



FORMACIÓN ONLINE EN
*Lactancia
materna*

·y Salud Mental·
tercera edición



De Octubre de 2020 a Junio de 2021



Instituto Europeo de
Salud Mental Perinatal



DISCLAIMER

- La información presentada en esta presentación es exclusivamente para uso personal de las alumnas y alumnos del Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal. No puede ser colgada en la red ni reenviada. Si deseas utilizar alguna parte con fines de docentes puedes hacerlo siempre y cuando cites la fuente (Ibone Olza, IESMP) y nos lo comuniques y/o envíes una copia del trabajo si es posible.
- Este trabajo forma parte de un libro en construcción por lo que te ruego seas especialmente cuidadosa con el mismo. Es el resultado de infinitas horas de estudio y trabajo. Si lo comparto es con el fin de facilitar la formación y el aprendizaje que en última instancia favorezca una mejor atención a las madres y los bebés.
- Gracias por tu interés y esfuerzo



- La llegada de los tratamientos de infertilidad y el incremento en la edad de la mujer para procrear, especialmente en los países más desarrollados, han incrementado los índices de prematuridad.
- Hoy el 95% de los bebés nacidos antes de las 28 semanas de edad gestacional y con menos de 1.250 kg sobreviven.
- Los niños nacidos con 24 semanas tienen un 50% aprox. de posibilidad de supervivencia en centros de cuidados de nivel III. En Japón un feto de 22 y 23 semanas de gestación tiene el derecho legal y humano de ser reanimado y a recibir cuidados.



El niño prematuro ,El Feto desplazado.



- Los niños prematuros se desarrollan en ambientes extrauterinos en un momento en que sus cerebros están creciendo mas rápido que en cualquier otro momento de su vida.
- Ellos esperan tres ambientes heredados:
 - 1- El útero materno
 - 2-el cuerpo de sus padres.
 - 3-el grupo familiar y social de su comunidad.

El parto prematuro ha removido a estos niños de su ambiente esperado y prometido.

Dada la inmadurez de sus órganos, ellos requieren un cuidado que solo esta disponible en ambientes médicos tecnológicos, como las UCIN de alta tecnología.

En estos ambientes hospitalarios de terapia intensiva, los niños prematuros experimentan procedimientos de cuidado que aseguran su supervivencia, pero que también ponen en alto riesgo de daños para ellos (enfermedad pulmonar grave, cicatrices, desprendimientos de retinas, etc.)



- Los bebés prematuros esperan experimentar continuos estímulos cinestésicos y sensoriales provenientes del líquido amniótico y el saco amniótico reactivo, los cuales le proporcionan el desarrollo apropiados a los sistemas táctil, olfatorio, gustativo y motor.
- Los bebés prematuros también esperan los ritmos maternos diurnos y hormonales, los cuales proveen estados apropiados diferenciados y regulados.
- En el niño nacido prematuro, las experiencias sensoriales, incluidas la voz de la madre transmitida dentro de la cavidad uterina a través de la pared abdominal, la placenta y la pared del saco amniótico, son abruptamente removidas. Ellos esperan que ello ocurra en una línea de tiempo sostenida y evolucionada.



- Además de estas interrupciones inmediatas, el desarrollo físico parental y el proceso de preparación emocional-afectivo que acompaña son también interrumpidos de manera súbita. Estos desafíos llevan a dificultades crecientes y esperables mas adelantes. (por ejemplo trat.del aprendizaje, déficit de atención ,trastornos visomotores inestabilidad y vulnerabilidad emocional, dificultades en la autorregulacion, etc.) Todo ello deriva en un déficit significativo en el desempeño escolar en mas del 50% de los niños prematuros.
- Por tanto es importante garantizar el funcionamiento bien integrado y balanceado para el niños prematuro que se desarrolla fuera del útero.
- Paralelo a ello la montaña rusa de sentimientos de los padres prematuros



- Antes se creía que los fetos funcionaban a nivel del tronco cerebral. Sin embargo algunas investigación en psicología y neurociencias del comportamiento del recién nacido señalan que aun los niños extremadamente inmaduros, son complejos, sensible , activos y orientados hacia el objetivo de buscar y obtener estimulación sensorial y social específica. Son competentes en sus intentos por regular sus propios umbrales de reacción y respuesta cuando son atendidos y asistidos de manera correcta.
- Cuidado tomado con seriedad, implicando un cambio en el sistema, apoyo y entrenamiento del personal y la inclusión total de los padres y la relación padres-personal en todos los aspectos del cuidado.





- El cerebro en desarrollo depende de un suministro estable de nutrientes, de control de la temperatura y de la presencia de múltiples sistemas de regulación, incluido el ritmo hormonal y cronobiológico materno fetal. El ambiente de la UCIN, a pesar de los avances, continua siendo un sustituto sumamente inadecuado del útero humano que funciona de manera correcta.
- La UCIN causa una descarga sensorial masiva y un desajuste a lo largo de las dimensiones, como la luz y el sonido. Además carece de dimensiones enteras de estímulos de regulación de los cuales depende el cerebro fetal, por ejemplo ambiente liquido, los estímulos de las hormonas y el cronometro diurno materno.
- De este modo la UCIN esta en grave discordancia con las expectativas de un sistema nervioso en desarrollo.



- El entorno clave para el niño prematuro son los padres. Desde el comienzo de la vida extrauterina, el recién nacido es lanzado a lo específico de la especie, a un camino interactivo, colaborativo y comunicativo, el cual es apoyado y retribuido afectivamente por el cuidador.
- La atención interactiva del recién nacido parece es muy valiosa. Los padres están a dispuestos a ayudar y a ampliar el estado de alerta de su niño. Sin embargo, los niños prematuros parecen ser muy inmaduros para devolver las expectativas de los padres en la interacción social.





El Comportamiento: el modo de comunicación del bebe prematuro

- El gran desafío es encontrar la manera de reducir la discrepancia entre la experiencia extrauterina de la y UCIN las expectativas del cerebro inmaduro.
- El comportamiento del recién nacido es el medio de comunicación siempre observable y la ruta de acceso a la voz de niño
- Aprender a escuchar esta voz aumenta la comprensión del bienestar y el buen funcionamiento del cerebro del neonato.

El esfuerzo subyacente del sistema nervioso en desarrollo para lograr la integrar, representa la tensión entre dos antagonistas básicos del comportamiento: la exploración y la evasión.



- En el funcionamiento y el desempeño bien integrado los dos antagonistas de acercamiento y alejamiento se modulan uno con otro y provocan una respuesta adaptativa.
- Cuando un estímulo es irresistible, el niño como cualquier otro organismo, se acerca al estímulo, lo busca; se torna sensible y receptivo al estímulo.
- Cuando un estímulo sobrecarga la red neuronal del niño, este se defiende contra eso, evita activamente el estímulo y evita activamente el estímulo y por último se retira activamente de ello.
- Este acercamiento y alejamiento se responde a patrones mutuamente modulados.
- Por ejemplo: Cara animada del cuidador



- La respuesta, la cual en el niño a término se limitara a la cara y las manos, se puede generalizar en todo el sistema corporal del niño prematuro.
- Los recién nacidos prematuros luchan con la activación / inhibición diferencial de las funciones autonómicas, incluidos la respiración, el ritmo cardiaco, el control de la temperatura, la digestión y la defecación. Simultáneamente también luchan con las funciones del sistema motor y los estados de la conciencia.
- El sistema motor del niño pretermino espera estímulos cutáneos provenientes del líquidos y del pared del saco amniótico, los cuales dentro del útero mantienen el desarrollo y la diferenciación del balance creciente flexor-extensor, así como la de la calma.



- Las funciones de los estados del niño pretermino esperan estímulos filtrados producidos por el sueño vigilia, actividad descanso, y por los ciclos hormonales y nutricionales maternos.



