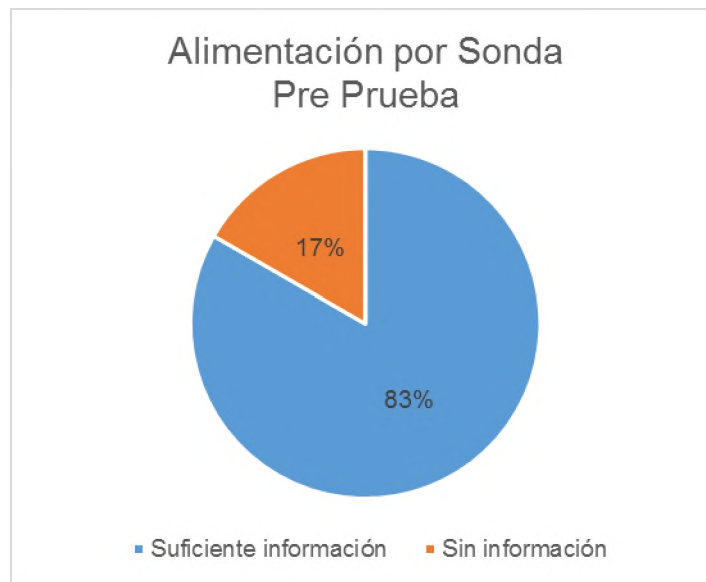


Gráfico N°57:

Resultados del Cuestionario sobre Desarrollo y Cuidados en el Hogar administrado a padres de niños internados en UCIN del Hospital Materno Infantil "Argentina Diego" de la ciudad de Azul en el periodo julio- octubre que formaron parte del Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo; según dimensionamiento de la variable *Alimentación por Sonda*, Pre-Prueba; Año 2013.

En la post-prueba del dimensionamiento de la variable *Alimentación por Sonda*, el 100% de los casos resultaron con Suficiente Información.

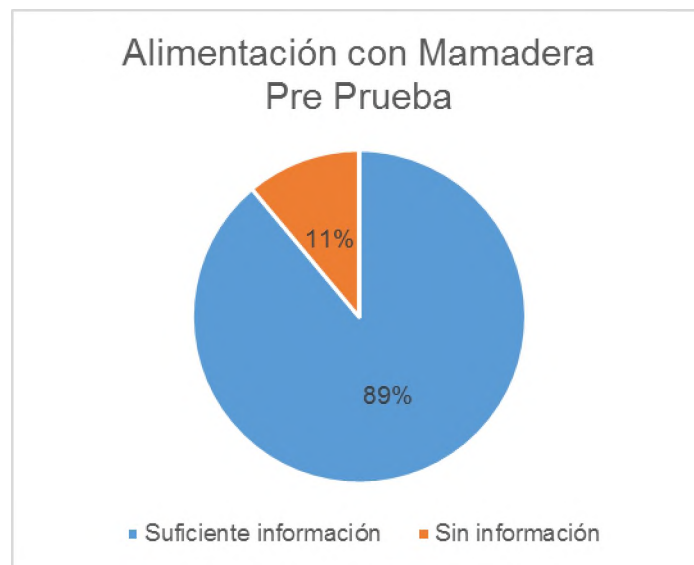
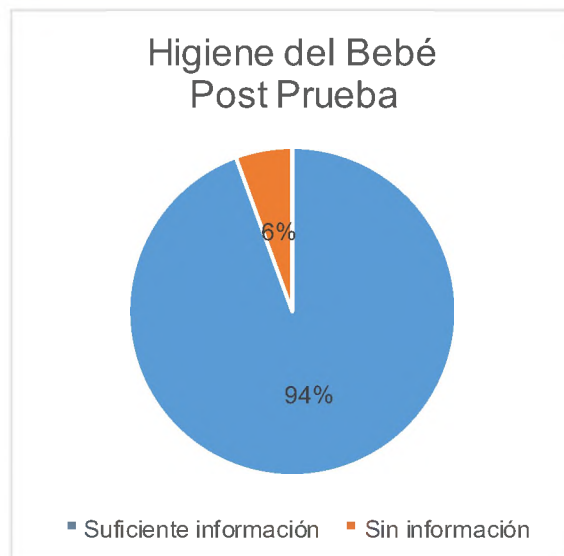
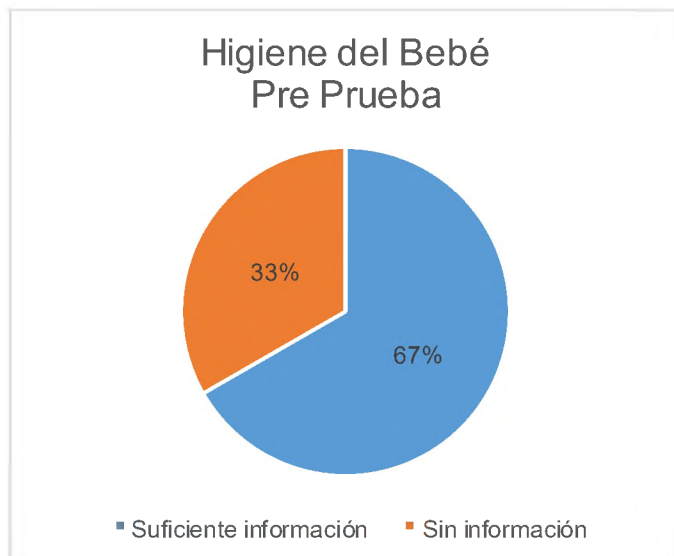


