

III CONGRESO DE SALUD INFANTIL

Atención Temprana: Prematuridad y Bajo Peso

5 de octubre de 2013, Elche

Reconocido de Interés Sanitario
Actividad acreditada con 1.4 créditos de formación continuada.



III CONGRESO DE SALUD INFANTIL
Atención Temprana: Prematuridad y Bajo Peso

Libro de resúmenes

Elche, 5 de octubre de 2013
Fundación Salud Infantil

III CONGRESO DE SALUD INFANTIL

Atención Temprana: Prematuridad y Bajo Peso

Libro de resúmenes

Elche, 5 de octubre de 2013
Fundación Salud Infantil



AGÈNCIA
VALENCIANA
DE SALUT



Escuela Internacional
de Protocolo
ELCHE



Federación Estatal
de Asociaciones de Profesionales
de Atención Temprana



Ayuntamiento de Elche



UNIVERSITAT
Miguel
Hernández
Aniversario



Fundación
Juan Perón-Pikolinos



BIOARRAY



FUNDACIÓN
Salud Infantil

©de los textos:

1.ª edición:

©de esta edición: PSYLICOM Distribuciones Editoriales
C/ San Juan de la Cruz, 9 Bajo. 46009 VALENCIA.
Tel. 96 366 20 17. Fax. 96 366 51 32
www.psyli.com

Diseño y maquetación:

Ortogràfic

Imprime:

Depósito Legal: V-
ISBN:

IMPRESO EN ESPAÑA - PRINTED IN SPAIN

Índice

Introducción.....	11
1. Fundación Salud Infantil	13
2. Programa técnico del congreso	15
3. Comité de Honor.....	17
4. Comité Organizador.....	19
5. Comité Científico	21
6. Conferencias.....	23
a. El cerebro en niños de riesgo biológico: alteraciones e implicaciones en el desarrollo	25
b. Procesos epigenéticos: importancia del período comprendido entre el nacimiento y los primeros años de vida	27
c. La Neuropediatría en Atención Temprana: cuestiones relativas al diagnóstico y la medicación	28
d. Eficacia de la Atención Temprana en niños con factores de riesgo desde el momento del nacimiento.....	31
i. Eficacia de la intervención intrahospitalaria en niños de riesgo biológico	32
e. Una población especial: el prematuro tardío, un candidato más	34
f. Cuidados centrados en el desarrollo. Situación de las unidades de Neonatología en España.....	43
g. Estrés y ansiedad parental en la unidad de cuidados intensivos neonatales. El papel modulador de una intervención temprana.....	45

7. Comunicaciones libres:.....	47
a. Comunicaciones orales:	
I. Eficacia de la intervención fisioterapéutica en el progreso motor de los niños prematuros externos	49
II. Asociación entre la evaluación neurológica neonatal y el desarrollo cognitivo en niños prematuros.....	50
III. Bioética en los recién nacidos prematuros y su repercusión en Atención Temprana	52
IV. Entrenamiento con tapiz rodante en niños prematuros de riesgo moderado promueve pasos de mayor calidad: resultados de un ensayo clínico controlado.....	54
V. Conducta del prematuro en la UCIN: análisis de la evaluación.....	56
VI. Perfil del desarrollo en niños con muy bajo peso al nacimiento.....	57
VII. Prematuridad y bajo peso al nacimiento en niños con marcha de puntillas idiopática	59
VIII. Riesgo perinatal y déficit neuropsicológico en niños prematuros	61
b. Comunicaciones en formato póster.....	
I. Influencia de la estimulación acuática en el control postural del niño sano	65
II. Programa de alimentación en niños con ayudas especiales	67
III. La Unidad de Respiración Infantil: un lugar de integración educativa	70
IV. El inventario de riesgo perinatal según el grado de prematuridad	72
V. Impacto del nacimiento pretérmino y con bajo peso en la cognición, conducta y aprendizaje de niños en edad escolar	74
VI. Evaluación de la atención ejecutiva en un grupo de prematuros de alto y bajo riesgo neurosensorial a la edad de seis años	76
VII. Musicoterapia en prematuros.....	78
VIII. El poder de la música en mujeres lactantes que requieren extracción de leche materna cuyos hijos están ingresados en una Unidad de Neonatología	80
IX. "Nuestras manos, nuestro niños".....	82
X. Beneficios del método canguro en el recién nacido pretérmino.....	84
XI. Práctica del método madre-canguro intrahospitalario, beneficios en neonatos	86

XII. Ventajas de la lactancia materna sobre la lactancia artificial en el lactante prematuro y recién nacido bajo peso	88
XIII. Apnea en prematuros y tratamientos preventivos.....	90
XIV. Atención de enfermería a la mujer con riesgo de abandono de la lactancia materna	92
XV. Cuidado postural del recién nacido prematuro	94
XVI. Cuidados de enfermería en la nutrición parental total y nutrición enteral	96
XVII. Cuidados de enfermería para la prevención de las infecciones posnatales	98
XVIII. Cuidados y calidad en las intervenciones de enfermería en la retinopatía del prematuro	100
XIX. Efectos beneficiosos de la estimulación táctil en recién nacidos prematuros	102
XX. El recién nacido pretérmino y los cuidados posturales en UCI Neonatal	104
XXI. Fototerapia profiláctica preventiva a neonatos de bajo peso	106
XXII. Intervenciones de enfermería para disminuir el estrés en el RNPT en la UCI	108
XXIII. Programa de detección precoz de hipoacusias en el recién nacido	110
XXIV. Virus sincital respiratorio, ¿riesgo biológico o social?.....	112
8. Relación de autores	114
Entidades colaboradoras.....	117

Introducción

El III Congreso de Salud Infantil Atención Temprana: Prematuridad y Bajo Peso pretende ser una puesta al día de los últimos conocimientos de la Atención Temprana en el ámbito hospitalario pero, también, de los temas colaterales, tales como son los avances en Neonatología, Neurobiología, técnicas de diagnóstico y atención directa a las familias etc...

Además, los organizadores de este congreso quieren conseguir que dicho evento sea un punto de reunión y un foro de debates entre profesionales del sector, estudiantes y cualquier persona interesada en la materia. Consideran que encuentros de esta categoría pueden dar un impulso renovado a la Atención Temprana y concienciar a la población de la necesidad de trabajar con l@s niñ@s prematur@s y/o con patologías, con un acento especial sobre la ayuda a las familias.

La coordinación interdisciplinar, de la que este congreso puede ser un ejemplo, resulta fundamental para trabajar con l@s prematur@s y sus familias.

Pero, además, este congreso tiene otro objetivo: el de dar la oportunidad a la gente externa a la organización de presentar sus trabajos a través de comunicaciones y/o de pósters.

Fundación Salud Infantil

La Fundación Salud Infantil es una entidad privada, sin ánimo de lucro y de interés social, creada en 1997 e inscrita en el Registro de Fundaciones de la Conselleria de Justicia y Administraciones Públicas un año más tarde. Tiene por objeto atender de forma preventiva y /o asistencial a niñ@s de 0 a 6 años con problemas de desarrollo o riesgo de padecerlos por causa de origen prenatal, perinatal o posnatal , así como a sus familias.

Esta fundación pretende, además, promover el desarrollo de programas específicos de estudio e investigación en el campo de Ciencias de la Salud, especialmente dirigidos a la problemática de la población infantil. Actualmente, Salud Infantil dispone de cuatro unidades: Atención Temprana, Terapia Acuática, Respiro Infantil y Atención Directa en el Servicio de Neonatología del Hospital General Universitario de Elche.

El año pasado se constituyó como centro de Neurodesarrollo Infantil que cuenta, además de los programas descritos en líneas anteriores, con una unidad que potencia las capacidades del niño sano a través de talleres de psicomotricidad, masaje infantil y estimulación psicomotriz.

Para más información se remite al lector a la página web www.fundacionsaludinfantil.org.

Programa

8.30 - 9.00 h. Recogida de Material.

9.00 - 9.15 h. Acto de apertura

9.15 - 9.45 h. Presentación de Libro

“ATENCIÓN TEMPRANA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO”

9.45 - 10.30 h. El cerebro en niños de riesgo biológico: alteraciones e implicaciones en el desarrollo.

Dra. Nelly Padilla. Pediatra-Neonatóloga.
Investigación Medicina Fetal-H.Clinic, Barcelona. Karolinska Institut Estocolomo.

10.30 - 11.15 h. Procesos epigenéticos: importancia del periodo comprendido entre el nacimiento y los primeros años de vida.

Dra. María Luisa Martínez-Frías. Bióloga.
Centro de Investigación de Anomalías Congénitas (CIAC). Instituto de Salud Carlos III, Madrid.

11.15 - 11.45 h. Pausa-café. Visionado de pósters.

11.45 - 12.30 h. La Neuropediatría en Atención Temprana: cuestiones relativas al diagnóstico y la medicación.

Dra. Ángela Sempere. Neuropediatra.
Centro de Terapia Interfamiliar, Clínica Vistahermosa. Fundación Salud Infantil.

12.30 - 13.15 h. Eficacia de la Atención Temprana en niños con factores de riesgo desde el momento del nacimiento: eficacia de la intervención intrahospitalaria en niños de riesgo biológico.

Dr. Julio Pérez. Psicólogo.
Universidad de Murcia. SEPRODIAT.

Dña. Jessica Piñero. Psicóloga.
Fundación Salud Infantil. Universidad de Alicante.

13.15 - 14.00 h. El prematuro tardío: un candidato más de Atención Temprana.

Dr. Xavier Demestre. Pediatra.
SCIAS-Hospital de Barcelona. Grupo SEN 34-36.

14.00 - 16.00 h. Comida. Visionado de pósters.

16.00 - 16.45 h. Los Cuidados Centrados en el Desarrollo (NIDCAP): situación actual en España.

Dra. Carmen Pallás. Pediatra-Neonatóloga.
Hospital 12 de Octubre. Universidad Complutense. Madrid.

16.45 - 17.30 h. Estrés y Ansiedad en UCIN-N: el papel modulador del asesor a padres y profesionales.

Dra. Evelyn Cano. Pedagoga UCI-N.
Hospital Gregorio Marañón.

17.30 - 19.30 h. Comunicaciones libres.