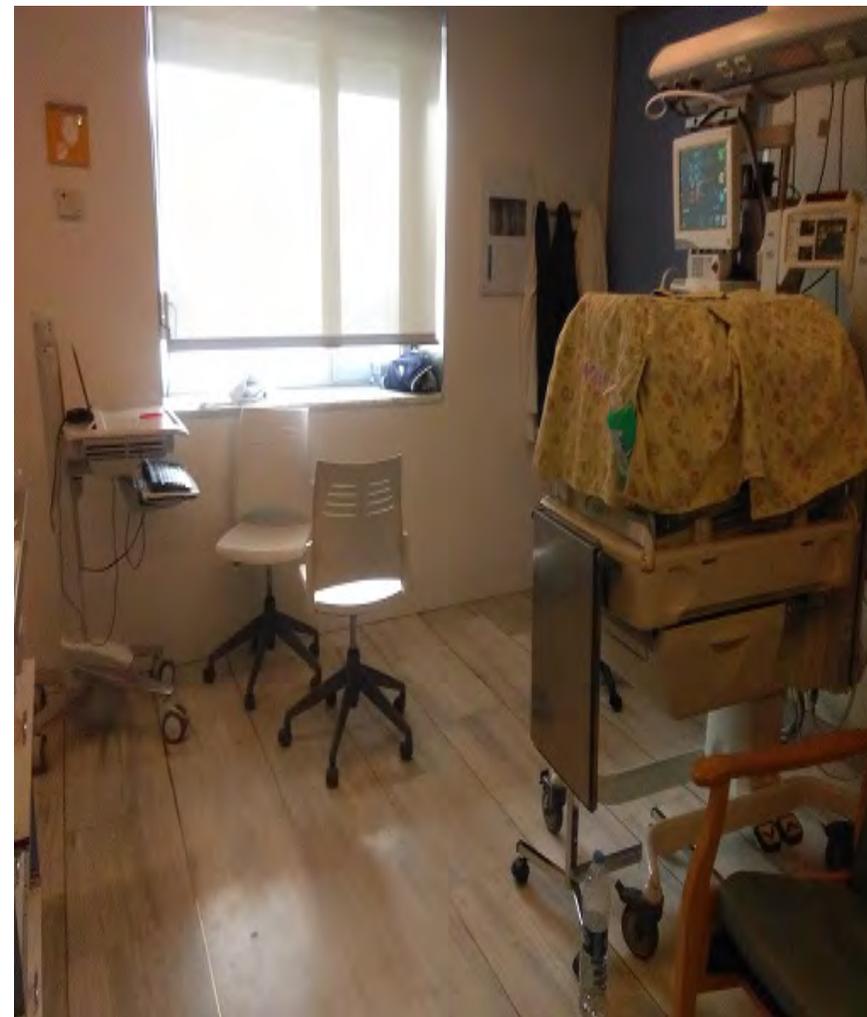


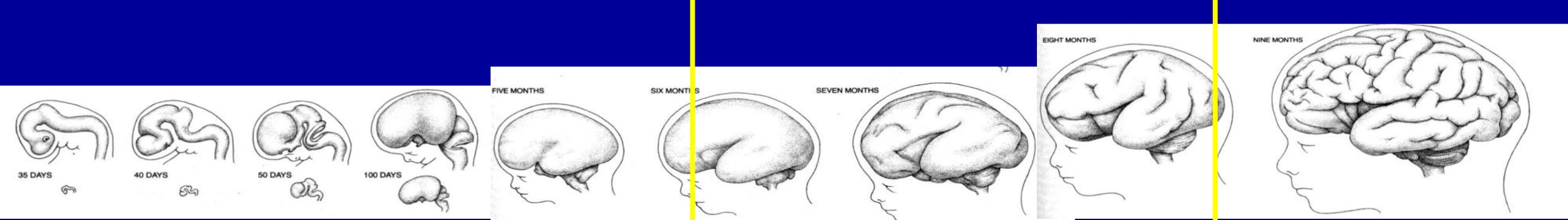
Como mamíferos, los humanos esperamos en nuestro desarrollo

- El útero materno.
- El pecho y el cuerpo de la madre.
- La familia y el entorno social.



¿Qué sucede cuando un recién nacido es expuesto al ambiente de una UCIN ?





Organization



Weeks Gestation 10 15 20 25 30 35 40



“Expected stimulation”

Para muchas de sus funciones, el desarrollo del cerebro humano depende de las experiencias y depende también de que la experiencia sea adecuada y se produzca en un momento determinado. Si esto no sucede, pueden afectarse las redes neuronales correspondientes.

... una de las funciones que se aprenden durante el desarrollo es el manejo del estrés



¿Qué es el estrés ?

reacción fisiológica del organismo para afrontar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada.

El cerebro detecta el peligro (o se lo imagina)



Se activan los sistemas de respuesta

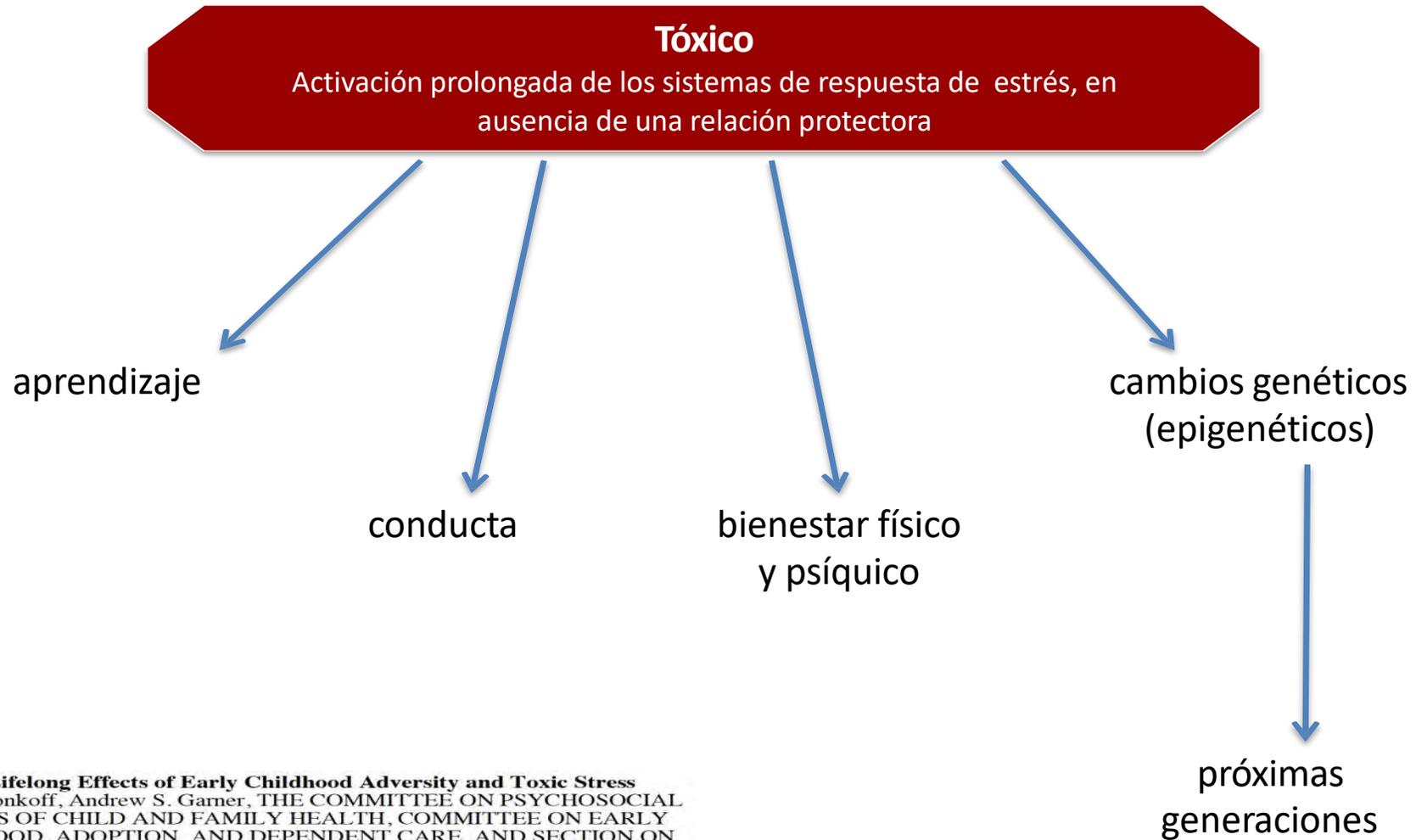


Se retorna a una situación de equilibrio





Efectos del estrés tóxico a largo plazo



The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress
Jack P. Shonkoff, Andrew S. Garner, THE COMMITTEE ON PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF CHILD AND FAMILY HEALTH, COMMITTEE ON EARLY CHILDHOOD, ADOPTION, AND DEPENDENT CARE, AND SECTION ON DEVELOPMENTAL AND BEHAVIORAL PEDIATRICS, Benjamin S. Siegel, Mary I. Dobbins, Marian F. Earls, Andrew S. Garner, Laura McGuinn, John Pascoe and David L. Wood
Pediatrics 2012;129:e232; originally published online December 26, 2011; DOI: 10.1542/peds.2011-2663

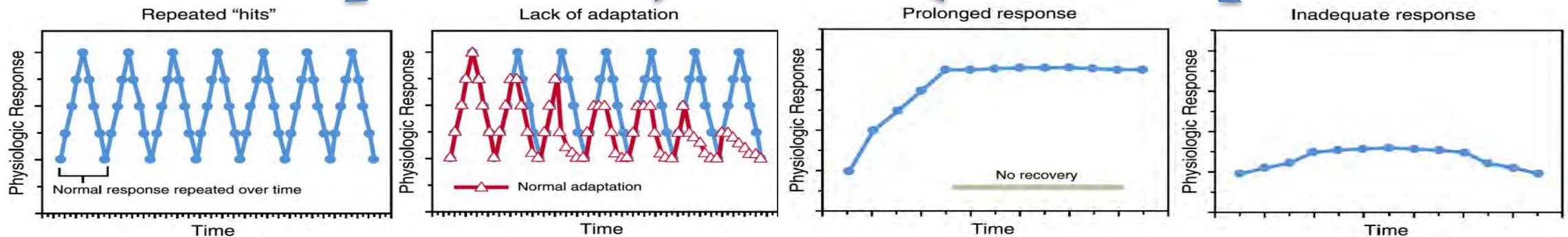


¿Qué le sucede al recién nacido que ingresa en UCINN?

cambia su hábitat seguro y organizador se pone en riesgo su desarrollo normal



Alostasis: Describe el proceso a través del cual el cuerpo sometido a situaciones de exigencia o **estrés** logra recuperar su estabilidad (**homeostasis**) realizando cambios de comportamiento fisiológico o psicológico que le permitan mantener un equilibrio estable, considerando también las exigencias futuras.





DEFINICION DOLOR

- Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada al tejido real o potencial.
- Proceso inseparable de la vida diaria. Universal, protector y esencial para la supervivencia, puede tener profundos efectos deletereos sobre la calidad de vida.

Anand, Menon, McIntosch; 1998.