Gráfico N°58

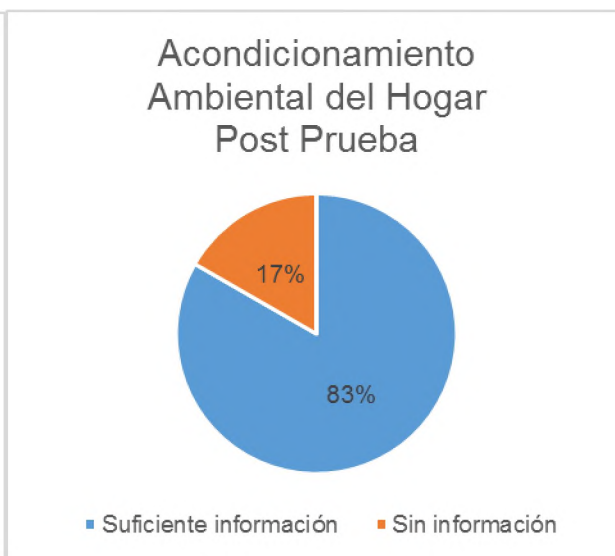
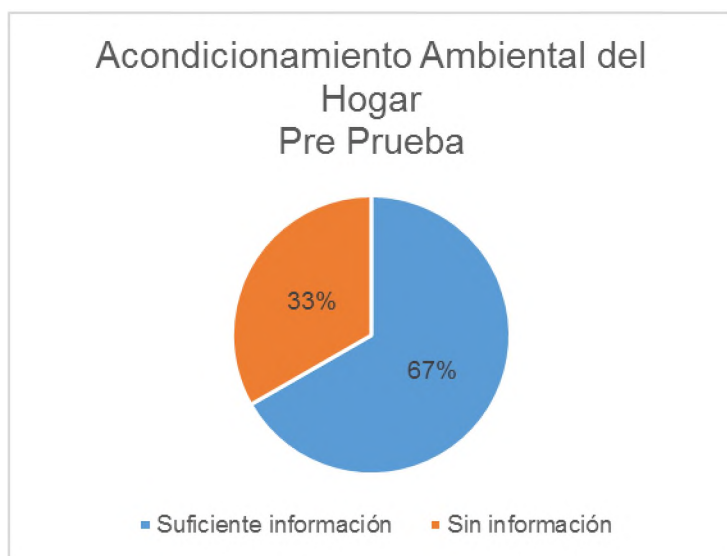
Resultados del Cuestionario sobre Desarrollo y Cuidados en el Hogar administrado a padres de niños internados en UCIN del Hospital Materno Infantil "Argentina Diego" de la ciudad de Azul en el periodo julio- octubre que formaron parte del Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo; según dimensionamiento de la variable *Alimentación con Mamadera*, Pre-Prueba; Año 2013.

En la post-prueba del dimensionamiento de la variable *Alimentación con Mamadera*, el 100% de los casos resultaron con Suficiente Información.



Gráficos N°59 y N°60:

Resultados del Cuestionario sobre Desarrollo y Cuidados en el Hogar administrado a padres de niños internados en UCIN del Hospital Materno Infantil “Argentina Diego” de la ciudad de Azul en el periodo julio- octubre que formaron parte del Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo; según dimensionamiento de la variable *Higiene del Bebé*, Pre y Post Prueba; Año 2013.



Gráficos N°61 y N°62:

Resultados del Cuestionario sobre Desarrollo y Cuidados en el Hogar administrado a padres de niños internados en UCIN del Hospital Materno Infantil “Argentina Diego” de la ciudad de Azul en el periodo julio- octubre que formaron parte del Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo; según dimensionamiento de la variable *Acondicionamiento Ambiental del Hogar*, Pre y Post Prueba; Año 2013.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Finalizado el período de evaluación de la muestra de la presente investigación, (padres de niños internados en la UCIN del hospital Materno infantil Argentina Diego de la ciudad de Azul durante el período Julio-Octubre de 2013 y que ingresaron a Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo), habiendo utilizado como técnica de recolección de datos un cuestionario de nuestra autoría que se aplicó previa y posteriormente a las intervenciones de Terapia Ocupacional; se arribó al conocimiento acerca del nivel de información sobre desarrollo y cuidados en el hogar que poseían dichos padres.