19.30 h. Acto de Clausura

Comité de Honor

1. El Excmo. Sr. D. Jesús Tadeo Pastor,
Rector Magnífico de la Universidad Miguel Hernández.
2. La Excma. Sra. Dña. María Teresa Pérez Vázquez ,
Vicerrectora de Relaciones Institucionales de la Universidad Miguel
Hernández de Elche
3. La Excma. Sra. Dña. Mercedes Alonso García,
Alcaldesa del Excmo. Ayuntamiento de Elche.
4. El Dr. D. Fernando Vargas Torcal,
Presidente de la Fundación Salud Infantil de Elche.
5. Dña. Evangelina Torres Carreño,
Directora de la Fundación Salud Infantil de Elche.
6. Dña. Jessica Piñero Peñalver,
Coordinadora de la Fundación Salud Infantil de Elche.
7. El Dr. D. Julio Pérez-López,
Miembro del Comité Científico. Universidad de Murcia.

Comité Organizador

1. Jessica Piñero Peñalver,
Fundación Salud Infantil. Universidad de Murcia.
2. Fernando Vargas Torcal,
Hospital General Universitario de Elche.
3. Evangelina Torres Carreño,
Fundación Salud Infantil.
4. Ana Belén Candela Sempere,
Fundación Salud Infantil.
5. Silvia Domenech Martínez,
Fundación Salud Infantil.
6. Julio Pérez-López,
Universidad de Murcia.
7. Ángela Sempere Pérez,
Hospital de Alicante.
8. Genoveva Martin Blanc,
Fundación Salud Infantil.
9. Ana Callejas Hernández,
Fundación Salud Infantil.
10. Mari Ruíz Gomis,
Fundación Salud Infantil.

El comité Organizador agradece la asistencia de todos los congresistas, esperando que la temática y organización del congreso haya sido del interés de todos.

Comité Científico

1. Jessica Piñero Peñalver.
Fundación Salud Infantil. Universidad de Alicante.
2. Julio Pérez-López.
Universidad de Murcia.
3. Fernando Vargas Torcal.
Hospital General Universitario de Elche.
Universidad Miguel Hernández de Elche.
4. Ana Belén Candela Sempere.
Fundación Salud Infantil.

El comité Científico agradece la colaboración de todos los autores en la presentación de sus trabajos, esperando que sean del interés de todos los asistentes.

CONFERENCIAS

El cerebro en niños de riesgo biológico: alteraciones e implicaciones en el desarrollo

Nelly Padilla Gomes

Dra. En Medicina. Pediatra-Neonatóloga

Grupo de investigación en Medicina Fetal y Perinatal. Departamento de Medicina Materno-Fetal. Hospital Clinic. Universidad de Barcelona

RESUMEN

Según el último informe de acción global sobre nacimientos prematuros (WHO, 2012), cada año, unos 15 millones de bebés en el mundo nacen prematuramente (antes de las 37 semanas de gestación). Gracias al desarrollo de la medicina perinatal y los avances tecnológicos relacionados principalmente con la ventilación asistida, la supervivencia de los niños prematuros, ha experimentado una mejoría significativa en las últimas décadas. Sin embargo, el aumento de la supervivencia de los prematuros se asocia, principalmente, en el caso de los recién nacidos con peso menor de 1500 gramos, a un riesgo para presentar alteraciones cerebrales y por tanto problemas en el desarrollo tanto a corto como largo plazo.

Es importante destacar, que las alteraciones estructurales y funcionales, relacionadas con la prematuridad, pueden presentarse de manera más acentuada, en los casos en que el nacimiento prematuro se acompaña de bajo peso al nacer. En este sentido, los estudios de neuroimagen realizados en niños prematuros y niños nacidos a término, han evidenciado alteraciones en el desarrollo cerebral relacionadas con la prematuridad *per se*, con los factores de riesgo perinatal, inherentes al niño prematuro y con el bajo peso. Debe tenerse en cuenta que a mayor prematuridad y bajo peso, mayores parecen ser las consecuencias sobre el desarrollo cerebral, lo cual podría asociarse a dificultades en el desarrollo tanto a corto como a largo plazo (de Kieviet *et al.*, 2012, Keunen *et al.*, 2012).

A la edad equivalente del término, los niños prematuros nacidos con menos de 32 semanas de edad gestacional comparados con niños nacidos al término, presentan disminución en el volumen de los diferentes componentes del tejido cerebral con un aumento en el volumen del líquido cefalorraquídeo (Keunen *et al.*, 2012). Estas alteraciones continúan siendo aparentes durante la infancia y la adolescencia (de Kieviet *et al.*, 2012). Cabe destacar, que estudios recientes incluyendo niños prematuros extremos (edad gestacional menor de 27 semanas) con diversas complicaciones neonatales, han encontrado una disminución marcada del volumen

cerebral comparados con niños nacidos al término (Parikh *et al.*, 2013). Lo que es evidente, es que la trayectoria del desarrollo cerebral se ve afectada por la prematuridad y sus complicaciones. Además, dependiendo del momento del nacimiento, se afectarán eventos específicos del desarrollo cerebral y por tanto dominios específicos del desarrollo (Skiold *et al.*, 2012).

En niños prematuros con bajo peso las alteraciones estructurales cerebrales son evidentes desde la edad del término corregido, afectando principalmente la sustancia blanca (Lepomaki *et al.*, 2013). Llama la atención que a la edad corregida de 12 meses, los niños prematuros con bajo peso presentan disminución regional del volumen cerebral, distribución específica de los tejidos cerebrales (Padilla *et al.*, 2011) y una menor complejidad de su superficie cerebral (Esteban *et al.*, 2010). Todas estas alteraciones relacionadas con dificultades específicas en el desarrollo motor.

En conclusión, los niños nacidos prematuramente tienen un riesgo adicional para presentar complicaciones tanto a corto como largo plazo. Aunque asintomáticos en muchos casos, estos niños deben ser seguidos estrechamente, con el fin de detectar precozmente cualquier desviación en su desarrollo. Por otro lado, debe tenerse en cuenta que aunque el cerebro puede ser estructuralmente diferente comparado con el de un niño nacido a término, tiene todo el potencial para revertir muchas de esas alteraciones y para optimizar su función.

Procesos epigenéticos: importancia del periodo comprendido entre el nacimiento y los primeros años de vida

*María Luisa Martínez-Frías
Profa. Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.
Directora del Centro de Investigación de Anomalías Congénitas
Instituto de Salud Carlos III. Madrid*

RESUMEN

La presentación se estructura en dos grandes apartados:

- En primer lugar, haremos un breve resumen sobre la importancia que daba John Bowlby (pediatra y psicoanalista), al periodo comprendido entre el nacimiento y los primeros años de vida. Este médico, tuvo la lucidez de considerar los resultados obtenidos en otras áreas de la ciencia, para encontrar bases empíricas con las que poder interpretar las observaciones obtenidas de su trabajo con niños abandonados; así como su creencia de que se transmitían a la descendencia. Esto le llevó a desarrollar su TEORÍA del APEGO.
- En la segunda parte, se trata de correlacionar los postulados de la Teoría del Apego, y las bases genético-fisiológicas que hoy conocemos. Para ello, partiremos con la definición de *Epigenética*, y alguno de sus mecanismos; porque estos nuevos conocimientos podrían explicar algunos de los aspectos de la Teoría del Apego, incluyendo su transmisión a la descendencia y, por tanto, sus bases biológicas. Por último, se mostrarán los resultados de alguno de los estudios realizados sobre los seres humanos; así como las similitudes y diferencias entre las observaciones en los hombres y los resultados experimentales.

Como conclusión, comentar, no sólo la brillantez de Bowlby al enfocar la búsqueda de la realidad biológica de la TEORÍA del APEGO en forma multidisciplinar, sino valorar las graves consecuencias que puede tener si esa teoría la ignoramos.

La Neuropediatría en Atención Temprana: cuestiones relativas al diagnóstico y la medicación

Ángela Sempere Pérez

Dra. en Medicina. Especialista en Neuropediatría.

Co-Directora del Centre de Teràpia Interfamiliar (CTI) de Elche.

Clínica Vistahermosa Alicante.

Fundación Salud Infantil de Elche.

Hospital General de Alicante.

RESUMEN

La neurología en la atención temprana engloba la neurología fetal, neonatal y de los primeros años de la vida, buscando diagnosticar y tratar los distintos procesos que afectan al sistema nervioso en estas épocas de la vida. Se trata de problemas prevalentes dentro de la infancia, dándose cada vez más avances en este campo debido principalmente a la mejora de los cuidados de grandes prematuros, un mayor conocimiento del desarrollo y funcionamiento del sistema nervioso, los avances en técnicas de diagnóstico, al desarrollo de los centros de atención temprana, y a las nuevas posibilidades en tratamientos.

Las alteraciones neurológicas se pueden detectar en ocasiones desde la época fetal y neonatal, pudiéndose iniciar un tratamiento cada vez más precoz. Por otra parte, la mortalidad perinatal ha disminuido espectacularmente por la mejoría de los cuidados obstétricos y neonatales, condicionando un incremento progresivo de la población de riesgo neurológico y haciendo necesario el establecer programas de seguimiento multidisciplinarios que nos permitan detectar y tratar precozmente los trastornos del desarrollo en estos primeros años de la vida.

A través de estos programas de seguimiento se vigila que el niño presente un **“desarrollo psicomotor”** normal. Hasta el 1-3% de los niños menores de 5 años presenta **“retraso psicomotor”**, que podrá evolucionar hacia la normalización, en los casos de trastornos leves o transitorios, o podrá dar lugar a un trastorno permanente como la Discapacidad Intelectual, los Trastornos Generalizados del Desarrollo o la Parálisis Cerebral Infantil.

La **Discapacidad intelectual o Retraso mental**, afecta a un 3% de la población, siendo la discapacidad más frecuente en niños y siendo sus causas múltiples, sin encontrarse la etiología hasta en un 50%. Los **Trastornos Generalizados del de-**

sarrollo (TGD) o Trastornos del Espectro Autista afectan hasta un 1,1% de los niños, con una etiología casi siempre desconocida, aunque el 20-30% de los niños con diagnóstico de TGD presentan alguna enfermedad o antecedente asociados. La **Parálisis cerebral infantil (PCI)** es la causa más frecuente de discapacidad motriz en niños, siendo su prevalencia de 2-3/1000 recién nacidos vivos, asociándose principalmente con la prematuridad y el bajo peso. Por último, aparecen en un 10-15 % **los Trastornos del aprendizaje** y el **Trastorno por Déficit de Atención e Hipeactividad** que, aunque menos graves, dan lugar a importantes dificultades escolares y sociales.