PROCESOS DOLOROSOS

- Punción arterial/venosa
- Canalización vías centrales/perifericas
- Intubación
- Ventilación mecánica
- Punción lumbar
- Punción supra púbica
- Punción de talón
- Inserción/retirada de drenajes
- Procedimientos quirúrgicas (cierre de torax.)
y postoperatorio
- Fondo de ojo





- Aspiracion de secreciones respiratorias/ retenciones
- Cures de heridas quirurgicas, ostomias, ulceras
- Irritacion perianal
- Retirada de apositos
- Colocacion de sondas vesical/gastrica





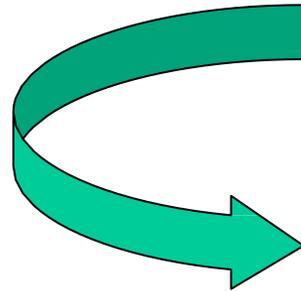
PROCESOS QUE CAUSAN ESTRES

- Cambio de pañal
 - Apertura i cierre de puertas de la incubadora
 - Entorno (luz, ruidos.) Ruidos de puertas, de suelas de los zapatos, conversaciones, de abrir y cerrar incubadora...
 - Manipulaciones. (seguidas, necesarias?)
 - Cambio brusco de temperatura (tocar con las manos muy frias)
 - Fototerapia.
 - Pesar al bebe .
 - Inmovilizar con ferulas
-
- Objetivar el dolor: La incapacidad natural del RN para verbalizar sus emociones hace que la observaci6n de las reacciones (lenguaje corporal) y de la alteraci6n de los signos vitales, sea la tecnica mas eficiente.

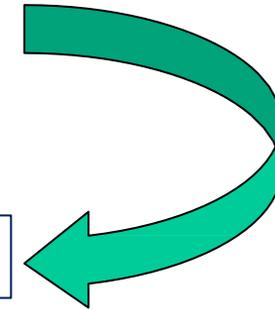
El estrés es un factor muy importante en la UCINN:

- causa de morbimortalidad
- dificulta la recuperación

El dilema del cuidado al recién nacido en UCINN, cuánto es iatrogenia ?



estrés tóxico
falta de la estimulación, esperada seguridad



El primer paso: ser conscientes



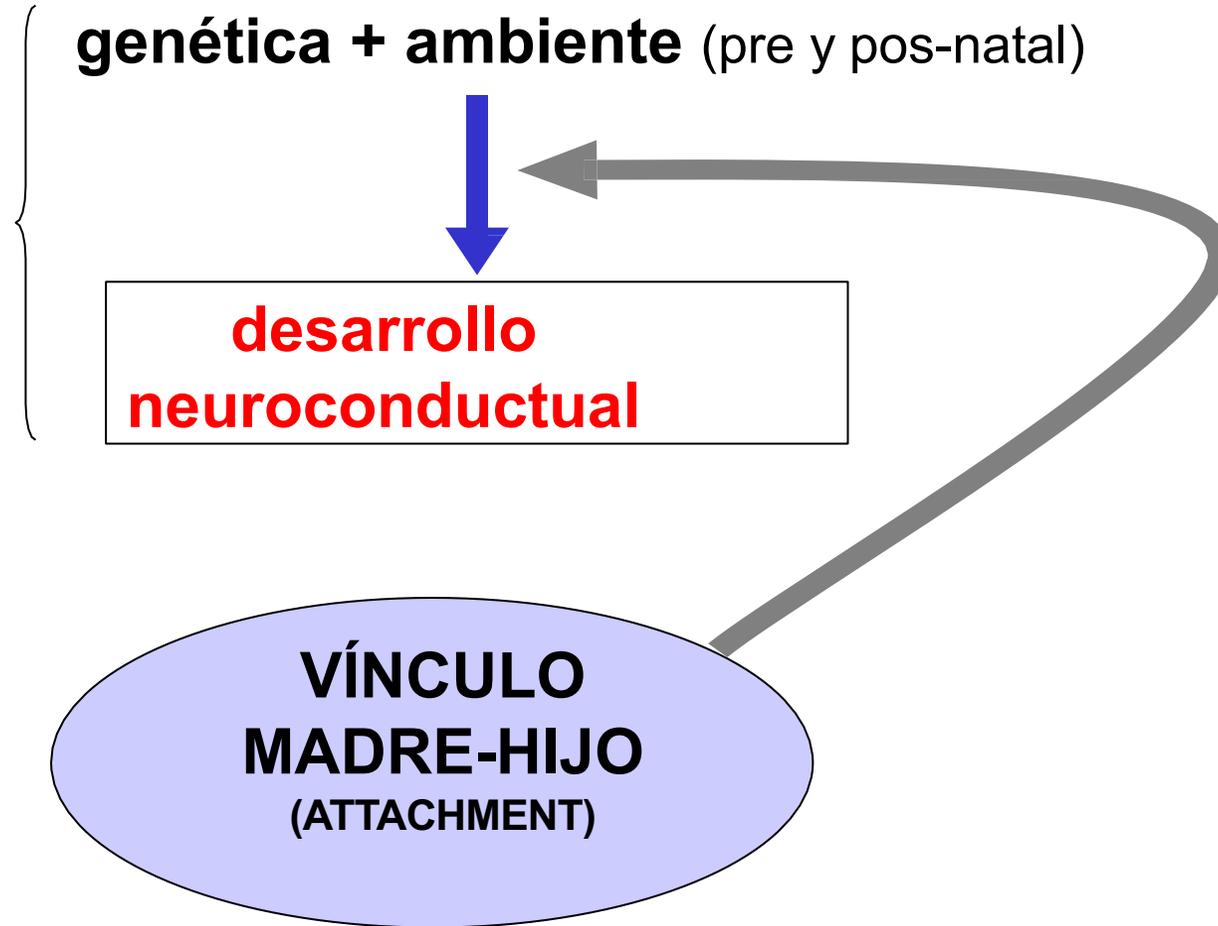
¿Qué pasa con la diada madre-bebe....
¿Qué pasa con la familia...

?????????



Desarrollo neuroconductual normal

durante el
período de
desarrollo del
SNC:
25 sem – 2 años





EL VÍNCULO

El vínculo es una experiencia humana compleja que requiere contacto físico e interacción



“ Sin alteridad todo se detiene. Ninguna promesa genética se cumplirá. Sin nicho sensorial que envuelve al bebé, no será posible ningún desarrollo.” (B. Cyrulnik.)





La teoría del Apego

Bowlby (1944) visualizo la necesidad del bebé de vincularse a su madre como una motivación innata por excelencia.

“Necesidad humana universal para formar vínculos afectivos estrecho... desde la cuna hasta la tumba.”





Entre cuidador y bebé se comprende como un sistema de regulación diádica.” (Bowlby)



Regulación fisiológica. Regulación del estrés, de las emociones, del aprendizaje y de los estados mentales.



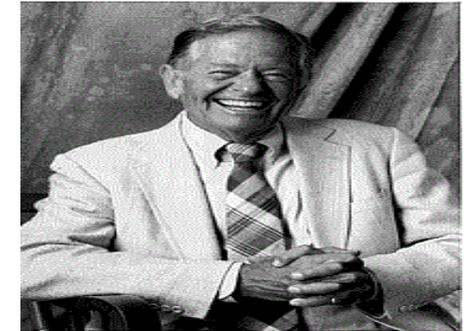
Apego y desarrollo cerebral



procesos co-dependientes.



- Década del 70 : cambio cualitativo dentro de la psicología del desarrollo humano
- Estudios sobre la “relación y comunicación afectiva entre la madre y su bebe desde el nacimiento y los primeros años de vida...” (Brazelton, Koslowski, Main,1974).
- Mas tarde surge NIDCAP. Dra. Als.





Allan Schore, neuropsicólogo estadounidense, el cual emprendió una propuesta en la que integro diversas áreas del conocimiento, como la neurociencia y la subáreas de esta: neurobiología, neurología conductual, neuropsicología, neurociencia afectiva, entre otras, junto a los aportes la psicología del desarrollo, el psicoanálisis, y estudios sobre la regulación emocional.

El Dr. Allan Schore trabaja en la facultad clínica del Departamento de Psiquiatría y Ciencias Bio-conductuales de la Escuela de Medicina David Geffen de la UCLA y en el Centro de Cultura, Cerebro y Desarrollo de la UCLA. Es autor de cuatro libros fundamentales [Affect Regulation and the Origin of the Self](#), [Affect Dysregulation and Disorders of the Self](#), [Affect Regulation and the Repair of the Self](#), and [The Science of the Art of Psychotherapy](#),



- **“Teoría de regulación”**, en donde “...la madre modela y modula con sus acciones de cuidado el cerebro del bebé.” (Lecannelier,2006, p. 26). Y la modelan a ella también.
- permite que el bebé desarrolle distintas habilidades para enfrentar **y/o regular el estrés**, las emociones y las situaciones novedosas, así como el aprendizaje y los estados mentales.
- **Se regulan afectivamente madre y bebe. Ej. Lactancia.**





- Las experiencias traumáticas a temprana edad afectarían el óptimo desarrollo y buen funcionamiento del hemisferio derecho, responsable por todas aquellas funciones propias de lo afectivo y lo social.
- Se verían afectadas todas aquellas capacidades que permiten una regulación y adaptación al entorno. Por lo tanto, **“el trauma relacional” generaría una pérdida de la habilidad de regulación de los afectos, traduciéndose en un aumento en la sensibilidad ante las situaciones estresantes, en edades posteriores, constituyéndose en un factor predisponente al desarrollo de patologías psiquiátricas.**





Behavioral Problems and Cognitive Performance At 5 Years of Age After Very Preterm Birth: The EPIPAGE Study

Delobel-Ayoub M, et al

Pediatrics 2009;123:1485-1492

“los problemas conductuales están directamente ligados a las dificultades cognitivas que aparecen posteriormente

los problemas conductuales deben de ser valorados en todos los niños nacidos muy prematuramente, y *el bienestar materno debe ser un foco de especial atención*”



Ante una situación traumática como es la hospitalización y/o enfermedad , la “Buena Madre “ Es aquella que puede ir conectando con su emociones, con sus sentimientos e ir reparando poco a poco en interacción con su bebe. El Apego como un proceso.