Los resultados obtenidos en los cuestionarios previamente a las intervenciones de Terapia Ocupacional, se encuentran distribuidos en tres categorías. El 55% (n: 10) de los casos obtiene un nivel de Medianamente Suficiente Información, el 22% (n: 4) corresponde a la categoría Suficiente Información, siendo este último el mismo porcentaje para aquellos sin información.

Al reiterarse el cuestionario posteriormente a las intervenciones desde T.O., el 94,4% (n:17) del total de los casos corresponde a la categoría Suficiente Información mientras que el 5,6 (n:1) se ubica en la categoría Medianamente Suficiente Información. Sin hallarse ningún caso en la categoría Sin Información.

Los contenidos evaluados en el cuestionario se clasifican en nueve categorías del dimensionamiento de la variable.

La categoría *Conceptos Básicos* que incluye los conceptos de Prematurez y Edad Corregida arroja los siguientes resultados: en la pre-prueba el 55,6% de los casos posee suficiente información y el 44,4% no posee información. En la post-prueba de la misma categoría el 86,1% de los casos posee suficiente información y el 13,9% restante no posee información.

Con respecto a la categoría *Desarrollo de los Sistemas Sensoriales* que incluye conocimientos acerca del sistema táctil (tacto negativo en la UCIN y tacto positivo), sistema vestibular (cambios posturales y calidad de los movimientos), sistema visual (desarrollo de la visión y mirada), sistema auditivo (voz y sonidos del habla), sistema olfativo (desarrollo del olfato) y sistema gustativo (desarrollo del gusto) arroja los siguientes resultados: en la pre-prueba el 58,6% de los casos posee suficiente información, mientras que el 41,4% no posee información. En la post-prueba el 80,2 % posee suficiente información y el 19,8% no posee información.

En la categoría *Signos del Bebé*, que incluye conocimientos sobre signos de estrés y signos de autorregulación, se observan los siguientes resultados: en la pre-prueba, el 41,7% posee suficiente información mientras que el 58,3 % de los casos no posee información. En la post-prueba el 91,7% posee información y el 8,3 % no posee información.

En la pre prueba de la categoría *Estados de Conciencia*, el 83,3% posee información y el 16,7% no poseen información. En la post-prueba, el total de los casos (100%) posee información.

La categoría *Posicionamiento* abarca experiencia de sostén en el nido y posturas del bebe, otorgando los resultados: en la pre-prueba, el 58,3% de los casos posee suficiente información y el 41,7% no posee información. En la post-prueba el 91,7% posee suficiente información, mientras que el 8,3% no posee información.

En la categoría *Sostén del Bebé* que incluye conocimientos sobre contacto piel a piel/holding y postura y confort para amamantar se observan los siguientes resultados: en la pre-prueba el 91,7 posee suficiente información y el 8,3% no posee información. En la post-prueba el 97,2% posee suficiente información y el 2,8% no posee información.

La categoría *Sueño Seguro* que incluye conocimientos sobre posición para dormir, condiciones de la cuna, condiciones de la ropa de cama, da como resultados: en la pre-prueba el 44,4% posee información mientras que el 55,6% no posee información. En la post-prueba el 83,3% posee suficiente información y el 16,7% continúa sin información.

En la categoría *Alimentación* que incluye succión (succión no nutritiva y nutritiva), lactancia materna, alimentación por sonda y alimentación con mamadera arroja los siguientes resultados: en la pre-prueba el 83,3 % posee suficiente información y el 16,7% no posee información. En la post-prueba el 97,8% posee información, y el 2,2 % no posee información.

Y en cuanto a la categoría *Higiene* que abarca conocimientos sobre la higiene del bebe y el acondicionamiento ambiental del hogar arroja como resultados en la pre-prueba el 66,7% posee suficiente información y el 33,3 % no posee información. En la

post-prueba el 88,9 posee suficiente información mientras que el 11,1 continúa sin información.

A partir de los resultados obtenidos se podría inferir que la muestra obtuvo mejor puntaje en aquellos indicadores de la variable que se relacionan directamente con el momento de internación.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Una vez finalizado el proceso de investigación, se arribó al conocimiento del nivel de información acerca de Desarrollo y Cuidados en el Hogar que poseen los padres de niños internados en la UCIN del Hospital Materno Infantil “Argentina Diego” de la ciudad de Azul, en el periodo julio-octubre de 2013 y que formaron parte del Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo.

Habiendo administrado el mismo cuestionario previa y posteriormente a las intervenciones desde Terapia Ocupacional, podemos contar con la evidencia que las mismas generaron mayor nivel de conocimiento en los padres, posibilitando una participación más activa de los mismos en el cuidado de sus hijos durante la internación así como también afianzando pautas de cuidados en el hogar.

Se destaca que en las intervenciones de Terapia Ocupacional con los padres, durante el proceso de internación de sus hijos se abordan no solo conocimientos sobre el Desarrollo y Cuidados en el hogar, sino también los emergentes de las situaciones particulares, acompañando a los padres y haciéndolos partícipes de este proceso.