El **neuropediatra** interviene realizando un **diagnóstico clínico y etiológico** de estos trastornos. Para ello, es necesario realizar: una minuciosa **historia clínica** señalando factores de riesgo y la evolución del desarrollo psicomotor; una **exploración general y neurológica**, que a menudo en los niños, se basa en la observación, teniendo en cuenta todos los aspectos del desarrollo tales como sociabilidad, lenguaje, motricidad y sensorial; y **exámenes complementarios** según sospecha clínica que incluirán técnicas neurofisiológicas (potenciales evocados auditivos y electroencefalograma), exámenes de neuroimagen (ecografía craneal transfontanelar y resonancia magnética craneal), analíticas sanguíneas específicas (enzimas musculares, estudios metabólicos...) y estudios genéticos (cariotipo, estudios sindrómicos concretos y la más reciente detección de microdeleciones o microduplicaciones cromosómicas con la utilización de Array CGH).

El **neuropediatra** también interviene en la indicación del **tratamiento** de estos trastornos que debe ser lo más precoz posible, multidisciplinar e individualizado. Ante los primeros signos de alerta, el niño debe ser remitido a un **servicio de atención temprana**, (psicología, logopedia y/o fisioterapia según las necesidades de cada niño). Debe existir **coordinación** entre el neuropediatra y los distintos profesionales que aborden al niño (psiquiatra infantil, médico rehabilitador, equipo de atención temprana, profesores..), teniendo en cuenta la comorbilidad asociada y la atención a las familias.

No existe un **tratamiento farmacológico** específico para los trastornos del desarrollo, excepto en algunos caso cuya etiología son ciertas enfermedades metabólicas o los antiepilépticos en los niños con crisis. El objetivo muchas veces es disminuir los síntomas que no son totalmente controlados con los abordajes terapéuticos psicológicos, especialmente conductas disruptivas, agresividad, estereotipias marcadas..., donde se emplean fundamentalmente fármacos antipsicóticos como la risperidona. En niños con hiperactividad, impulsividad e inatención que persisten a pesar del tratamiento psicológico se indican fármacos como el

metilfenidato o la atomoxetina. En la parálisis cerebral infantil, además del tratamiento fisioterapéutico y las órtesis/sistemas de adaptación, en ocasiones son utilizados fármacos para disminuir la espasticidad como el baclofeno o el diacepam oral, pudiéndose infiltrar toxina botulínica en grupos musculares contracturados como tratamiento focal de la espasticidad.

Es fundamental continuar promocionando los centros de atención especializados en el tratamiento de estas dificultades, promoviendo la integración de profesionales, así como de los recursos sanitarios, educativos y sociales, que junto con los últimos avances científicos, consigan prevenir y tratar las alteraciones del desarrollo mejorando el pronóstico de estos niños.

Eficacia de la Atención Temprana en niños con factores de riesgo desde el momento del nacimiento

Julio Pérez-López

Grupo de Investigación en Atención Temprana (GIAT)

Universidad de Murcia

juliopl@um.es

RESUMEN

El debate sobre la eficacia de las intervenciones tempranas está abierto desde hace varias décadas y podemos encontrar tanto posturas a favor como en contra, lo que indica que determinar el efecto de cualquier intervención es difícil.

Si hacemos un pequeño recorrido histórico podemos observar que en ya en 1974 Bronfenbrenner afirmaba, tras analizar 12 estudios que se centraban en niños con edades comprendidas entre 1 y 6 años, de los cuales 8 trabajos incluían comparaciones entre grupos experimentales aleatorizados y grupos controles, que la eficacia de la atención temprana era evidente.

Se presentan trabajos que hacen referencia a la eficacia de la atención temprana basada en evidencias empíricas y la necesidad de actuar, desde unas determinadas premisas, en la población de niños nacidos de forma prematura, especialmente dentro del ámbito hospitalario, en el contexto familiar y en los centros de desarrollo infantil y atención temprana.

La conclusión a la que se llega, después de comprobar los efectos que tienen los programas preventivos sobre el desarrollo de los niños prematuros y sus familias es que la atención temprana es eficaz si se asume la idea de que el trabajo de intervención debe centrarse en el niño, la familia y su entorno, y que debe tener en cuenta la globalidad del niño. Además, para poder llevarlo a cabo la intervención ha de ser planificada por un equipo de profesionales con una orientación, al menos, interdisciplinaria.

II parte: eficacia de la intervención intrahospitalaria en niños de riesgo biológico

Jessica Piñero Peñalver
Psicóloga-Coordinadora técnica de programas de la Fundación Salud Infantil.
Universidad de Alicante
jpinerop@gmail.com

Julio Pérez-López
Grupo de Investigación en Atención Temprana (GIAT)
Universidad de Murcia, juliopl@um.es

Introducción: Los avances en la neonatología han reducido considerablemente la mortalidad de los recién nacidos pretérmino y cada vez se cuenta con más niños que sobreviven con menos semanas de gestación, lo que se traduce en mayor morbilidad asociada en este grupo poblacional. Éste avance, junto con otros factores causantes, han aumentado el número de niños prematuros con las consecuencias inmediatas que conlleva en el desarrollo del niño y en su entorno más inmediato. Todo ello, justifica las intervenciones coordinadas y aplicadas lo más tempranamente posible. De ahí, que la aplicación de la Atención Temprana en el ámbito hospitalario desde el momento de nacimiento, se haya convertido en un pilar indispensable en el tratamiento del niño y la acogida de su familia.

Objetivo: Describir la eficacia de la Atención Temprana Intra-hospitalaria comparando dos grupos de sujetos nacidos de forma prematura, según hayan recibido tratamiento durante su ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos o no lo hayan recibido.

Método: Se plantea un estudio longitudinal aplicado.

- **Sujetos:** 93 niños nacidos en varios hospitales de la provincia de Alicante, que nacieron de forma prematura, con bajo peso y con ingreso requerido en la Unidad de neonatos. Los 93 niños estudiados, se dividen en dos grupos según recibieron tratamiento de atención temprana durante su estancia en el Hospital General Universitario de Elche y aquellos que no lo recibieron y llegaron directamente al Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana de la Fundación Salud Infantil (CDIAT). El grupo experimental cuenta con una muestra de 46 sujetos y el grupo control de no tratamiento con 47 sujetos.

- **Instrumentos:** Los niños fueron evaluados con las escalas *Bayley del desarrollo infantil de la primera infancia* (BSID-II, 1993) a los 12 meses de edad corregida y se contempló la variable pronóstico con el *Inventario de Riesgo Perinatal* (Scheiner y Sexton, 1991). Los datos perinatales y familiares se obtuvieron de la historia clínica del niño y de una entrevista *ad hoc* pasada a los padres.

- **Procedimiento:** Se registraron todos los niños nacidos en el Hospital General Universitario de Elche (Grupo experimental) durante los años 2006-2010 y se compararon con los niños que acudieron al CDIAT de la Fundación Salud Infantil de Elche, durante ese período temporal, y que no habían recibido tratamiento en un hospital (grupo control). En primer lugar, se les pasó a los padres una entrevista inicial *ad hoc* y el consentimiento informado y firmado; en segundo lugar se recogieron los datos perinatales de la historia clínica; en tercer lugar se les pasó el Inventario de Riesgo Perinatal (PERI); y, por último, se registraron los tratamientos aplicados durante su estancia en el hospital y, posteriormente en el centro, con las evaluaciones aplicadas mediante la escala BSID-II en cada trimestre durante los 12 primeros meses.

Resultados: Los resultados indican, de forma estadísticamente significativa, que los niños que recibieron tratamiento en el hospital partían de condiciones iniciales peores que los que no recibieron tratamiento: menos semanas de gestación (medias 30.96sg frente a 32.28sg), menos peso al nacimiento (medias 1283.09 frente a 1658.33), más días de permanencia en Box y en el hospital (medias 53.13 frente a 33.48); peores puntuaciones en el PERI (medias 9.60 frente a 12.15), y en cambio, a los 12 meses de edad corregida no existen diferencias significativas en el índice de desarrollo mental obtenido mediante las Escalas BSID-II y la tendencia es superior en los niños tratados que en los no tratados (medias 102.32 en el grupo experimental frente a 101.69 en el grupo control).

Conclusiones: Los resultados indican que la intervención intrahospitalaria es eficaz para mejorar el desarrollo de los niños prematuros.

El presente estudio pretende reflejar la importancia del trabajo en este grupo de niños, siempre que la atención aplicada esté recogida en los marcos conceptuales de la atención temprana, que tenga en cuenta a la familia y que esté coordinada con el entorno de profesionales sanitarios que atienden al niño. El trabajo interdisciplinar es indispensable en la adaptación a largo plazo del sistema familiar.

Una población especial: el prematuro tardío, un candidato más

Xavier Demestre

Neonatólogo del SCIAS.Hospital de Barcelona

Coordinador del Grupo SEN34-36 de la Sociedad Española de Neonatología

RESUMEN

Introducción: La identificación precoz de los trastornos del desarrollo es esencial para alcanzar el bienestar de los niños y de sus familias. Esta es una función primordial de todos los responsables de la atención primaria en el área pediátrica, pediatras, médicos de familia, enfermeras, psicólogos. Un retraso en su identificación comporta graves consecuencias en la evolución del niño. Se considera que un 5-10% de toda la población infantil puede tener una alteración en su desarrollo). Los beneficios de una intervención precoz se han mostrado en trabajos debidamente randomizados. Y sólo el 30% de los niños con problemas en su desarrollo son identificados antes de la edad escolar cuando nos basamos exclusivamente en criterios clínicos. De ahí el interés de proporcionar esquemas o algoritmos y herramientas para la detección precoz de anomalías. Es fundamental conocer las poblaciones de mayor riesgo, entre ellas los prematuros tardíos.

La prematuridad es la primera causa de morbimortalidad neonatal e infantil, y constituye uno de los problemas de salud más importantes de la sociedad, especialmente en las más industrializadas. La tasa de prematuridad varía ampliamente según los países, pero tanto en Estados Unidos (USA) como en Canadá y en Europa, se ha observado un incremento substancial en las dos últimas décadas. En USA aumentó un 36%, de 9,4 a 12,3 por 100 nacidos vivos entre 1981 y 2008, y en Dinamarca se incrementó hasta un 22%, de 5,2 a 6,3 por 100 nacidos vivos entre 1995 y 2004.

Este incremento de la prematuridad está basado casi exclusivamente en los denominados prematuros tardíos, nacidos entre las 34⁺⁰ y las 36⁺⁶ semanas de gestación. La tasa de prematuridad por debajo de las 34 semanas casi no ha experimentado variación, mientras que la de los prematuros tardíos es la responsable del incremento de la prematuridad. En nuestro entorno ha sucedido exactamente lo mismo (Fig 1).