Ej Lactancia

La importancia de sostener a la madre.





Pero,... ¿podemos hacer algo más ?



NACIMIENTO PREMATURO/INGRESO EN UCINN

Desaparición de Estímulos normales

Distress provocado por exceso de estímulos

Cambio bruscos con las expectativas parentales

Qué podemos hacer ?

procurar cuidados adaptados a las necesidades del recién nacido

reducir el estrés y el dolor, evitar la separación

promover la participación de los padres en los cuidados
promover el vínculo

Cuidados Centrados en el Desarrollo y en la Familia



participación de los padres

Cuidados centrados en la Familia es el nombre que recibe la constelación de nueva filosofías, actitudes, y aproximaciones al cuidado de los niños con necesidades sanitarias especiales. El verdadero centro de los Cuidados centrados en la Familia es el reconocimiento que la familia es la constante principal en la vida del niño. Por ello, los Cuidados centrados en la Familia se construyen a partir de la asociación entre padres y profesionales

National Centre for Family Centred Care. 1990

What is family centred care?

Bethesda MD: Association for the Care of Children's Health



N Newborn
I Individualized
D Developmental
C Care and
A Assessment
P Program



Heidelise Als



RESEARCH + INNOVATION > RESEARCH > RESEARCHERS > [HEIDELISE ALS, PHD](#)

Heidelise Als, PhD



Lab:	Als Laboratory
Department:	Psychiatry
Division:	Psychology Research
Hospital Title:	Director, Neurobehavioral Infant and Child Studies
Academic Title:	Professor of Psychology, Harvard Medical School
Research Focus Area:	Newborn Neurodevelopmental Assessment and Intervention
Contact:	617-355-8249

RELATED LABORATORY



ALS LABORATORY



El Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (Programa NIDCAP), **Programa de evaluación y cuidado individualizado del desarrollo para recién nacidos.**

Desarrollado por la Dra. Heidelise Als y sus colegas, es un acercamiento comprensivo hacia el cuidado apoyado del desarrollo, que trata de manera individualizada las metas y el nivel de estabilidad del niño. También busca apoyar a las familias y profesionales que cuidan de ellos. Promueve y entrena profesionales en el marco del NIDCAP.

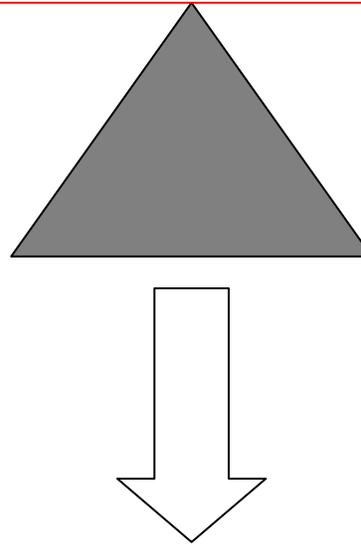




como podemos ofrecer cuidados individualizados?

estrés
excesivo

promover sus
capacidades



comprensión del comportamiento de los recién nacidos, del comportamiento de la familia y del sistema.



QUE NECESITAMOS?

comprender al recién nacido,
sus necesidades y comportamientos
Comprender y apoyar a la madre.

Formación y
observación

comprender a familia, su relación con y entre los
profesionales

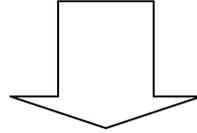
formación
profesionales

Facilitar la participación de la familia

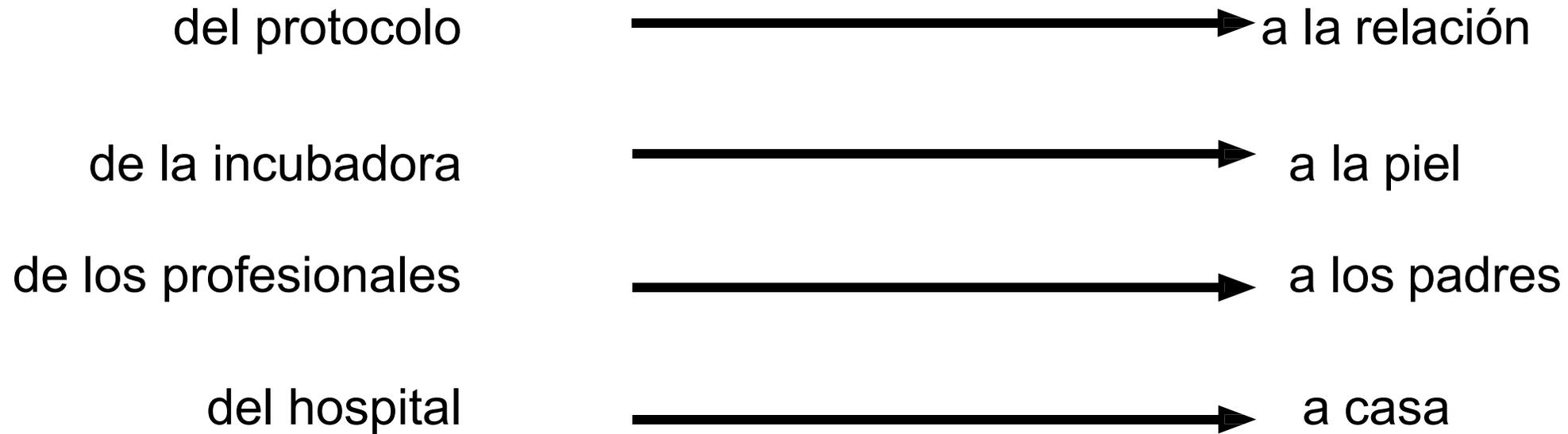
Formación
Cambios en los
espacios físicos

Cuidados a los profesionales

DONDE ESTÁ EL PROBLEMA?



PRECISA DE UN CAMBIO DE PARADIGMA





TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

- Manipulacion gentil
- Alimentacion al pecho.
- Sacarosa
- Contacte piel con piel (canguro)
- Arrullar y posicionar



PROPICIAR EL CONTACTO PIEL CON PIEL: Método Canguro



Maternal-Preterm Skin-to-Skin Contact Enhances Child Physiologic Organization and Cognitive Control Across the First 10 Years of Life

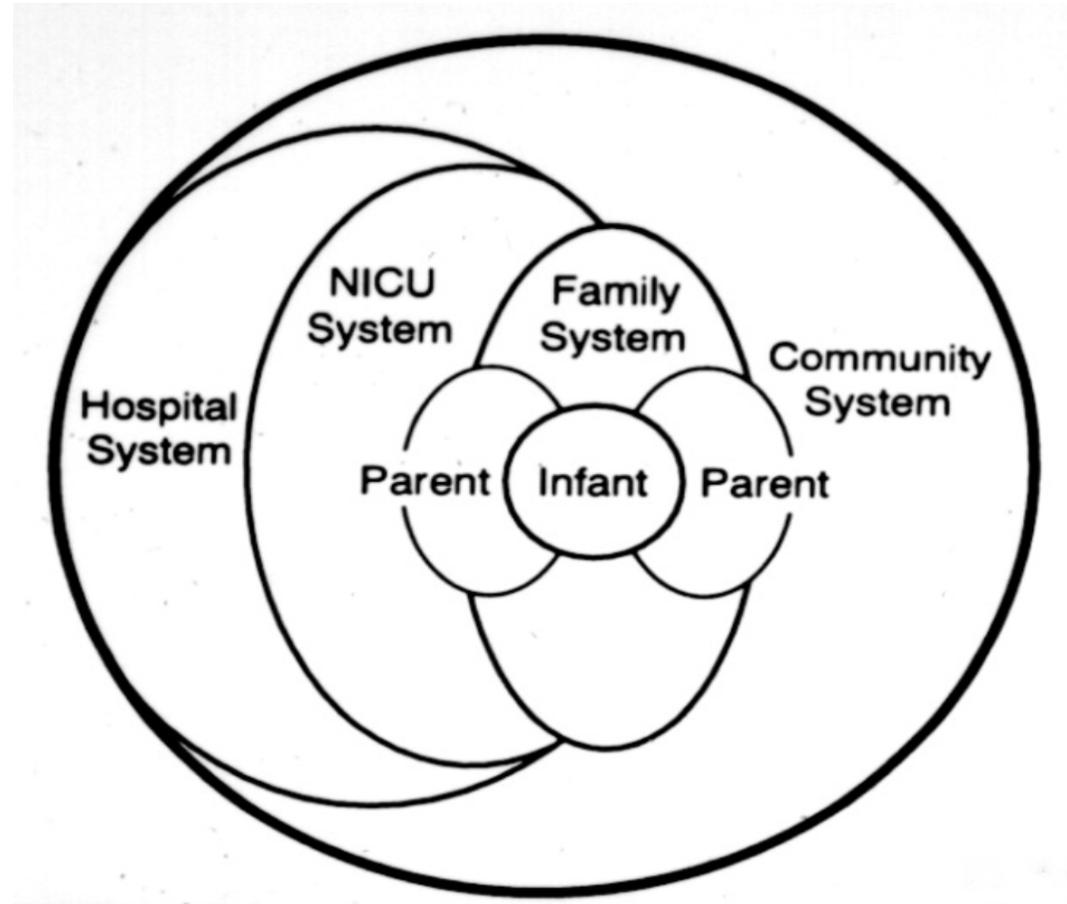
Period	Outcomes			
Neonatal	Contact Intervention 14 days, 1 hr daily, Maternal-Newborn Skin-to-Skin Contact			
Term Age	Physiological Processes Millor funció parasimpàtica (RSA) Millor organització cicle son-vigília	Parental Mental Health	Mother - Child Interaction	
3 Months		Menys ansietat Menys stress parental	Més conductes d"attachment"	
6 Months				Cognitive Development Millor puntuació IDM (test de Bayley II)
12 Months				
24 Months				
5 Years				Cognitive Development Millors funcions executives
10 Y	Physiological Processes Millor funció autonòmica (RSA i cortisol) Millor eficiència del son	Parental Mental Health	Mother - Child Interaction Major reciprocitat	

Figure 1. Overall study design testing the effects of maternal-preterm skin-to-skin contact across the first 10 years of life. MDI, Mental Development Index; PDI, Psychomotor Developmental Index.