Pudimos observar, en el proceso de nuestra investigación, que durante la internación, los padres se apropian mayoritariamente de la información y experiencias que se relacionan directamente con el momento particular que atraviesan y que el registro de la información y de las experiencias se ve influenciado por el cuadro clínico de su hijo, de ahí nuestra necesidad de intervenir sobre el emergente.

Teniendo en cuenta esto; en el momento de pre-alta se afianzan conocimientos y aprendizajes de cuidados en el hogar; que luego en Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo serán fortalecidos.

A lo largo de las intervenciones surgieron incertidumbres de los padres que requirieron la participación del médico neonatólogo, enfermería, trabajo social, entre otros; y, a partir de allí, se genera la necesidad de abrir este espacio a la interdisciplina. Así, paralelamente, cuando surgen temáticas más puntuales, se han generado nuevos espacios, como un taller de enfermería dirigido a la prevención de enfermedades respiratorias. También nuestro trabajo se integró recientemente a un Programa Municipal de Sueño Seguro, para que todos los niños menores de un año de edad tengan su cuna.

Se quiere resaltar que se instaló en la UCIN, un espacio de mayor frecuencia de intervenciones de Terapia Ocupacional, conformando así un trabajo más continuado y un seguimiento más prolongado y profundo de las familias.

Para finalizar, deseamos explicitar la continuidad de nuestro trabajo de investigación, no sólo desde las intervenciones en UCIN sino también generando nuevas líneas de investigación.

Anexo I

**CUESTIONARIO PARA CONOCER EL NIVEL DE
INFORMACIÓN ACERCA DE DESARROLLO Y
CUIDADOS EN EL HOGAR QUE POSEEN LOS
PADRES DE NIÑOS INTERNADOS EN LA UCIN**

Fecha:

Nro. De cuestionario:

**CUESTIONARIO PARA CONOCER EL NIVEL DE INFORMACIÓN ACERCA DE
DESARROLLO Y CUIDADOS EN EL HOGAR QUE POSEEN LOS PADRES DE
NIÑOS INTERNADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES
DEL HOSPITAL ZONAL ESPECIALIZADO MATERNO INFANTIL “ARGENTINA
DIEGO” DE LA CIUDAD DE AZUL, DURANTE EL PERIODO JULIO-OCTUBRE DE
2013**

El presente cuestionario no posee fines evaluativos, sino que forma parte de una investigación que tiene como objetivo conocer el nivel de información que poseen los padres de los bebés internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales acerca de los cuidados que deben recibir sus hijos en el hogar.

Su colaboración será de mucha ayuda para nosotras.

1- ¿Cuándo un bebe es considerado prematuro? (Marque una opción de respuesta)

- A- Cuando nace antes de las 37 semanas
- B- Cuando nace entre las 37 y 40 semanas
- C- Cuando nace con más de 40 semanas

2- ¿Hasta qué edad se aplica la edad corregida?

A-Hasta el primer año de vida

B-Hasta los 6 meses de vida.

C-Hasta los dos años de vida.

3- ¿Cuáles de estos estímulos constituyen un tacto negativo para el bebé?

(Puede marcar más de una opción)

A-Caricias

B-Extracción de sangre

C-Cintas adhesivas

D-Cambios bruscos de temperatura

E- Presión suave pero firme

4- ¿Qué características posee el tacto positivo?(Puede marcar más de una opción)

A-Tacto ligero (tipo cosquilla)

B- Presión suave

C- Presión firme

D-Ninguna es correcta

5- ¿Cómo deben ser los cambios de postura?(Puede marcar más de una opción)

A- Graduales, con sostén firme

B- Bruscos

- C- Con extremidades flexionadas
 - D- Con extremidades extendidas
- 6- Los movimientos deben ser:
- A- Rápidos
 - B- Lentos
- 7- ¿El sistema visual está maduro en un bebé que nació prematuro?
- A- Si
 - B- No
- 8- ¿Cree que es importante intercambiar miradas con su hijo?
- A- Si, porque enriquece el vínculo
 - B- No, porque aún es muy chiquito
- 9- ¿Qué sonidos cree que su bebé prefiere?
- A- El de las alarmas
 - B- El de la voz de los padres
 - C- El de la voz de enfermeras y médicos
- 10- ¿Puede el bebé reconocer el olor de su mamá?
- A- Si
 - B- No

11- ¿Cree que el bebé puede distinguir entre los diferentes sabores?

A- Si

B- No

12- ¿Cómo reconoce usted que su bebé está cansado/estresado? (Puede marcar más de una opción):

A- Porque tiene los ojos vidriosos

B- Porque llora

C- Porque duerme plácidamente

D- Porque estornuda

E- Porque bosteza

F- Porque se hiperextiende (se pone tenso y se estira)

13- ¿Cuándo cree que su bebé se encuentra tranquilo y relajado? (Puede marcar más de una opción):

A- Cuando tiene hipo

B- Cuando tiene los labios relajados

C- Cuando está extendido

D- Cuando está flexionado

14- ¿Considera que es importante respetar el sueño del bebé?