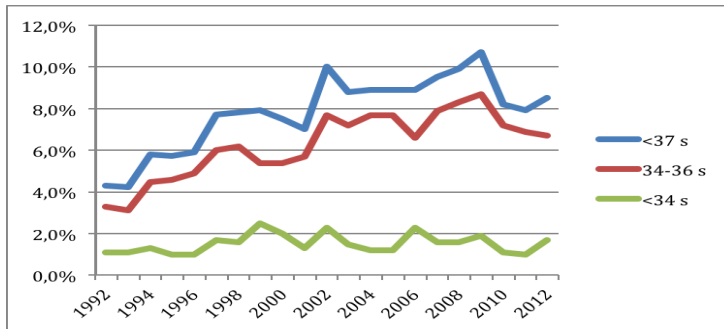


Fig 1. Evolución de la tasa de prematuridad en SCIAS. Hospital de Barcelona.

La tasa de prematuros tardíos alcanza alrededor del 72-79% de todos los prematuros, y no están exentos de riesgo puesto que presentan una mayor morbimortalidad neonatal que puede repercutir en su desarrollo neurológico posterior, cuando se comparan con los nacidos a término.

Los factores implicados en este incremento de la prematuridad son la edad materna avanzada en primíparas, la elevada tasa de inducción del parto y cesárea, patologías maternas como obesidad y diabetes, las técnicas de reproducción asistida y la gemelaridad, muchas veces secundaria a la anterior. El parto prematuro espontáneo y/o tras rotura prematura de membranas ovulares ocupan el 70% de las causas de prematuridad. El restante 30% son partos inducidos por indicación médica, los llamados “prematuros yatrogénicos”.

Mortalidad neonatal: Las tasas de mortalidad neonatal precoz y tardía, así como la tasa de mortalidad infantil en los pretérmino tardíos, son significativamente superiores a las de los recién nacidos a término. En el estudio que se realizó en SCIAS. Hospital de Barcelona, los nacidos entre las 34 y 36 semanas de gestación tenían, de promedio, una probabilidad de fallecer en el período neonatal 4 veces superior a los recién nacidos a término (Demestre, 2009).

Morbilidad neonatal : La incidencia de hospitalización de los prematuros tardíos depende de la edad gestacional, de la comorbilidad y de la organización de los cuidados neonatales. La tasa de ingreso en la Unidad Neonatal puede variar desde el 100% al 36% en los de menos de 35 semanas, y declinando después a medida que aumenta la edad. En términos generales, un 40% de estos prematuros tardíos permanecerán con sus madres en las salas de púerperas y no recibirán una atención especial distinta a los nacidos a término. Sin embargo, son prematuros,

es decir, presentan un grado de inmadurez superior a los nacidos a término, especialmente si se comparan con los nacidos más allá de las 38 semanas de gestación. A pesar de presentar menor número de complicaciones que los prematuros más pequeños, presentan una tasa de morbilidad neonatal significativamente superior a los nacidos a término.

Los problemas descritos con mayor frecuencia están relacionados con la alimentación, más notables en madres primíparas, de edad avanzada y sin experiencia en la lactancia materna. Si no se favorece un buen aprendizaje prenatal y una conducta de soporte durante su estancia en el nido, muchos de estos niños sufrirán problemas de malnutrición, fracaso de la lactancia materna y precisarán, en algunas ocasiones, reingreso en el hospital tras el alta.

Así mismo, la hiperbilirrubinemia se presenta con mayor frecuencia que en los recién nacidos a término, necesitando ingreso y fototerapia y, en ocasiones, pérdida de la lactancia materna. Es significativa la alta tasa de hipoglucemias, sintomáticas o no, que conllevan un incremento del riesgo de problemas en el desarrollo neurológico del niño.

Un 60% de los prematuros tardíos ingresan en las unidades neonatales, precisando, algunos de ellos, cuidados intensivos. La edad gestacional, el crecimiento intrauterino restringido, la gestación múltiple, la ausencia de tratamiento prenatal con corticoides, son algunos de los factores que condicionarán la morbilidad neonatal y, en caso de sumar varios de estos factores, aumentará la probabilidad y gravedad de las complicaciones en este período. El ingreso conlleva, evidentemente, todos los problemas asociados a la separación de su madre y familiares, especialmente en aquellos centros en los que la integración de la familia en las unidades neonatales está restringida.

La tasa de problemas respiratorios tales como membrana hialina o taquipnea transitoria, apneas, infección, disregulación térmica, convulsiones, hiperbilirrubinemia, hipoglucemia, así como la necesidad de soporte respiratorio, perfusión endovenosa de glucosa, nutrición parenteral por problemas en la alimentación, administración de antibióticos o fototerapia, es significativamente más elevada cuando se compara con los recién nacidos a término. Es evidente que la diferencia es mayor entre los nacidos a las 34 semanas, descendiendo a las 35 y 36 semanas, pero permaneciendo significativamente superior comparada con los nacidos a término (Fig 2).

Es por ello que todos los esfuerzos deberían ir encaminados al parto más allá de las 38 semanas de gestación.

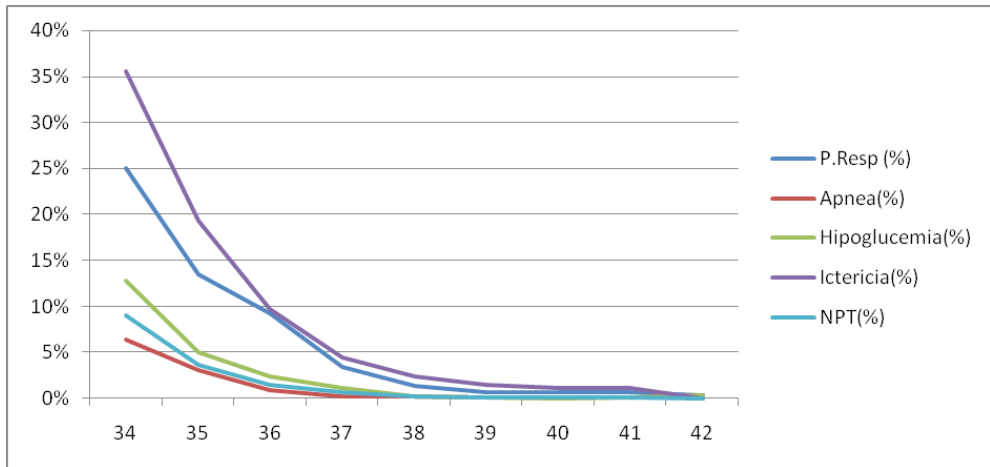


Fig 2. Tasa de morbilidad neonatal en SCIAS.Hospital de Barcelona, 1992-2008 (Demestre, 2009).

Morbilidad posnatal: La tasa de rehospitalización después de ser dado de alta al nacer es significativamente mayor en los prematuros tardíos comparada con los recién nacidos a término a causa de problemas respiratorios y digestivos, infecciones, problemas metabólicos, neurológicos y circulatorios.

Los prematuros tardíos son especialmente susceptibles de presentar enfermedades respiratorias graves y con peor pronóstico comparados con los nacidos a las 39-41 semanas de gestación. La prematuridad condiciona una función pulmonar disminuida, no sólo en los primeros meses de vida sino también durante los 2 primeros años, a consecuencia de un desarrollo pulmonar interrumpido que afecta también a los prematuros tardíos. Se ha sugerido que existe un aumento de la susceptibilidad a las infecciones respiratorias en los prematuros moderados y tardíos y, en particular, a la bronquiolitis por virus respiratorio sincitial (VRS).

También el peso a los 12 meses puede verse afectado en los prematuros tardíos, incluso excluyendo los que habían sufrido un crecimiento intrauterino restringido. El estado de salud entre los nacidos como prematuros tardíos es, hasta los cinco años de vida, peor que en aquellos nacidos a término.

Desarrollo neurológico: El sistema nervioso central experimenta un extraordinario crecimiento durante las últimas semanas de gestación. Más de la tercera parte del

volumen cerebral se produce durante las últimas 6-8 semanas, al igual que sucede con el cerebelo. El control del desarrollo neurológico de los prematuros tardíos es un problema por resolver. Desde hace muchos años se han considerado "casi a término", justificando su "inmunidad" a presentar problemas en su desarrollo. Su gran número y la ausencia de concienciación de que son una población de riesgo ha propiciado la falta de protocolos específicos de seguimiento para estos niños.

Parecen detectarse ciertas anomalías en su desarrollo, con mayor porcentaje de problemas de conducta, cognitivos y de aprendizaje cuando se comparan con recién nacidos a término. Petrini et al. (2009) y Morse et al. (2009) describen una tasa creciente de retraso en el desarrollo neurológico y de parálisis cerebral a medida que la edad gestacional es menor, partiendo de las 39 semanas en la que es la más baja. Woythaler et al. (2011) refieren una mayor probabilidad de presentar retraso en el desarrollo mental y/o físico a los 2 años en los prematuros tardíos comparados con los nacidos a término, y Taige et al. (2010) describen una asociación significativa entre los prematuros tardíos y la aparición de problemas de conducta y déficit de atención a la edad de 6 años. Jong et al. (2012), en una revisión bibliográfica exhaustiva, llegan a la conclusión que la población de prematuros moderados y tardíos presentan una mayor incidencia de problemas cognitivos, conductuales, bajo rendimiento escolar y trastornos psiquiátricos cuando se comparan con la población nacida a término. Pero son muchos los factores de confusión que pueden influir en esta población. La metodología utilizada en diversos trabajos, así como muestras poblacionales poco numerosas o con múltiples variables a estudiar, hacen que sea llegar a conclusiones en firme de cuáles son los riesgos reales de esta población de presentar anomalías en su desarrollo. Deberían ser considerados aquellos predictores potenciales, añadidos a las complicaciones neonatales, que puedan significar un riesgo de mala evolución neurológica, entre los cuales destacar la patología materna y las razones para un parto prematuro, los marcadores biológicos indicadores de inflamación, anomalías neurales, y el crecimiento intrauterino restringido (Taylor, 2012).

Kerstjens et al. (2011) afirman que la prevalencia de retraso en el desarrollo en los prematuros moderados fué 2 veces superior a la encontrada en recién nacidos a término, y la mitad respecto a prematuros extremos. Utilizan como herramienta de evaluación los ASQ scores (Squires et al., 1999, Kerstjens et al., 2009) a la edad de 48 meses. Sin embargo, estos mismos autores, un año después, afirman que en la población de prematuros moderados, sólo la hipoglucemia aumentaba significativamente el riesgo de retraso en el desarrollo neurológico comparado con los nacidos a término (Kerstjens et al., 2012).