“Los cuidados Centrados en Desarrollo entienden que cada niño es un Individuo con fortalezas y competencias únicas, y con un dintel propio de de estres y de desorganizacion”.

H. Als, 1986



NIDCAP ofrece un programa de entrenamiento formal en los cuidados individualizados basados en la evaluación del comportamiento y el desarrollo del bebé.

Als H (1992). Individualized, family focused developmental care for the very low-birthweight preterm infant in the NICU. In SL Friedman, MD Sigman (eds.). *The Psychological Development of Low Birthweight Children. Advances in Applied Developmental Psychology* (vol 6, pp. 341-388). Norwood, NJ: Ablex



Es necesario entender el bebe sus necesidades y sus comportamientos





QUE ES CONDUCTA ?

- manera de comportarse.
- Tener una buena o mala conducta .
- conducta seria, regular, irregular...

Que es un comportamiento?

Conjunto de reacciones de un individuo en un medio y en una unidad de tiempo determinado, dotado siempre de sentido.



¿Tiene conductas el bebé nacido de forma prematura...?





Particularidades de la conducta del bebe prematuro

- no es verbal.
- es diferente de la conducta del niño y del adulto.
- es diferente según la edad gestacional.

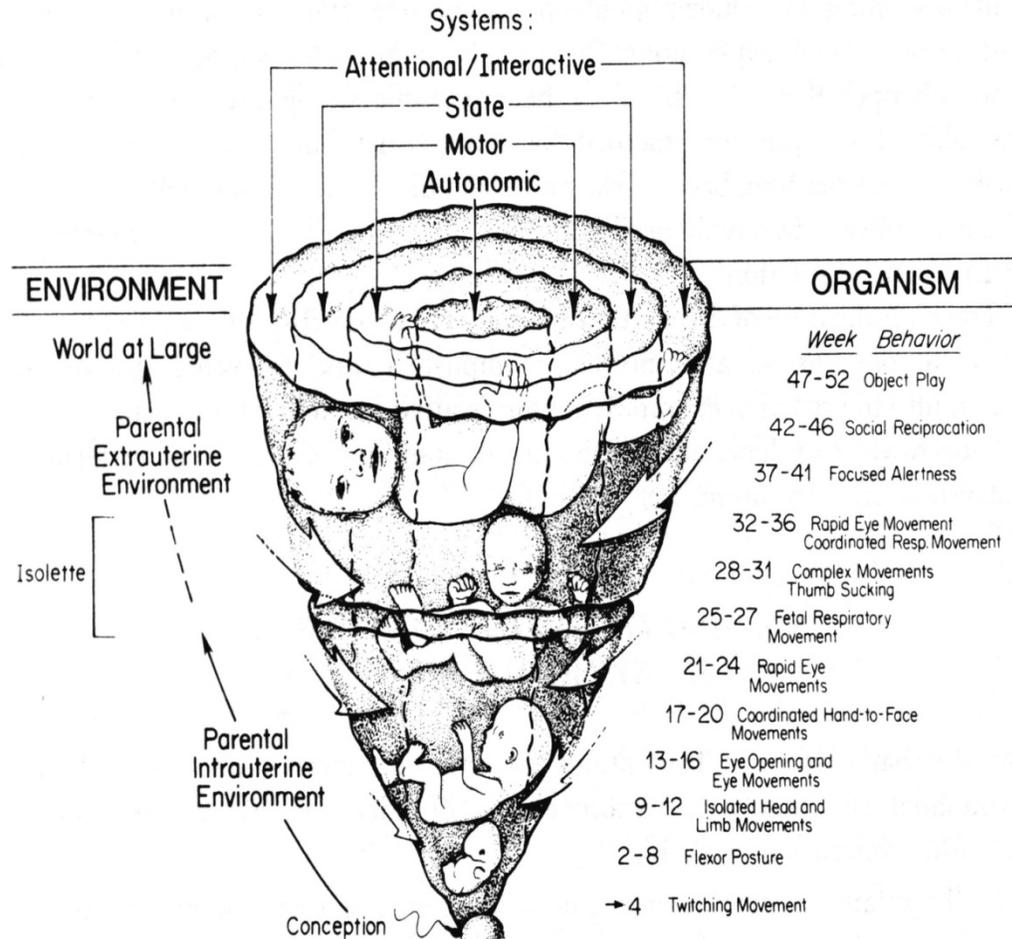


Teoría Sinactiva

- El comportamiento es la fuente primaria para comunicar que sus niveles de estrés están en el dintel del estrés o en la relativa estabilidad funcional.
- Sistema autonómico
- Sistema motor
- Sistema de los estados del comportamiento.
- Sistema interactivo.
- Sistema de autorregulación.



MODEL OF THE SYNACTIVE ORGANIZATION OF BEHAVIORAL DEVELOPMENT



Als.H (1982). Toward a synactive theory of development: Promise for the assessment of infant individuality. *Infant Mental Health J* 3(4), 229-243



Teoría Sinactiva

- El desarrollo de estos subsistemas se produce en una secuencia determinada y la relativa estabilidad de un subsistema permite la funcionalidad del siguiente.

Los diversos aspectos del comportamiento del bebé pueden ser considerados como el resultado de la interacción entre subsistemas.



Teoría Sinactiva



- El bebe Pretermino de edad gestacional muy baja está comprometido en la estabilización de sus funciones autonómicas (FR, FC, Temp, Funcdigest.etc). El incremento de la actividad motriz, manipulaciones táctiles,... pueden comprometer la organización autonómica.

De forma gradual aparecen las diferenciaciones de los estados de sueño y/a vigilia y aumenta la capacidad de regulación.



Qué, cómo y cuándo observar...?

Las conductas observadas están organizadas en grupos que incluyen:

- respuestas autonómicas/viscerales
- respuestas motrices
- estado de alerta/sueño y atencionales
- las capacidades de autorregulación



Sistema autonómico



respiracion
Color
sistemas viscerales





SISTEMA MOTOR



tono

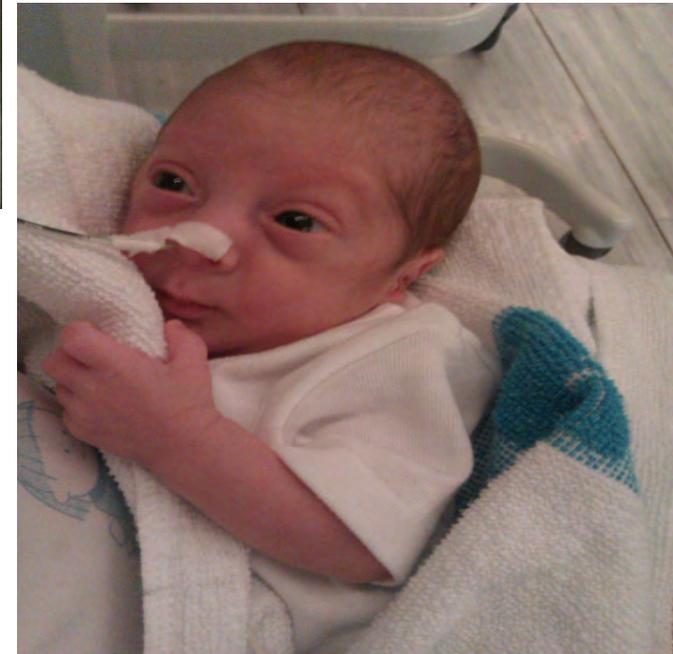
postura

movimento



Sistema de Autorregulación

esfuerzos
estrategias
èxito







2012/01/19 12:14





Estados desorganizados

- Respiraciones irregulares y pausas respiratorias.
- Color pálido, reticulado, rubicund, oscuro o cianótico.
- Temblores, sobresaltos y espasmes.
- Signos viscerales como vómitos, ennuagament, sollozo, ruidos de movimiento intestinal, ruidos y jadeo (respiración fatigosa, “jadeo”).
- Suspiros, dependiendo de la frecuencia.
- Flacidez de brazos, piernas y tronco.
- Movimiento frecuente de extensión de brazos y piernas.
- Conducta de estirado/ahogado, retorcimiento difuso frecuente, arqueo.
- Extensión frecuente de la lengua, boquiabierto, muecas frecuentes.
- Despliegue de dedos, planeando, saludando, sentado al aire, puño cerrado.
- Protesta, bostezo, estornudo, ojos flotante y actitud evitativa.



Estados Organizados

- Respiración regular.
- Color rosado.
- Estabilidad visceral.
- Tono muy mantenido y modulado.
- Movimientos suaves de brazos, piernas y tronco.
- Esfuerzo y éxito al plegar el tronco en flexión modulada y para juntar las piernas.
- En el bebé muy pequeño, la conducta de la mano a la cara.
- Busca y succión.
- Mi y pie apretados.
- Intentos de llevar la mi a la boca, coger y sostener (prensión).
- Todos los estados modulados , excepto el llanto prolongado e intenso.
- Cara abierta.
- Arrufar el frente, cara de “uh”, “arrullo” y movimientos de habla.