A- Si

B- No

15- ¿Qué beneficios le ofrece el nido al bebé? (Puede marcar más de una opción):

- A- Posturas en extensión
- B- Contención (imitando el útero materno)
- C- Seguridad
- D- Experiencia de sostén
- E- Control postural
- F- Regulación de la temperatura

16- ¿Son importantes los cambios posturales?

- A- Si
- B- No

17- ¿Cuáles son los beneficios del contacto piel a piel? (Puede marcar más de una opción):

- A- Regulación de la temperatura
- B- Posturas en extensión
- C- Favorece el crecimiento y desarrollo

18- ¿Cuál es la postura correcta de la mamá para amamantar?

- A- Sentada en la cama
- B- De pie

C-Cómodamente sentada con espalda, apoyabrazos y pies apoyados

19- ¿Cuál es la posición correcta para dormir?

A-Boca arriba

B-De costado

C-Boca abajo

20- ¿Cómo debe ser la superficie en la que el niño duerma?

A-Blanda

B-Dura

21- ¿A qué altura del cuerpo del bebé debe colocarse la ropa de cama?

A-A la altura de los hombros

B-A la altura del pecho

C-A la altura del cuello

22- ¿A que se denomina succión no nutritiva? (se puede marcar más de una opción)

A-Succión del pecho

B-Succión de la mamadera

C-Succión del chupete

D-Succión de la mano

23- ¿Al comienzo de la succión nutritiva el bebé puede bajar de peso?

- A- Si
- B- No

24- ¿Qué beneficios tiene la lactancia materna? (puede marcar más de una opción)

- A- Favorece el vínculo
- B- Favorece las infecciones
- C- Aporta anticuerpos
- D- Favorece la inteligencia

25- ¿Puede brindarse leche materna en la alimentación por sonda?

- A- Si
- B- No

26- ¿Es mejor la alimentación con mamadera que la alimentación con el pecho?

- A- Si
- B- No

27- ¿Es conveniente bañar al bebé todos los días?

- A- Si
- B- No

28- ¿Cuáles de estas características debe poseer el ambiente en el que se encuentra el niño?

A-Ambiente cerrado muy calefaccionado

B-Ambiente libre de humo

C-Ambiente calefaccionado con leña

D-Habitación libre de polvo

E-Presencia de muchas personas en el hogar

Anexo II

MATERIAL PARA ENTREGAR A LOS
PADRES AL MOMENTO DEL ALTA
HOSPITALARIA

En poco tiempo ustedes estarán con su bebé por fin en casa. El nacimiento “prematuro” de su hijo hizo que necesitara una asistencia especial en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Ahora su hijo está cerca de los 2000 grs. de peso y regula bien su temperatura corporal y aumenta de peso en forma estable.

CONCEPTOS BÁSICOS

✓ PREMATUREZ

Es el nacimiento antes de las 37 semanas de gestación. El bebé nace con sus sistemas todavía en formación y no está preparado para enfrentar las exigencias del medio.

Por esta inmadurez el recién nacido requiere de un cuidado especial, que demanda un control estricto de sus funciones vitales (la respiración, la frecuencia cardíaca, etc.) y por ello el bebé necesita estar en un lugar también especial, la UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales).

Sin embargo, no todos los bebés necesitan de una “atención intensiva”; algunos solo requieren controles y cuidados básicos, mientras que otros tal vez necesiten tratamientos más complejos de acuerdo con su situación clínica.

✓ EDAD CORREGIDA

Se entiende por edad corregida la que tendría el niño si hubiera nacido a término, es decir, a las 40 semanas de edad gestacional. Tomamos la fecha probable de parto y no el día en que nació prematuramente.

Por ejemplo, un niño que nace de 24 semanas de edad gestacional, a los 5 meses de nacido tiene un mes de edad corregida.

Esto es importante tenerlo en cuenta al evaluar no solo el crecimiento sino el desarrollo del bebe.

DESARROLLO DE LOS SISTEMAS SENSORIALES

Es importante brindar estímulos al bebe, estos deben ser graduados, ya que una sobre estimulación puede ser nociva.

Lo adecuado es brindar una forma de estimulación por vez, es decir, por ejemplo, sostener al bebé en brazos sin mirarle a la cara ni hablarle y esperar a que se relaje; luego si hablarle y gradualmente introducir una tercera modalidad, como el contacto visual.

Todo estímulo, incluido el contacto con el bebé, es excelente en la medida en que sea adecuado para él según sus propias posibilidades. El bebé presenta dificultades para procesar los estímulos. No es a mamá o a papá a quienes no recibe, sino a un estímulo que en determinado momento puede significar una nueva situación de estrés.

El sentido del tacto se desarrolla muy tempranamente en la panza de la mamá, rodeado de líquido, que es un estímulo táctil constante a toda la superficie de su cuerpo.

Después de un nacimiento, las relaciones táctiles sufren alteraciones.