Baron et al. (2011) consideran que la edad gestacional es un predictor insuficiente por sí solo, y Ketharanathan et al. (2011) y Odd et al. (2012) consideran que los resultados obtenidos hasta el momento muestran una evidencia escasa o sólo presente en aquellos que han precisado ingreso en unidades de cuidados intensivos neonatales. Gurka et al. (2011) no encuentran diferencias en el desarrollo neurológico ni de conducta a los 15 años entre prematuros tardíos “sanos” y recién nacidos a término “sanos”, sin morbilidad neonatal.

McGowan et al. (2011) en una revisión sistemática de seguimiento a largo plazo, concluyen que existe un incremento del riesgo de desarrollo adverso con dificultades académicas en la escolarización a los 7 años de edad en los prematuros tardíos comparados con los niños nacidos a término, y Lipkind et al. (2012) que observan el impacto de la prematuridad tardía en las calificaciones académicas en una escuela pública de New York.

Parece evidente que existen muchas variables a tener en cuenta. No es lo mismo un prematuro de 34 semanas de gestación que otro de 36. Tampoco es lo mismo aquel prematuro con antecedentes de patología materna, infecciosa o endocrina, crecimiento intrauterino restringido o malnutrición fetal que puedan justificar daño cerebral prenatal, o dificultades en la adaptación a la vida extrauterina, complicaciones en el período neonatal, etc. que podrían influir negativamente en su desarrollo. Pero ello no exime que, con complicaciones conocidas o sin ellas, los prematuros tardíos son prematuros, en ocasiones sin conocimiento de la causa de su prematuridad, y que su inmadurez condicionará una evolución probablemente distinta de la de aquellos que han desarrollado su sistema nervioso central en mejores condiciones, dentro del útero materno y nacidos espontáneamente entre las 39 y 41 semanas de gestación.

Nacer a las 34-36 semanas no está exento de riesgo, tanto de presentar morbilidad en el período neonatal y posnatal, así como de problemas en su desarrollo neurológico.

La gran mayoría de prematuros tardíos serán seguidos por los pediatras de atención primaria o médicos de familia, y deberían conocer los riesgos potenciales de esta población y disponer de herramientas para la detección de alteraciones en el desarrollo. A fin de realizar trabajos de seguimiento, no siempre es fácil hacer visitas presenciales. Para obviar esta dificultad se ha propuesto un cuestionario, el “Ages and Stage Questionnaires” actualizado (ASQ-3) de J Squires et al. de Oregon (USA) (2009) a rellenar por los padres. Solicita y puntúa respuestas sobre 5 apartados: comunicación, motor grueso, motor fino, resolución de problemas y

socio-individual. Ampliamente usado por muchos autores en USA (American Academy of Pediatrics, 2006), Holanda (Kerstjens et al., 2011), Dinamarca (Plomgaard et al., 2007), Canadá (Simard et al., 2012), Francia (Roze et al., 2007, Flamant et al., 2011 y Troude et al., 2011), Noruega (Kynø et al., 2012) y Australia (Skellern, 2001), y validada su versión en castellano en Santiago de Chile (2009), este método de evaluación del desarrollo neurológico se ha mostrado válido, económico y culturalmente bien acogido. Sin embargo, unos autores canadienses refieren escasa capacidad de detección a los 12 meses de edad corregida, mientras que a los 24 meses sí detecta retraso mental pero no alteraciones del desarrollo psicomotor. (Simard et al., 2012). En cambio, con el Bayley Scales of Infant Development (BSID-II) y el Denver Developmental Screening Test (DDST), Hsu et al. (2013) detectan disfunción neurológica menor ya a los 6 meses de edad corregida en los prematuros tardíos.

En resumen, estos recién nacidos prematuros, sea cual sea su condición al nacimiento, precisan de una atención especial en cuanto a su desarrollo neurológico, constituyendo una población de riesgo.

Manejo en el período neonatal: Los prematuros nacidos entre la 34 y 36 semanas deben ser valorados con rigor según su edad gestacional, peso al nacer, estado nutricional, antecedentes maternos, del embarazo y del parto, adaptación a la vida extrauterina y condición clínica al nacer.

El objetivo será, siempre que sea posible, atender al recién nacido junto a su madre, evitando ingresos y separaciones innecesarias. Será prioritario establecer unas normas de atención distintas a las de los nacidos a término, con mayores controles clínicos, analíticos si es preciso, y una estricta vigilancia de la conducta en la alimentación, favoreciendo siempre la lactancia materna exitosa.

El control estricto de posibles hipoglucemias e hiperbiliurubinemias será capital para evitar ingresos y mejorar la calidad de vida del recién nacido. El mantenimiento de la temperatura juega un papel fundamental en el cuidado de estos niños.

El alta hospitalaria desde el nido debe reunir unas condiciones absolutamente imprescindibles para una correcta evolución y evitar reingresos. Debe constatar la capacidad de la madre para alimentar a su hijo, con evidencia de una progresión ponderal correcta durante su estancia en el hospital. Descartar problemas de regulación térmica, ictericia, insuficiencia respiratoria o apneas. Y siempre en ausencia de anomalías físicas o neurológicas que desaconsejen el alta. La denominada alta precoz en estos prematuros conlleva un mayor riesgo de reingresos, con las

consecuencias negativas que de ello se derivan. Sólo en condiciones favorables extraordinarias, según el estado clínico del bebé, antecedentes, capacidades familiares y seguridad en el pronto control sanitario posterior, a las 48 horas del alta, podrá contemplarse un alta precoz en estos niños.

Para aquellos que presenten problemas en el período neonatal o que su edad gestacional, peso, antecedentes y/o clínica justifiquen su ingreso en unidades neonatales de cuidados intensivos, se intentará integrar al máximo a las familias para evitar el alejamiento y, en cuanto sea posible, participar conjuntamente con los equipos de la unidades para favorecer la más rápida recuperación y alta al domicilio.

¿Pueden evitarse los prematuros tardíos?: La evidencia del incremento en la tasa de prematuridad, esencialmente la de los prematuros tardíos, obliga a una reflexión. Excluyendo los partos prematuros espontaneos y la rotura prematura de membranas, un 30% de los prematuros tardíos lo son por indicación médica (Martin et al., 2009, Wong et al., 2011), son los llamados prematuros yatrogénicos. La creencia del escaso riesgo en esta población de prematuros tardíos se ha ido implantando en el colectivo obstétrico, neonatológico e incluso a la población en general. La edad materna más avanzada de primíparas, las técnicas de reproducción asistida con incremento de la gemelaridad, así como determinadas patologías tales como la diabetes, la obesidad y la hipertensión, condicionan decisiones sobre la fecha de finalizar el embarazo. Sin embargo, también se cita un incremento de partos inducidos, muchos sin conocer la indicación médica de finalizar la gestación (Reddy et al., 2009). Y también un incremento alarmante de las cesareas, incluso por motivos ajenos a las condiciones obstétricas y fetales del momento, incluyendo la propia decisión materna (Ramachandrappa et al., 2009).

Todo ello requiere una reflexión pausada. Es cierto que en las últimas décadas, coincidiendo con el incremento de la tasa de prematuridad se ha observado una disminución significativa de las muertes fetales y neonatales precoces (Lisonkova et al., 2012). Por tanto, cualquier modificación en los hábitos de los profesionales ha de ir dirigido a mejorar ambas estadísticas. Ello pasa por discutir algunas de las indicaciones médicas de finalización del parto, algunas de ellas sin la suficiente evidencia científica. Sería el caso de la hipertensión moderada, la colestasis materna moderada, el crecimiento intrauterino restringido con buenas condiciones fetales y recuperación de crecimiento y la cesarea electiva sin trabajo de parto (Gyamfi-Bannerman et al., 2011). Y en la conducta ante la rotura prematura de membranas existen divergencias en cuanto a la conveniencia de provocar el parto o mantener una conducta expectante y vigilante (van der Ham et al., 2012). Otro

punto a revisar sería la conveniencia de administrar corticoides prenatales más allá de las 34 semanas, edad en la que se ha decretado alcanzada la madurez pulmonar, motivo de estudios contradictorios al respecto (Porto et al., 2011).

La mejor estrategia sería la prevención primaria del parto prematuro, a través de una educación sanitaria dirigida a todas las mujeres, antes y durante el embarazo, con una optimización del peso, suplementación nutricional si se requiere, cese del tabaquismo y políticas educativas eficientes (Mohan et al., 2011, Flood et al., 2012), así como el cese de las cesáreas de conveniencia y el seguimiento de las guías clínicas actualizadas (Mohan et al., 2011). Después, en la prevención secundaria, existen algunos avances prometedores respecto al cerclaje cervical, el tratamiento con progesterona y la administración de antibióticos (McParland, 2012).

Es pues necesario analizar concienzudamente los riesgos de provocar un parto prematuro, en ausencia de una indicación médica evidente, entre las 34 y 36 semana de gestación.

Conclusiones.: Los prematuros de 34 a 36 semanas:

Son una población infravalorada, tienen una mayor morbimortalidad respecto a los recién nacidos a término, son precisas nuevas pautas obstétricas y valorar la disminución de los llamados prematuros yatrogénicos, deben evitarse los “prematuros tardíos a la carta” y precisan mayor atención perinatal y neonatal así como una atención especial de su evolución neurológica.

Cuidados centrados en el desarrollo. Situación en las unidades de Neonatología de España.

*Carmen Pallás-Alonso
Hospital Universitario 12 de Octubre*

RESUMEN

Introducción: Los cuidados centrados en el desarrollo (CCD) tienen por objeto favorecer el desarrollo neurosensorial y emocional del recién nacido y disminuir el estrés, mediante intervenciones que apoyen al recién nacido y su familia entendiéndoles a ambos como una unidad. En España tenemos información acerca de la implantación de los CCD desde 1996.

Objetivo: Describir el grado de implantación de los CCD en Unidades Neonatales españolas con más de 50 recién nacidos al año menores de 1500 gramos en el año 2012 y compararlo con los datos publicados del 2006.

Población y métodos: Se realizó un estudio transversal observacional descriptivo. Se incluyeron las unidades neonatales españolas que atendían a más de 50 menores de 1500 gramos al nacer cada año. Entre junio y octubre de 2012 se envió un cuestionario, previo contacto por correo electrónico. Además, se seleccionaron las encuestas del 2006 (cita cruzada) de dichas unidades y se identificaron siete preguntas formuladas de manera equiparable a las del 2012, pudiéndose comparar así sus resultados (uso de doseles o cobertores en las incubadoras, control del ruido en las unidades, uso de nidos, uso de sacarosa, realización del Método Canguro, existencia de salas de padres y política de entrada de padres a las unidades).