La conducta del bebe

- es una expresión continúa de la función cerebral
- se puede observar siempre
- es una guía para la interacción y la cura



Las observaciones conductuales

- la observación del bebé se repite a intervalos regulares.
- el bebé es observado antes de una manipulación o interacción.
- cuando está sometido a curas rutinarias.
- y después, para constatar el regreso del bebé a una situación de mayor estabilidad.



Graficas de las observaciones

Cada observación está dividida en intervalos de tiempos de 2 minutos y organizadas en un formato de lista de frecuencia por el registro continuo del comportamiento.

HOJA DE OBSERVACION

Nombre: _____ Fecha: _____ Hoja N°: _____

		Tiempo:							Tiempo:				
		0-2	3-4	5-6	7-8	9-10			0-2	3-4	5-6	7-8	9-10
Resp.:	Regular						Estado del Sueño:	1A					
	Irregular							1B					
	Lenta							2A					
	Rápida							2B					
	Pausa							3A					
Coloración	Ictérica							3B					
	Rosada							4A					
	Palida							4B					
	Reticulada							5A					
	Rubicunda							5B					
	Terrosa							6A					
	Cianótica							6B					
	Temblores							AA					
	Sobresalto						Rostro:	Hociqueo					
	Espasmos faciales							Búsqueda					
	Espasmos corporales							Succión					
Viscerales/ Resp.	Espasmos en extremidades						Extrem.:	Dedos Extendidos					
	Escupir/Vomitir							Aeroplano					
	Arcada							Saludo					
	Erupto							Sentado en el aire					
	Hipo							Manos apretadas					
	Mov. Intestinal sonoro							Pies juntos					
	Sonidos (tipo lloriqueo)							Mano en la boca					
Suspiro						Escarbando							
Motor:	Respiración Laboriosa						Bien agarrado						
	Brazos flácidos						Puño cerrado						
	Piernas flácidas						Atención:	Protesta					
	Brazos flexionados	A						Bostezo					
	Pi							Estornudo					
	Piernas flexionadas	A						Cara abierta					
	P							Ojos flotando					
	Brazos extendidos	A						Evitativo					
	P							Ceño fruncido					
	Piernas extendidas	A						Cara de Uh					
	P							Alelado					
	Mov. Suave de Brazos							Arrullo					
	Mov. Suave de Piernas							Mov. de habla					
	Mov. Suave de Tronco							(prona-supina-lateral)					
	Flácido/ahogado							(der.-izq.-medio)					
Retorcimiento difuso						(cuna-incub.-brazos)							
Arqueado						Postura:		Frec. Cardíaca					
Tronco Plegado							Frec. Respiratoria						
Busca apoyo							Saturación						
Rostro	Protrusión de lengua												
	Mano en la cara												
	Boquiabierto												
	Muecas												
	Sonrisa												

HOJA DE OBSERVACIÓN NIDCAP

PARÀMETRES BÀSICS

Postura: (prona-supina-lateral)
Cabeza: (der.-izq.-medio)
Localització: (cuna-incub.-brazos)
Manipulacions:
 Frec. Cardíaca
 Frec. Respiratoria
 Saturació

HOJA DE OBSERVACION

		Horario				Fecha				Matr. P.							
		07:00	08:00	09:00	10:00												
Antecedentes	Edad					Examen de Estado	Temperatura					Examen de Signos	Frecuencia Cardíaca				
	Sexo						Saturación						Frecuencia Respiratoria				
	Gravidez						Presión Arterial						Saturación de O ₂				
	Parto						Glucosa						Glucosa				
Examen de Estado	Estado General					Examen de Signos	Frecuencia Cardíaca					Examen de Signos	Frecuencia Respiratoria				
	Coloración						Saturación						Saturación de O ₂				
	Temperatura						Presión Arterial						Glucosa				
	Glucosa						Glucosa						Glucosa				
Examen de Signos	Frecuencia Cardíaca					Examen de Signos	Frecuencia Respiratoria					Examen de Signos	Saturación de O ₂				
	Saturación de O ₂						Presión Arterial						Glucosa				
	Presión Arterial						Glucosa						Glucosa				
	Glucosa						Glucosa						Glucosa				



SISTEMA AUTONÒMICO

Resp.:	Regular					
	Irregular					
	Lenta					
	Rápida					
	Pausa					
Coloración	Ictérica					
	Rosada					
	Pálida					
	Reticulada					
	Rubicunda					
	Terrosa					
	Cianótica					
	Temblores					
	Sobresalto					
	Espasmos faciales					
	Espasmos corporales					
Viscerales/ Resp.	Espasmos en extremidades					
	Escupir/Vomitir					
	Arcada					
	Erupto					
	Hipo					
	Mov. Intestinal sonoro					
	Sonidos (tipo lloriqueo)					
Suspiro						
Respiración Laboriosa						



HOJA DE OBSERVACION

		Nombre					Fecha					Hoy (D)				
		T	V	M	A	D	T	V	M	A	D	T	V	M	A	D
Signos	Temperatura															
	Presión Arterial															
	Frecuencia Cardíaca															
	Frecuencia Respiratoria															
	Saturación de Oxígeno															
Examen	Inspección															
	Palpación															
	PerCUSión															
	Auscultación															
	Medición de la presión arterial															
Pruebas	Prueba de la presión arterial															
	Prueba de la frecuencia cardíaca															
	Prueba de la frecuencia respiratoria															
	Prueba de la saturación de oxígeno															
	Prueba de la presión arterial															

SISTEMA MOTOR

Motor:	Brazos flácidos					
	Piernas flácidas					
	Brazos flexionados	A				
		P				
	Piernas flexionadas	A				
		P				
	Brazos extendidos	A				
		P				
	Piernas extendidas	A				
		P				
	Mov. Suave de Brazos					
	Mov. Suave de Piernas					
	Mov. Suave de Tronco					
Flácido/ahogado						
Retorcimiento difuso						
Arqueado						
Tronco Plegado						
Busca apoyo						
Rostro	Protrusión de lengua					
	Mano en la cara					
	Boquiabierto					
	Muecas					
	Sonrisa					

Rostro:	Hociqueo				
	Búsqueda				
	Succión				
Extrem.:	Dedos Extendidos				
	Aeroplano				
	Saludo				
	Sentado en el aire				
	Manos apretadas				
	Pies juntos				
	Mano en la boca				
	Escarbando				
	Bien agarrado				
	Puño cerrado				



HOJA DE OBSERVACION

Nombre	Fecha	Nombre					Hoy (P)				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Observación	Fecha	Observación									
		Observación									
		Observación									
		Observación									
		Observación									
		Observación									
		Observación									
		Observación									
		Observación									
		Observación									
Muecas	Fecha	Muecas									
		Muecas									
		Muecas									
		Muecas									
		Muecas									
		Muecas									
		Muecas									
		Muecas									
		Muecas									
		Muecas									
Sonrisa	Fecha	Sonrisa									
		Sonrisa									
		Sonrisa									
		Sonrisa									
		Sonrisa									
		Sonrisa									
		Sonrisa									
		Sonrisa									
		Sonrisa									
		Sonrisa									

Hoja de Observación (P) 1981

© 1981 AP Pediatric International, 2001

APR 81 AP Pediatric International, 2001



Después de la observación

- el observador evalúa la capacidad del bebé para organizar y modular los cinco subsistemas del comportamiento.
- el observador anota los signos de bienestar y de autorregulación, así como las suyas señales de estrés y sensibilidad.
- después de reflexionar, el observador explica y sugiere como estructurar y sincronizar el entorno al bebé, la estimulación y los procedimientos, a los ciclos de sueño y alerta del niño con el objeto de argumentar su capacidad y eficacia de regularse solo.



Cuales son los Objetivos

- Reducir los factores ambientales estresantes.
- Estructurar las actividades de cura en respuesta a las claves de conducta del bebé.
- Implicación de la familia.



Otros objetivos

- El momento y la organización de las intervenciones tiene que ser apropiado a la individualidad del bebé y de la familia.
- El apoyo a la construcción del vínculo entre los padres y sus hijos es un objetivo fundamental.
- La coordinación entre todos los profesionales proveedores de servicios.



Recomendaciones

- En relación en el espacio que rodea al bebé.
- En relación al ambiente.
- En relación a los padres.
- En relación a la consecución de estrategias facilitadores.
- En relación a los cuidadores del bebé

ENTORNO AMBIENTAL

- luz
- sonido
- posición
- ubicación
- nido





Disminuir Situaciones de Estrés

- Ubicación.
- posiciones de flexión.
- disminución de ruidos.
- disminuir luminosidad.
- agrupar las cures.
- interpretación de las señales.





Las curas del día a día: Organización conductual.

- Es la capacidad de conservar el equilibrio entre los diferentes subsistemas a medida que el bebé se enfrenta a exigencias sensitivas y posicionales.
- los cuidadores que identifican y reaccionan a las pistas conductuales del bebé refuerzan y mejoran su capacidad de conseguir la organización conductual: dándole tiempo de reposo si aparecen conductas de evitación ayudándolo y mejorando sus intentos de aproximación.



A tener en cuenta...

- cómo reacciona el bebé a las maniobras diarias de cura?
- cómo puede la familia participar en las curas sintiéndose cómoda?
- hay alguna postura que sea más molesta que alguna otra?
- qué elemento ambiental puede tener influencias negativas?
- qué grado de estimulación tolera el bebé antes de perder su estabilidad?
- qué apoyo necesita para mantenerla?
- es posible cambiar el orden cronológico de las curas médicas y/o de enfermería para disminuir el nivel de estrés?