El bebé es colocado en la incubadora y es expuesto a nuevas experiencias: instrumentos, electrodos, telas adhesivas, manipuleo de los médicos y enfermeras, procedimientos dolorosos en general; todos estos estímulos constituyen un tacto negativo para el bebé.

Para contrarrestar estas experiencias negativas, siempre que sea clínicamente posible, es importante brindarle a su hijo estímulos táctiles placenteros, como acariciarlo y sostenerlo.

La piel de los bebés nacidos prematuros es muy frágil y hay que tocarla con gran delicadeza, ejerciendo una presión suave pero firme (no cosquilla).

Durante los cuidados diarios del bebé, siempre se debe tener en cuenta que los cambios de postura deben ser lentos, sin movimientos bruscos, sino que deben realizarse gradualmente con un sostén firme, con brazos y piernas flexionados, acercándolos a la línea media del cuerpo (cuidando el sistema vestibular). Estos cuidados tienen que ver con la necesidad de mantener al recién nacido organizado y estable, colaborando con su adecuada autorregulación.

Con respecto al sistema visual, la inmadurez de la visión de los bebés recién nacidos, sobre todo los nacidos prematuros, requiere de un extremo cuidado; sus párpados, muy delgados, aún no son capaces de filtrar toda la luz ambiental. Por esta razón, las incubadoras en la UCIN se encuentran cubiertas.

Por otro lado, resulta necesario destacar que la mirada al bebé es otro tipo de nutrición, la afectiva, que enriquece el vínculo.

También es importante preservar y proteger al bebé de sonidos que puedan estresarlo. Durante el periodo de internación, los bebés reciben una “inundación sonora”, como los motores, sonidos de los respiradores, alarmas, etc.; pero igualmente es importante saber que los recién nacidos responden claramente y en especial a la voz de sus padres, diferenciándolas y prefiriéndolas antes que otras voces o ruidos.

Del mismo modo, los bebés son capaces de reconocer el olor de su mamá.

El bebé presenta preferencias por los sabores dulces, con la experiencia, irá conociendo los diferentes gustos.

SIGNOS DEL BEBÉ

El bebé recién nacido manifiesta a través del cuerpo muchos signos que indican si está tranquilo (autorregulado) o si se encuentra cansado y estresado de los estímulos que está recibiendo.

✓ SIGNOS DE ESTRÉS

-Temblor

-Bostezo

-Hipo

-Regurgitación

-Tos

-Estornudo

- Convulsiones
- Pausas respiratorias
- Cambios de coloración
- Estremecimientos
- Retorcimientos
- Suspiros
- Flaccidez
- Hiperextensión (se pone tenso y se estira)
- Ojos vidriosos
- Alerta en pánico (cara de preocupación)
- Brusca oscilación del dormir al despertar y viceversa
- Irritabilidad
- Llanto

✓ SIGNOS DE AUTORREGULACIÓN

- Sonrisa
- Labios relajados
- Expresión facial relajada
- Movimientos suaves
- Postura flexora, en línea media

ESTADOS DE CONCIENCIA

Son los diferentes estados en los que puede observarse al bebé; oscilan entre los estados de sueño profundo y liviano, a un estado de somnolencia, luego a un estado de alerta despierto, llegando hasta la inquietud y el llanto.

Una de las primeras tareas de los padres es aprender a reconocer y predecir los estados de conciencia de su bebé con el fin de saber si estará o no accesible (para ser alimentado, para dormir y para interactuar).

Los seis estados son: sueño profundo, sueño activo, estado intermedio de somnolencia, estado de alerta despierto, estado de alerta inquieto y llanto.

Podemos describir el *sueño profundo* como un estado en el que el bebé está muy quieto; de vez en cuando hay un suspiro o un sobresalto. Hay uniformidad en la respiración. Se cree que este estado es el más descansado y es importante para el crecimiento; por esto es muy importante respetarlo.

A veces, los bebés prematuros de tienen dificultades para alcanzar un sueño profundo y es probable que haya movimientos y la respiración sea menos uniforme.

En el *sueño ligero*, puede que el bebé se mueva bastante y haga sonidos, la respiración no es uniforme y los párpados aletean mucho.

Los bebés prematuros de bajo peso pasan la mayor parte del tiempo en este estado de sueño ligero, si bien su actividad es menor que la de un prematuro mayor en este estado.

Es importante también, reconocer cuando el bebé está despierto y alerta, es decir, cuando es el momento adecuado para el intercambio con mamá y papá. El bebé no

podrá establecer realmente comunicación social hasta no lograr verdaderos momentos de despierto y alerta.

En el *estado de alerta y/o despierto*, el bebé suele presentar su rostro y ojos con aspecto brillante, mira al rostro de la persona que se le acerca y sus movimientos son mínimos ya que está atento a lo que ocurre.

Cuando este estado de alerta pasa a un estado de mayor excitación, es importante detectarlo ya que no es el mejor momento para conectarse con el bebé. Se observa en este estado una mirada con expresión de miedo o ansiedad y una respiración más irregular, que puede llegar hasta el llanto.