Resultados: 26 unidades atienden cada año a más de 50 menores de 1500g . La tasa de respuesta en el año 2012 fue del 77% frente a 96% en el 2005. Respecto al ruido, en 2012 se dispone de medidas para atenuarlo en el 75% de las unidades vs 12% en el 2005 (p0.00). En 2012, el 85% de las unidades tienen puertas abiertas frente al 12% en 2006 (p0.00). En cuanto al Método Canguro, en el 2012 se realiza sin limitaciones en un 85% frente al 75% en el 2006. No ha habido mejoría significativa en cuanto a las medidas para controlar la luz, 95% en 2012 vs 68% en 2006 (p0.06), el uso de nidos o rollos, 95% en 2012 vs 80% en 2006 (p0.3), la existencia de salas de padres, 50% en 2012 vs 36% en 2006 (p0.34), y el uso de sacarosa, 55% en 2012 vs 48% en 2006 (p0.6).

Conclusión: La implantación de los CCD en España ha ido mejorando progresivamente en el tiempo, aunque aún hay áreas en las que se debería avanzar bastante (canguro, uso de sacarosa, control de la luz) para que se conviertan en una práctica generalizada.

Estrés y ansiedad parental en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. El papel modulador de una intervención temprana

Evelyn Cano Giménez

*Pedagoga. Doctorando en Psicología por la Universidad de Murcia.
Hospital General Universitario Gregorio Marañón.*

RESUMEN

Ninguna pareja está preparada para tener un hijo que nazca y sea ingresado de forma inmediata en la Unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN)(Arockiasamy, Holsti y Albersheim, 2008), y esto, sin duda, ejerce un efecto sobre la forma de abordar y afrontar el inesperado nacimiento del hijo, su obligada estancia en el hospital y su posterior desarrollo. Cuando un niño nace en esta condición, es muy probable que deba permanecer un tiempo relativamente prolongado en la UCIN. Una vez allí, el tipo de vida al que se va a enfrentar éste y los familiares que lo cuidan va a cambiar de modo radical, dado que el entorno en el que se van a desenvolver dista mucho de ser el que habían pensado inicialmente. En principio, los padres deben afrontar una serie de situaciones estresantes que se dan simultáneamente en el tiempo(Carter, Mulder, Bartram, y Darlow, 2005; Gennaro, 1988; Jeffcoate, Humphrey, y Lloyd, 1979; Singer, Salvator, Guo, Collin, Lilien y Bailey, 1999; Trause y Kramer, 1983). El primero de los hechos reside en aceptar que tienen un hijo en ese estado, al que necesitan adaptarse, pero rápidamente han de concienciarse de que deben ser parte activa en el proceso de toma de decisiones que desde el nacimiento exige el desarrollo del niño.

En trabajos recientes se pone de relieve la importancia de la atención temprana que pueden recibir estos padres. En ellos parece deducirse que una intervención desde que el hijo ingresa en la UCIN, podría generar una reducción del grado de estrés y ansiedad con el que afrontar estar duras situaciones(Lía, Ceriani, Cravedi y Rodríguez, 2005). Por tanto, si se pudiera aplicar un programa para adelantarnos al conjunto de situaciones que generan ese estrés, supondría que la intervención temprana con los padres facilitaría la disminución o incluso eliminación de los problemas que se derivan de los mismos. De este modo se podría desarrollar un protocolo de actuación en todos los casos posibles, ajustado a la diversidad de niños y del tiempo de gestación de cada uno de ellos.

Nuestro objetivo principal, es analizar la eficacia del apoyo psicológico individualizado que se aplica a un grupo de progenitores que recibe un programa de intervención frente a otro grupo que no lo recibe desde el primer día de ingreso hasta el alta a cuidados medios, teniendo en cuenta los niveles iniciales de estrés y ansiedad de los padres de estos niños al ingresar en una unidad de cuidados intensivos neonatales.

El plan de intervención que se ha seguido en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid como parte de una investigación a fin de abordar el proceso de afrontamiento y adaptación al que se enfrentan los progenitores desde el momento del ingreso del bebé a la UCIN hasta el alta del mismo.

El programa de intervención que se llevó a cabo en la UCIN, es una versión del desarrollado por Lester, Bigsby, High y Wu (1996), si bien se ha adaptado a las circunstancias del hospital donde se empleó, efectuándose una serie de adaptaciones en función de las necesidades de nuestros niños, progenitores y profesionales. Es un programa interdisciplinar, ya que intervienen y colaboran todas las disciplinas que trabajan en la unidad (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y un especialista en atención temprana que presta el apoyo psicológico). Además, es multifactorial porque no solamente se centra en los progenitores, sino también en la interacción padres-hijos y en la de los progenitores con las personas que trabajan en el servicio. Consta de cinco etapas, cada una se define por la evolución del niño y el estado psicológico de los progenitores, comenzando la primera por el ingreso del niño y finalizando con el alta del mismo.

A modo de conclusión, se puede apuntar que el programa de intervención presentado anteriormente, tuvo efectos positivos en los progenitores cuyos hijos estaban ingresados en la UCIN del Hospital Gregorio Marañón de Madrid. Los resultados preliminares, parecen dejar claro que este programa ha surtido el efecto que se deseaba, es decir, que estos progenitores mostraron menores niveles de ansiedad y depresión comparándolos con el grupo control que no recibió ningún tipo de intervención. Así pues, la aplicación del programa pone de relieve la importancia de intervenir y de prestar un apoyo psicológico a los progenitores desde el ingreso del bebé en la UCIN hasta el alta del mismo, convirtiéndose en un medio eficaz y valioso que permite mejorar el desarrollo de los niños que nacen con riesgo y la relación afectiva con sus familias.

Comunicaciones libres: Comunicaciones Orales

Eficacia de la intervención fisioterapéutica en el progreso motor de los niños prematuros extermos

Francisco Javier Fernández-Rego¹(franrego1966mail.com), Julio Pérez-López², María Luisa Guerrero Sánchez¹, María Isabel Casbas Gómez¹, María Luisa Segura Martínez¹, Juana María López Conejero¹, María Isabel Giménez Oliver.¹

¹Centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana "Fina Navarro López". Lorca (Murcia).
²Universidad de Murcia.

RESUMEN

Objetivo: el presente trabajo consiste en analizar si la intervención fisioterapéutica con el método Vojta aplicada a niños nacidos con menos de 32 semanas de gestación y con síndrome de distrés respiratorio mejora tanto la función pulmonar como los niveles de desarrollo motor.

Método:

Participantes: 15 niños nacidos, en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia, con menos de 32 semanas de gestación y con distrés respiratorio que requerían soporte ventilatorio, fueron distribuidos aleatoriamente en dos grupos. Un grupo control compuesto por 5 niños que solo recibieron los cuidados estándar del servicio de neonatología y un grupo experimental compuesto por 10 niños que además de los cuidados estándar recibieron también tratamiento de fisioterapia con el método Vojta dos veces al día durante un mes. Todos los padres de los participantes firmaron el consentimiento informado.

Instrumentos y Procedimiento: se contabilizaron los días de requerimiento de oxígeno de todos los niños, fueron evaluados con las escalas Motoras de la BSID-III a los 15 días de edad corregida y se calculó la variable progreso para la motricidad fina y la motricidad gruesa.

Resultados: los datos indican que los niños que recibieron fisioterapia necesitaron menos días de ventilación y que el nivel de desarrollo motor general, así como el progreso motor grueso era mejor en el grupo experimental que en el grupo control.

Asociación entre evaluación neurológica neonatal y el desarrollo cognitivo en niños prematuros

Tatiana Izabele Jaworski de Sa Riechi.

*Departamento de Psicología. Universidad Federal del Paraná. Curitiba/ PR/ Brazil.
(tatiriechi@hotmail.com)*

Carina Mitie Ono.

Programa de Pos Graduación Neuropsicología. Universidad Federal del Paraná. Curitiba/ PR/ Brazil.

Julio Pérez-López. Facultad de Psicología.

Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad de Murcia. Murcia/ España.

RESUMEN

El aumento en las tasas de supervivencia no va acompañado de una reducción de las morbilidades relacionadas con el nacimiento prematuro. Es un estudio observacional prospectivo, con niños nacidos pre término seguidos por el Centro de Neuropediatría del Hospital Clínicas da Universidad Federal del Paraná, Curitiba, Brazil.

Objetivo: el objetivo de esta investigación ha sido evaluar la competencia del instrumento de Evaluación Neurológica Neonatal Amiel-Tison (ENN-AT) en la predicción del desarrollo cognitivo de niños nacidos pre termino, entre 3 y 24 meses de edad corregida.

Método: para la evaluación del desarrollo cognitivo ha sido utilizado el Test Cognitivo de las Escalas Bayley de Desarrollo Infantil, Tercera Edición (BSID-III).

Resultados: en ambos los grupos, la mayor parte de los niños obtuvieron clasificación normal en la evolución neurológica y resultados dentro de la media en la BSID-III. En el Grupo Experimental 1, que estaba compuesto por niños con edad corregida entre 3 y 12 meses, se encontró una asociación positiva entre el desempeño en la BSID-III y las variables de niveles de escolaridad materna y nivel socioeconómico. En el Grupo Experimental 2, compuesto por niños con edad corregida entre 13 y 24 meses, se ha encontrado una asociación positiva entre los resultados de la BSID-III y los factores alteración de palato y PCA.

Conclusión: con estos resultados, se confirma la hipótesis de que el valor predictivo de las variables estudiadas es moderado por la edad pero, no se ha encontrado una asociación entre la ENN-AT y el desarrollo cognitivo infantil. Esta investigación

resalta la necesidad de una identificación más precisa, sensible y precoz de niños con riesgo de alteraciones del desarrollo. Al mismo tiempo que, mediante el concepto de Atención Temprana, contribuye a resaltar la necesidad del planeamiento interdisciplinar de estrategias de prevención, incluyendo los diferentes microsistemas con vistas a ofrecer mejor calidad de vida para los niños prematuros.

Bioética en los recién nacidos prematuros y su repercusión en Atención Temprana

*Sonia Marcos Ruiz. Antropóloga y Fisioterapeuta-Osteópata.
Profesora Adjunta, Universidad de Girona. EUSES y SOMA Fisioterapia y Osteopatía.
(rmsonia6@gmail.com)*

RESUMEN

Antecedentes: investigaciones y estudios de los distintos colectivos (Comités de Ética Asistencial, Observatorios de Bioética, etc.) sobre los prematuros y las disyuntivas bioéticas que se plantean en las UCI neonatales ante la supervivencia o acompañamiento al final de la vida.

Objetivos:

- Recoger y reflexionar sobre los dilemas bioéticos que surgen ante la aplicación de la biotecnología en los RN prematuros.
- Profundizar desde una perspectiva antropológica y ética sobre el futuro de los prematuros y la importancia de la atención temprana en las UCIN y los CDIAT.