Cuidados del dolor

- evaluación de señales faciales.
- frecuencia cardíaca.
- tensión arterial.
- Oxigenación.
- señales corporales.





Cuidados con la Lactancia.

- acercar el bebé al pecho.
- favorecer el encuentro.
- encontrar el mejor momento
- sonda y pecho





Cuidar a los padres.

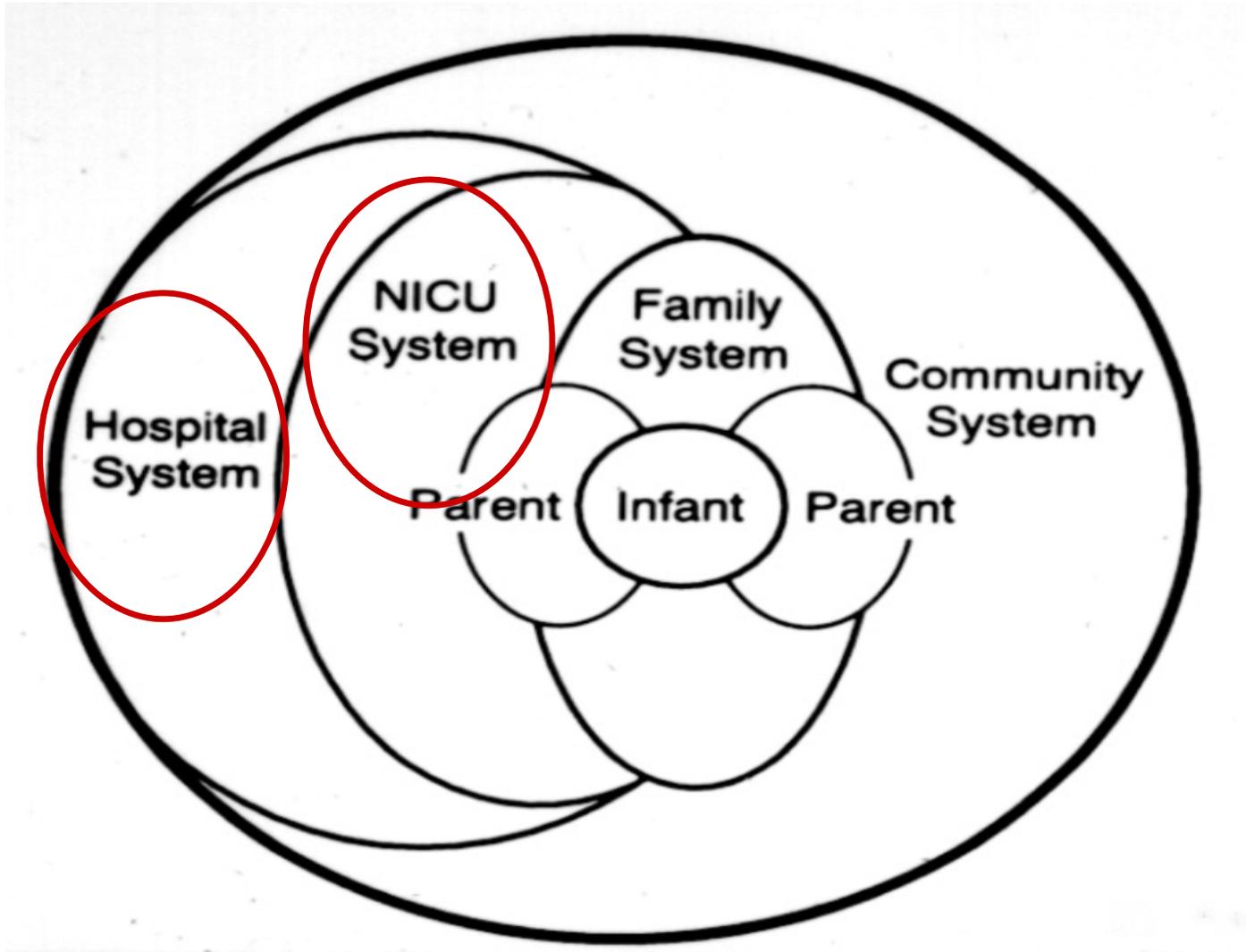
- entrevista prenatal
- entrevistas individuales
- entrevistas semanales con el equipo
- reunión de padres
- entrevistas con el especialista en curas individualizadas







MODELO SINACTIVO DE CUIDADOS NIDCAP CENTRADOS EN LA FAMILIA



Als H (1992). Individualized, family focused developmental care for the very low-birthweight preterm infant in the NICU. In SL Friedman, MD Sigman (eds.). *The Psychological Development of Low Birthweight Children. Advances in Applied Developmental Psychology* (vol 6, pp. 341-388). Norwood, NJ: Ablex



Objetivos

- Un componente fundamental de las curas a la UCINN es estructurar un entorno físico y social contenedor y enriquecedor del sistema nervioso inmaduro del bebé y del sentido de capacidad de la familia.





“El hito de la educación en NIDCAP es hacer un cambio del pensamiento basado en el protocolo, a un pensamiento orientado a la relación, AL VINCULO.”





NIDCAP:

- 1-Proporcionar cuidados terapéuticos apropiados para prevenir que el -cerebro sea dañado por una estimulación inadecuada
- 2.- Ayudar a Conservar energía para el crecimiento, reduciendo las actividades enérgicas.
- 3.- Que las experiencias diarias lo ayuden en su desarrollo normal
- 4.- Reducir las interrupciones del sueño.
- 5.-Pensar en un cuidado individualizado del niño y su familia
- 6- Adecuar el ambiente.
- 7-Observar y pensar antes de actuar.
- 8.-Tener muy presente el dolor.
- 9- Mejorar la alimentación, promoviendo la lactancia materna, y mejorando la digestión a través de un buen ritmo y una buena posición

Early experience alters brain function and structure

Als H. et al

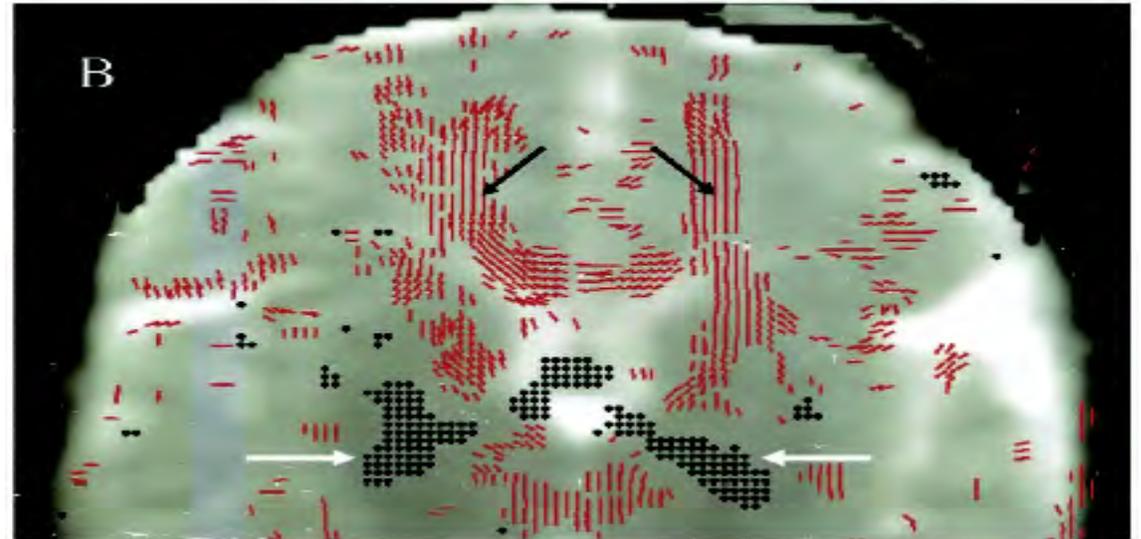
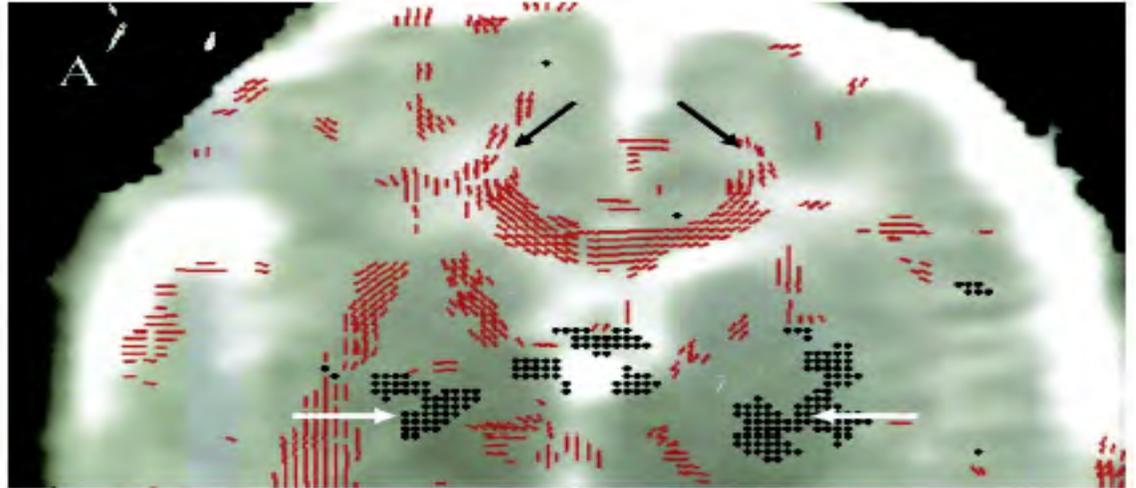
Pediatrics 2004;113:846-857

dos grups de pacients:
14 experimentals
16 controls

cures NIDCAP vs cures habituals

controls neuroconductuals
electrofisiològics i neuroimatge

“els resultats indiquen de forma consistent una millor funció i una major maduresa de l'estructura nerviosa dels nadons del grup experimental al comparar-los amb els controls”