POSICIONAMIENTO EN EL NIDO

La salida del útero, en el que el bebé flotaba cómodamente y se encontraba tranquilo y contenido, parece generar sensaciones “de caída” en el recién nacido.

Teniendo en cuenta esto, se debe ayudar al bebé a generar sensaciones de seguridad, límite y sostén, imitando el continente uterino. Esto contribuirá a su bienestar físico y emocional y lo ayudará a enfrentar una situación caótica como es el nacimiento.

En las UCIN, es habitual que el bebé en la incubadora esté rodeado de lo que se llama *nido*, que está especialmente diseñado para ofrecer al bebé, en sus primeros momentos fuera del útero materno, una experiencia de sostén. El nido rodea al bebé ofreciéndole un límite similar al útero durante la gestación. Ese límite contribuye a que el bebé permanezca más tranquilo y organizado.

Todas las posturas, siempre que el bebé se encuentre despierto, deben tender a la flexión, recordando que debemos imitar como estaría posicionado en el útero materno.

Estas posturas ayudan al bebé a mantenerse tranquilo y favorecen el desarrollo:

✓ *Boca abajo:* esta postura ayuda al bebé a mantener sus piernas y brazos flexionados y favorece el desarrollo de la musculatura, contribuyendo al sostén de su cabeza.

✓ *Boca arriba:* esta postura beneficia la comunicación de los bebés con sus padres, favoreciendo el contacto a través de la mirada.

✓ *De costado:* permite que las manos se acerquen entre sí, y a la cara, ayudando a que el bebé permanezca tranquilo.

SOSTÉN DEL BEBÉ

✓ CONTACTO PIEL A PIEL

El contacto piel a piel consiste en poner al bebé sobre el pecho descubierto de su mamá y/o de su papá. Se trata de una técnica que promueve el contacto directo, piel a piel, entre los niños prematuros o de alto riesgo y sus padres. Esto puede realizarse diariamente o varias veces al día, si la mamá o el papá lo desean.

Es una práctica segura, simple, sin efectos adversos que brinda beneficios a los padres y al recién nacido.

La temperatura corporal de la madre y/o padre asciende según la necesidad del bebé al igual que la incubadora, además ayuda al crecimiento y desarrollo del bebé, reduce el tiempo de hospitalización y favorece el vínculo entre el bebé y los papás.

✓ POSTURA Y CONFORT PARA AMAMANTAR

Es importante que la mamá se sienta cómoda con la espalda, antebrazos y pies apoyados en actitud relajada. En caso de que el niño sea demasiado pequeño puede utilizarse una almohada para acomodarlo a la altura del pecho. El bebé debe sentirse contenido y debe encontrar fácilmente el rostro de la mamá.

SUEÑO SEGURO

✓ POSICIÓN PARA DORMIR

Los niños deben ser acostados solos en su cuna exclusivamente boca arriba. Durante la internación, las enfermeras colocan a los bebés gran parte del tiempo boca abajo para dormir, pero están controlados y supervisados continuamente por ellas y por los monitores que se encuentran en la UCIN; pero una vez que el bebé está en su casa, la posición correcta para dormir es boca arriba. La posición de costado no es segura y es muy inestable, por lo tanto no se aconseja acostar al bebé en esta postura.

✓ CONDICIONES DE LA CUNA

Se debe utilizar una superficie firme para dormir. No debe acostarse al niño sobre superficies blandas como almohadas, acolchados o pieles de abrigo. La única superficie aconsejada para acostar al bebé es un colchón duro cubierto por una sábana.

En la cuna del niño no debe haber ropa de cama suelta ni objetos blandos (almohadas, frazadas, pieles de abrigo, juguetes).

La sábana y manta deben colocarse a la altura del pecho del bebé, pasando por debajo de las axilas de modo que sus brazos queden libres (por fuera de la ropa de cama), ya que los bebés se mueven mientras duermen y resulta peligroso. La sábana debe ajustarse firmemente al colchón.

ALIMENTACIÓN

Para que se pueda llegar a la puesta en el pecho del bebé se necesita de tiempo para que maduren sus funciones; es decir, que se encuentre en buen estado de salud, y que tenga una ganancia de peso que le permita afrontar el esfuerzo que para él significa la alimentación.

Existe una succión, llamada “*no nutritiva*”, que es la succión del chupete y de la mano, y es utilizada como una preparación para llegar a la alimentación nutritiva y como una actividad que tranquiliza al bebé, reduce la tensión y favorece el aumento de peso, mejora la oxigenación y el estado de alerta.

Luego, cuando el bebé está preparado para la alimentación por pecho o mamadera (*succión nutritiva*), es posible que al comienzo baje de peso, porque es un gran gasto de energía el succionar; pero esto es transitorio, solo al comienzo, hasta que el bebé se habitúe a la succión.