Método: cualitativo. Estudio prospectivo basado en el análisis documental. Diseño descriptivo.

Resultados: la importante inmersión tecnológica del siglo XXI aporta en el campo de la Neonatología, un mayor conocimiento de la fisiopatología del RN, en especial del prematuro, disminuyendo la mortalidad gracias a los nuevos tratamientos. Ello conlleva a una supervivencia que desafía el equilibrio entre los riesgos aceptables sobre aquellos no aceptables.

Numerosas investigaciones demuestran el reto actual que representan estos pequeños y destacan los beneficios de un manejo responsable y del tratamiento precoz.

Los estudios señalan que, a pesar de la incertidumbre pronóstica y de las dificultades de actuación, informar a los padres y otorgarles autonomía en sus decisiones, les ayuda a afrontar las decisiones difíciles y el porvenir expectante.

Conclusiones: la Bioética debe ser el puente que posibilite en el mundo de los prematuros, una intervención más humanizada

Su fin es consensuar las actuaciones comunes sobre los tratamientos, resolviendo los dilemas en lo científico-técnico y en lo social y, apostando por una correcta administración de la tecnología huyendo del utilitarismo.

Bajo esta premisa, el cuidado de los RN prematuros debe basarse en el respeto a su dignidad, el acompañamiento en la fase terminal de su vida, el uso equitativo de los recursos tecnológicos hospitalarios en la toma de decisiones y una eficiente atención temprana.

Entrenamiento con tapiz rodante en niños prematuros de riesgo moderado promueve pasos de mayor calidad – resultados de un ensayo clínico controlado

Treadmill training in moderate risk preterm infants promotes stepping quality- results of a small randomised controlled trial

Rosa M Angulo-Barroso¹⁻². PhD, Professor, (rangulo@gencat.cat)
Chad Tiernan²⁻³. PhD, Assistant Professor, (tiernanc@my.husson.edu)
Li-Chiou Chen²⁻⁴. PhD, Professor and PT, (lichiou@ntu.edu.tw)
Marta Valentin-Gudiol¹. MS, Physical Therapist, (martavalentingudiol@gmail.com)
y Dale A Ulrich². PhD, Professor, (ulrichd@umich.edu)

¹Departamento de Ciencias Aplicadas a la Salud/INEFC Universidad de Barcelona, España.

²Kinesiology/University of Michigan, Ann Arbor, MI, USA

³Department of Physical Therapy/Husson University, Bangor, ME, USA.

⁴Department of Physical Therapy/National Taiwan University, Taipei, Taiwan.

RESUMEN

Antecedentes: retraso en el desarrollo motor (DM) es un riesgo en niños prematuros, lo que puede limitar explorar su entorno (Campbell, Palisano, & Vander Linden, 2006; Formiga & Linhares, 2011). Estudios sobre neurofisiología e intervención temprana sugieren que el entrenamiento específico en una tarea promueve el DM, siendo el tapiz rodante (TR) un ejemplo de entrenamiento tarea-específico (Alloway & Warner, 2008; Hodgson, Roy, de Leon, Dobkin, & Edgerton, 1994; Hubbard, Parsons, Neilson, & Carey, 2009). Aunque el entrenamiento con TR acorta la edad de inicio de la marcha independiente en niños con síndrome de Down, pocos estudios controlados han evaluado esta intervención en población prematura con riesgo de retraso en el DM (Valentin-Gudiol et al., 2011).

Objetivos: evaluar los efectos del entrenamiento con TR en niños con riesgo de retraso en el DM; y estudiar si existe relación entre respuesta al TR (tipo y frecuencia de pasos/minuto) y edad de inicio de la marcha independiente.

Método: veintiocho niños con riesgo moderado de retraso en el DM fueron aleatorizados en dos grupos: 1) Experimental: entrenamiento con TR (N=15) y 2) Control (N=13). Los niños del grupo experimental entrenaron ocho minutos/día, cinco

días/semana, desde el inicio del estudio hasta adquirir la marcha independiente. Para el análisis de la frecuencia y calidad de los pasos, los participantes fueron registrados en vídeo en el TR, mensualmente, cinco minutos.

Resultados y Conclusiones: los resultados sugieren que el protocolo implementado de entrenamiento con TR tuvo un impacto positivo sobre la calidad del paso en el grupo experimental sin acelerar el inicio de la marcha independiente (experimental=15.1 meses, control=14.6 meses). En ambos grupos se observó una relación significativa entre la frecuencia de pasos y edad de inicio de la marcha. Investigaciones futuras deberían estudiar el impacto del entrenamiento con TR en población de mayor riesgo de retraso en el DM, y valorar si aumentando la intensidad e individualizando el protocolo de entrenamiento se obtienen mayores efectos.

Conducta del prematuro en la UCIN: análisis de la evaluación

Alicia Alvarez-Garcia¹ (Alicia.alvarez@copc.es)

Andrea Mancera-Jiménez¹

Albert Fornieles-Deu²

Carme Costas-Moragas¹

Francesc Botet-Mussons³

¹Dept. Psicología Clínica y de la Salud, Universidad Autónoma de Barcelona.

²Dept. de Psicobiología y Metodología de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Barcelona.

³Hospital Clínico de Barcelona, Universidad de Barcelona.

RESUMEN

Antecedentes: las técnicas de evaluación específicas para prematuros han evolucionado mucho en los últimos años. Se han realizado muchos estudios para poder disponer de tests que sean más fiables, que permitan la generalización de la detección precoz de déficits y que resulten menos invasivos. Al mismo tiempo se han implementado programas para mejorar el cuidado de los prematuros.

Objetivo: evaluar la sensibilidad de la Pauta de Observación de la "Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program" (NIDCAP).

Método: se ha evaluado un grupo de prematuros a las 34 semanas de edad gestacional (EG), durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos neonatal (UCIN), usando la Pauta de Observación NIDCAP. Posteriormente, a las 40 semanas EG se ha evaluado el mismo grupo con la "Neonatal Behavior Assessment Scale".

Resultados: se han encontrado variables que podrían permitir un diagnóstico precoz del neurodesarrollo en prematuros ingresados en la UCIN.

Conclusiones: es importante tener en cuenta, dentro del proceso de evaluación, las conductas que se describen en esta comunicación con objeto de poder aplicar cuidados más adaptados a los recién nacidos prematuros.

Perfil de desarrollo en niños con muy bajo peso al nacimiento

*Sonia Couceiro Rosillo. Psicóloga Clínica.
Hospital Marina Baixa.
(kunshka@hotmail.com)*

*Elena Saiz Clar. Psicóloga.
Investigadora en el área de Metodología de la Universidad Nacional de Educación a Distancia.
(esaiz@bec.uned.es)*

*Inmaculada Palazón Azorín. Psicóloga Clínica.
Departamento de Psicología Pediátrica. Hospital General. Universitario de Alicante.
(Ada.palazon@gmail.com)*

RESUMEN

Introducción: desde que la supervivencia de los niños con Muy Bajo Peso al Nacimiento (MBPN) es viable en un gran porcentaje de casos, la evolución de éstos y su perfil de desarrollo, ha sido un foco de atención e investigación creciente. El seguimiento a largo plazo de estos niños, ha mostrado que presentan dificultades en la edad adulta no explicables por aspectos de su desarrollo, como la capacidad intelectual. Con la intención de explicar este fenómeno de peor adaptación posterior, estudiamos el perfil psicomotriz, intelectual y de alteraciones conductuales, de una cohorte de niños MBPN.

Sujetos y método: se realiza un estudio descriptivo en una muestra de 317 MBPN, nacidos entre 2001 y 2010, en la Unidad de Neonatología del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA), donde existe un protocolo de seguimiento conjunto con la Unidad de Psicología Pediátrica. Los datos se obtienen de las evaluaciones realizadas en esta última, a los 20 meses de edad corregida, a los 28, respectivamente, y a los 6 años y medio.

Resultados y discusión: nuestros datos corroboran los resultados hallados en diferentes investigaciones, sobre que estos niños presentan en mayor porcentaje: un Cociente de Desarrollo en el límite bajo del promedio adecuado a su Edad Cronológica, un CI en el rango medio-bajo, mayor presencia de síntomas y signos de TDAH y de criterios diagnósticos de éste trastorno, y por último, mayores alteraciones cualitativas que indicarían posibilidad de presentar un Trastorno del Espectro Autista (TEA).

Palabras clave: muy Bajo Peso al Nacimiento (MBPN), Cociente de Desarrollo (CD), Cociente de Inteligencia (CI), TDAH y TEA.

Prematuridad y bajo peso al nacimiento en niños con marcha de puntillas idiopática

*Patricia Martín Casas. Profesora Ayudante.
Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid.
(Pmcasas@enf.ucm.es)*

*Ruth Ballesteró Pérez. Becaria de Investigación.
Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid.
(Rballester@enf.ucm.es)*

*Gustavo Plaza Manzano. Profesor Asociado.
Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid.
(Gustavo@fisioterapiamadrid.es)*

*Juan Vicente Beneit Montesinos. Catedrático.
Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid.
(Jvbeneit@enf.ucm.es)*

*M^a Ángeles Atín Arratibel. Profesora Titular.
Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid.
(Matin@enf.ucm.es)*

RESUMEN

Antecedentes: La marcha de puntillas idiopática se considera un diagnóstico de exclusión de patologías neurológicas y ortopédicas cuando persiste en niños de más de tres años. Aunque su consecuencia más estudiada es el equino del tobillo, su presencia en niños con alteraciones del desarrollo y/o con factores de riesgo (FR) como la prematuridad y el bajo peso al nacimiento, indican su posible origen en el sistema nervioso central. Estos aspectos están aún en discusión y han tenido poca difusión en España, pues no se ha encontrado homogeneidad en la consideración de los FR ni ningún estudio en nuestro país sobre los denominados andadores de puntillas (AP).

Objetivo: Analizar la presencia de prematuridad y bajo peso al nacimiento en AP, junto con otros posibles FR.

Método: Estudio descriptivo transversal en el que se compararon 56 AP y 40 niños sin alteraciones del pie, la marcha o el desarrollo (grupo control), de 3 a 6 años de edad. Se recogieron los posibles FR en una entrevista semiestructurada con los padres.

Resultados: Los AP presentaron un mayor porcentaje de historia familiar positiva (17%; $p=0,000$) y de FR biológico, que incluyen la prematuridad y el bajo peso al nacimiento (11,3%; $p=0,032$), que el grupo control. La prematuridad y el bajo y muy bajo peso al nacimiento, estudiados de forma independiente, no resultaron significativamente más frecuentes en los AP de la muestra estudiada.