Individualized Behavioral and Environmental Care for the Very Low Birth Weight Preterm Infant at High Risk for Bronchopulmonary Dysplasia: Neonatal Intensive Care Unit and Developmental Outcome

Als H, Lawhon G, Brown E, Gibes R, Duffy FH, McAnulty G, Blickman JG
Pediatrics 1986; 78 (6): 1123-1132

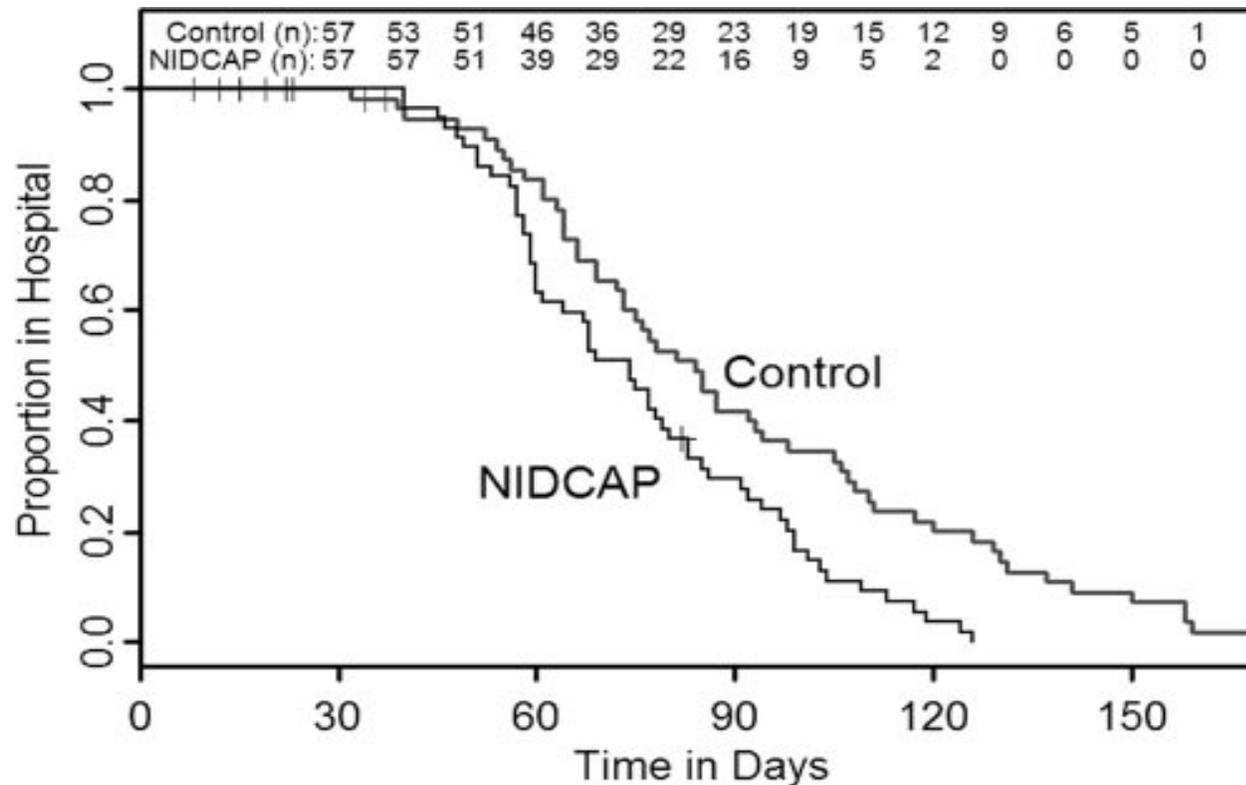
TABLE. Medical Outcome Variables*

Outcome Variable	Group		df	t	P
	1 (n = 8)	2 (n = 8)			
Av wt gain/wk from birth to NICU discharge (g)	104.63 ± 17.37 (79–126)	119.63 ± 22.88 (92–164)	14	1.477	<.21
Postconception age at NICU discharge (wk)	40.63 ± 3.07 (37–45)	38.75 ± 2.12 (36–43)	14	1.422	<.2
No. of days in hospital	97.63 ± 26.70 (81–134)	84.00 ± 13.54 (70–114)	14	1.287	<.2
No. of day on respirator	42.88 ± 18.92 (21–77)	18.38 ± 10.97 (6–35)	14	3.168	<.01
No. of days on oxygen	66.38 ± 35.60† (33–125)	32.00 ± 14.65 (9–49)	14	2.526	<.05
No. of days before bottle-feeding	79.25 ± 21.89 (59–122)	49.63 ± 13.54 (21–64)	14	3.255	<.01

* Results are means ± SD. Ranges are in parentheses.

Improvement of Short- and Long-Term Outcomes for Very Low Birth Weight Infants: Edmonton NIDCAP Trial

Peters KL, Rosychuk RJ, Hendson L, Cote JJ, McPherson C, Tyebkhan JM
Pediatrics 2009;124:1009-1020



disminució dels dies d'ingrés

Improvement of Short- and Long-Term Outcomes for Very Low Birth Weight Infants: Edmonton NIDCAP Trial

Peters KL, Rosychuk RJ, Hendson L, Cote JJ, McPherson C, Tyebkhan JM
Pediatrics 2009;124:1009-1020

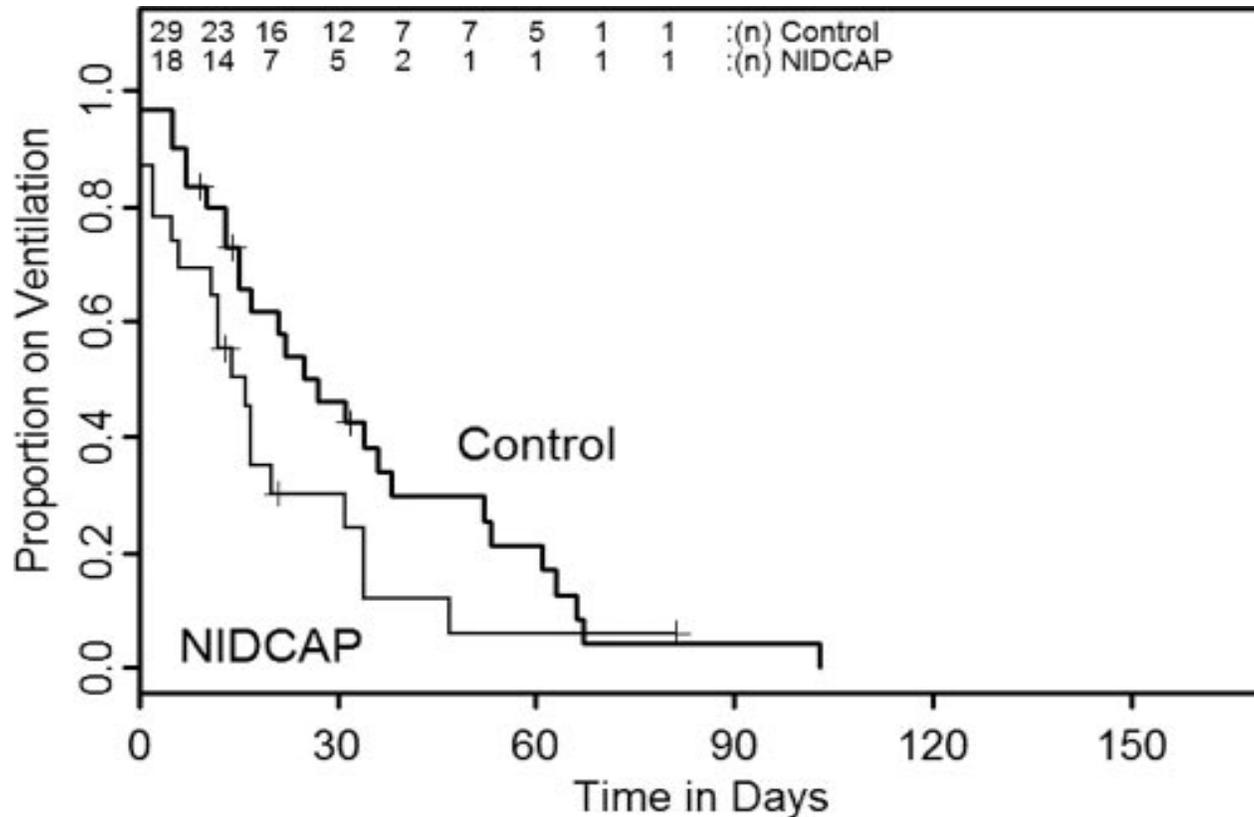


TABLE 6 Neurodevelopmental Outcomes at 18 Months

	n (%)		P
	NIDCAP (N = 51)	Control (N = 50)	
Any disability	5 (10)	15 (30)	.02
MDI score of <70	5 (10)	15 (30)	.02
CP	0 (0)	3 (6)	.11
Sensorineural hearing loss	0 (0)	2 (4)	.19
Visual impairment	0 (0)	0 (0)	NA
Severe disability	3 (6)	10 (20)	.03

Severe disability indicates ≥ 1 of MDI score of <55, CP, visual impairment, or sensorineural hearing loss; NA, not applicable.

disminució dels dies de ventilació mecànica
 millor evolució del neurodesenvolupament als 18 mesos

Muchas Gracias