La leche de su madre es la alimentación ideal para el bebé, ya que contribuye su maduración, le aporta importantes cantidades de anticuerpos; y a largo plazo colabora con el desarrollo de la inteligencia.

La lactancia materna genera fuertes lazos de seguridad, afecto y comunicación entre la mamá y su hijo. Es muy importante que la mamá se cuide y que esté convencida de que su leche es buena e indispensable para la salud de su hijo.

En caso de que la alimentación por pecho no sea suficiente en cantidad para satisfacer las demandas del bebé, puede completarse la nutrición con mamadera. Este tipo de alimentación también debe favorecer un momento de encuentro de los padres con su bebé, ya que también es importante permitir que el papá u otras personas de confianza se ocupen de dársela. De este modo, la mamá igualmente puede concentrarse en la lactancia y en las sesiones de extracción de leche.

✓ ALIMENTACIÓN POR SONDA

Cuando el bebé, por diversas causas, no está preparado para succionar por sus propios medios o cuando necesita suplementos, se lo alimenta con leche materna u otra, a través de una sonda orogástrica; que es un tubo flexible que se introduce por la boca y llega hasta el estómago. De esta forma, la leche se dará fraccionada en varias tomas.

El momento en que el bebé recibe la leche por sonda es también un momento de encuentro con los papás, de manera que pueden, mientras se alimenta, sostenerlo de la mano o tenerlo en brazos.

HIGIENE

✓ HIGIENE DEL BEBÉ

Es importante bañar todos los días al bebé en la habitación más calurosa de la casa. Es conveniente bañarlo siempre en el mismo horario, antes de mamar, con movimientos suaves y con los elementos necesarios cerca. Para los primeros baños y hasta que tu bebé se adapte a esta nueva actividad, es recomendable envolverlo con una toalla chica, introducirlo de esta manera en el agua e ir retirándosela a medida que se van lavando las diferentes partes del cuerpo.

✓ ACONDICIONAMIENTO AMBIENTAL DEL HOGAR

- Mantener el ambiente calefaccionado, en lo posible con gas natural o estufas eléctricas.
- No fumar cerca del bebé ni en la casa. Los niños expuestos al humo tienen una mayor predisposición a desarrollar infecciones respiratorias u otras enfermedades.
- Tratar de mantener la habitación libre de polvo. Siempre que sea posible, es bueno que el bebé pase a otro lugar de la casa calefaccionado, mientras ventilan el lugar donde pasa la mayor parte del día.
- Lavarse las manos con jabón común siempre que se va a tocar o alimentar al bebé. También se puede utilizar alcohol en gel.

- Esterilizar las mamaderas con agua hirviendo durante 15 minutos y guardarlas en la heladera.

- Restringir las visitas durante el primer periodo que el bebé está en el hogar.

Anexo III

Tablas del Análisis de Datos

Tablas del Análisis de Datos

Tabla N°1:

Resultados Generales del Cuestionario sobre Desarrollo y Cuidados en el Hogar administrado a padres de niños internados en UCIN del Hospital Materno Infantil "Argentina Diego" de la ciudad de Azul en el periodo julio- octubre que formaron parte del Consultorio de Seguimiento del Niño de Alto Riesgo; Año 2013.

PRE PRUEBA						POST PRUEBA					
Suficiente info.		Mediana mente suf. info		Sin info.		Suficiente info.		Mediana mente suf. info		Sin info.	
N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
4	22,2	10	55,6	4	22,2	17	94,4	1	5,6	0	0

Tabla N°2:

Resultados por Categoría del Cuestionario sobre Desarrollo y Cuidados en el Hogar administrado a padres de niños internados en UCIN del Hospital Materno Infantil "Argentina Diego" de la ciudad de Azul en el periodo julio- octubre que formaron parte del Consultorio de Seguimiento del Niño de Alto Riesgo; Año 2013.

Categoría	Pre- Prueba				Categoría	Post- Prueba			
	Suficiente información		Sin información			Suficiente información		Sin información	
	N°	%	N°	%		N°	%	N°	%
Conceptos Básicos	20	55,6	16	44,4	Conceptos Básicos	31	86,1	5	13,9
Dllo.de los sist. sensoriales	95	58,6	67	41,4	Dllo.de los sist. sensoriales	130	80,2	32	19,8
Signos del bebé	15	41,7	21	58,3	Signos del bebé	33	91,7	3	8,3
Estados de conciencia	15	83,3	3	16,7	Estados de conciencia	18	100	0	0
Posicionamiento	21	58,3	15	41,7	Posicionamiento	33	91,7	3	8,3
Sostén del bebé	33	91,7	3	8,3	Sostén del bebé	35	97,2	1	2,8
Sueño seguro	24	44,4	30	55,6	Sueño seguro	45	83,3	9	16,7
Alimentación	75	83,3	15	16,7	Alimentación	88	97,8	2	2,2
Higiene	24	66,7	12	33,3	Higiene	32	88,9	4	11,1
TOTAL	322	63,9	182	36,1	TOTAL	445	88,3	59	11,7