Conclusiones: Los antecedentes familiares y los FR biológico mostraron una frecuencia significativamente superior en los AP. Los diversos FR relacionados con la marcha de puntillas idiopática apoyan su definición como síndrome del desarrollo con expresión motora y confirman la necesidad de una evaluación interdisciplinar de los AP, que considere los aspectos neuromadurativos junto con los ortopédicos. Son necesarios más estudios relativos tanto a la valoración como al tratamiento de estos niños.

Riesgo perinatal y déficit neuropsicológicos en niños prematuros

M. Mar Sánchez-Joya¹

Julio Ramos-Lizana²

M. Dolores Roldán-Tapia³

Pablo Garrido-Fernández⁴

¹Profesora de Universidad. Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina. Universidad de Almería, Almería, España. (msj260@ual.es)

²Médico. Servicio de Neuropediatría, Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería. España. (jramoslizana@telefonica.net)

³Profesora de Universidad. Departamento de Neurociencias, Universidad de Almería, Almería, España. (mdroldan@ual.es)

⁴Técnico en Metodología de la Investigación y Bioestadística. Nodo del Complejo Hospitalario Torrecárdenas. FIBAO, Almería, España. (pgarrido@fibao.es)

RESUMEN

Antecedentes: la prematuridad y el bajo peso son factores de riesgo en sí mismos y también, la hospitalización prolongada que estas circunstancias conllevan (Doménech y otros, 2002). Con el Inventario de Riesgo Perinatal (PERI) (Scheiner y Sexton, 1991), se obtiene un índice de riesgo biológico predictivo de dificultades neuropsicológicas. McCornik y otros (2006) y Ment y otros (2007), realizaron amplios estudios de los déficit neuropsicológicos a largo plazo en niños prematuros.

Objetivo: estudiar las dificultades en tareas neuropsicológicas, en niños nacidos con gran prematuridad, en relación con la medida del índice de riesgo perinatal.

Método: Participaron 35 niños entre 4 a 6 años de edad, que nacieron con menos de 32 semanas de gestación y / o menos de 1500 g y 35 niños no prematuros de características demográficas y educativas similares, tanto en su nivel de educación, como en el de sus padres. La evaluación neuropsicológica consiste en una batería de rendimiento general y otras pruebas estandarizadas específicas. En el grupo de niños prematuros se obtuvo como covariable, el índice de riesgo perinatal (PERI).

Resultados: Se realizaron análisis de varianza entre los dos grupos, obteniéndose diferencias significativas en: la figura de Rey-Osterrieh, subtest Visoperceptivo

(Cumanin), Movimiento de manos (K-BIT), Orden de la palabra (K-BIT) y triángulos (K-BIT), Trails Making Test y Test de la A. Se obtuvieron correlaciones significativas de Spearman bivariadas con las variable PERI en el grupo de niños prematuros en las pruebas de visopercepción y estructuración espacial de Cumanin y en la figura de Rey.

Conclusiones: Los resultados muestran puntuaciones más bajas en el grupo de prematuros, en tareas ejecutivas, de aprendizaje y memoria y con mayor relevancia, en tareas visoperceptivas y de estructuración espacial. El índice de riesgo Perinatal (PERI), muestra valor predictivo para las tareas con mayor dificultad en los niños prematuros.

Comunicaciones libres: PÓSTERS

Influencia de la estimulación acuática en el control postural del niño sano

Marta Miralles Corbi.
Fisioterapeuta del CDIAT- Fundación Salud Infantil de Elche.
(tuxi_46@hotmail.com)

RESUMEN

Antecedentes: la estimulación acuática en niños pequeños se ha llevado a cabo desde hace varios años hasta la actualidad con el fin de "formar seres autónomos y habituados al medio acuático". Son muchos los centros que realizan esta práctica con niños sanos y muchos los autores que confirman los beneficios sobre el desarrollo psicomotor. Con el presente estudio se pretende evaluar la influencia de la estimulación acuática sobre el control postural del niño sano.

Objetivos: evaluar la influencia de la estimulación acuática sobre el control postural del niño sano.

Población y Métodos: se emplea un ensayo clínico controlado, no aleatorio y de carácter experimental para evaluar el control postural de 20 sujetos sanos, de ambos sexos, de los cuales 10 recibieron estimulación acuática y los otros 10 formaron parte del grupo control. En edades comprendidas entre los 28 y 37 meses, mediante la Escala de Equilibrio Pediátrica.

Resultados: se analizó primeramente la influencia del factor tiempo para observar la evolución del total de las variables 1 a 14 de las tres mediciones realizadas obteniéndose un p-valor de 0,00, menor a 0,05, por lo que se rechaza la hipótesis nula de igualdad de medias entre todos los tiempos y se acepta la hipótesis alternativa de que las medias son diferentes. En segundo lugar se procedió a realizar un análisis de las medias para observar entre cuales se produjeron esas diferencias, obteniéndose existen diferencias entre la media 1 y 2 (p-valor menor que 0,05), la 1 y 3 (p-valor menor que 0,05), pero no entre la 2 y la 3 (p-valor mayor que 0,05). Seguidamente se procedió a analizar el factor grupo obteniéndose un p-valor de 0,550, mayor que 0,05, esto quiere decir que no hay diferencias significativas asociadas al factor grupo.

Conclusión: no existen diferencias, en cuanto al factor grupo (grupo control e intervención), de que la estimulación acuática influya en el control postural del

niño sano. La evolución de los sujetos de estudio ha sido similar durante las mediciones realizadas.

Programa de alimentación en niños con ayudas especiales

*Silvia Domenech-Martínez, Logopeda.
Fundación Salud Infantil Elche. (sidome79@gmail.com)*

*Jesica Piñero-Peñalver, Psicóloga.
Coordinadora técnica de la Fundación Salud Infantil.
Profesora Asocaida de la Universidad de Alicante.*

*Belén Candela-Sempere, Psicóloga.
Coordinadora de los programas Atención Temprana y del Programa
de prevención del HGUE de la Fundación Salud Infantil Elche.*

RESUMEN

Antecedentes: Una de las dificultades con las que se encuentra la población de Atención Temprana en su desarrollo, es a nivel de alimentación, estas dificultades pueden proceder por diversas causas, tales como: dificultades motoras que les impide mantener una postura adecuada y realizar los movimientos de coordinación adecuados para poder alimentarse por ellos mismos, niños que presentan conductas inapropiadas frente al momento de alimentación por falta de anticipación o por aversión a las comidas, o niños que presentan unas características morfológicas y funcionales a nivel orofacial, que les impiden llevar a cabo la maduración de los procesos alimenticios, perdurando procesos infantiles. Todas estas dificultades hacen que requieran de unos servicios especiales y ajustados a las necesidades individuales de cada niño. Por ello, elaboramos un modelo de intervención terapéutico desde la Unidad de Atención Temprana para abordar los problemas que presenta dicha población.

Objetivos:

- Proporcionar los recursos externos necesarios a cada niño para llevar a cabo una ingesta segura.
- Potenciar una correcta postura frente a la alimentación.
- Favorecer la transición alimenticia.
- Potenciar la mayor autonomía de cada niño.

- Adoptar maniobras que aseguren una alimentación oral eficiente y segura para el niño.

Población y Método:

El programa va dirigido aquellos niños que abarcan cualquier patología o trastorno que impide o dificulta el desarrollo alimenticio. Siendo la franja de edad desde los 4 meses hasta 42 meses.

La metodología de trabajo es la siguiente:

Función del logopeda: planificación de las actividades previas a la alimentación, las maniobras a realizar durante el momento de la alimentación y valorar que niños requieren de utensilios adaptados.

Funciones del fisioterapeuta: valorar y elaboración de asientos pélvicos.

Funciones de la enfermera: controlar las dietas a nivel dietético.

Funciones de las educadoras: ejecución de las actividades previas y responsables de la alimentación de cada niño.

Funciones del asistente de cocina: encargada de preparar los menús especiales y normales de cada niño.

Resultados: A continuación se detalla los progresos que se han producido durante el curso 2012-2013.

Al iniciar la mesa de atención temprana se contaba con un número de 8 niños, sucesivamente a lo largo del año se han ido produciendo altas y pasando estos niños a sus clases ordinarias. Se finalizó la mesa con un número de 5 niños.

Otra de las habilidades marcadas como objetivo para conseguir con estos niños, era la autonomía frente a la alimentación. Al iniciar el curso solo presenta uno de ellos suficiente grado de autonomía en la comida para ser ingerida por él mismo, el resto se encontraba en proceso de inicio o no presentaba dicha habilidad, siendo la comida administrada por la educadora.

A lo largo del curso y realizando el trabajo adecuado con este grupo de niños, se ha conseguido al finalizar el curso 2012-2013 que el 100% de los niños se ad-

ministren ellos mismos la comida. Solo con la particularidad de que en algunos casos han requerido de una supervisión, pero que no ha estado relacionada con la autonomía en sí, sino por las particularidades de las patologías que presentaban los niños.

Por último mencionar que otros de los objetivos cumplidos ha sido que los niños comieran su menú correspondiente por edad, alcanzando este objetivo el 95% de los casos.

Conclusión: La aplicación de dispositivos externos como ha sido los asientos pélvicos, la aplicación de ejercicios específicos antes y durante la alimentación, y la anticipación a través de soportes visuales del momento de la comida ha favorecido a un desarrollo alimenticio más óptimo, seguro y eficaz para cada niño, proporcionándoles seguridad y autonomía en la alimentación.

La Unidad de Respiro Infantil: un lugar de integración educativa

*Paqui Mollá Salmerón,
educadora Fundación Salud Infantil.*

*Carmen Oliva Rodríguez,
educadora Fundación Salud Infantil.*

*Encarni Guerrero Antón,
educadora Fundación Salud Infantil.*

*Elisabeth Gómez Peñalver,
educadora Fundación Salud Infantil.*

RESUMEN

Antecedentes: La Unidad de Respiro Infantil, es un programa de integración educativa que acoge a niños sanos, con riesgo biológico, social y con patología. Es una puesta en marcha de un programa educativo que contempla potenciar el desarrollo general del niño y fomentar su carácter creativo y emocional, en base a una metodología reglada y lúdica. Todo ello gracias a un equipo interdisciplinar compuesto por educadores infantiles, psicólogos, logopedas, fisioterapeutas y personal médico, especializados en Atención Temprana.

Objetivos: Mostrar los beneficios que tiene la integración educativa y las actuaciones preventivas en su entorno habitual, aplicadas por un equipo de atención temprana, a la población de riesgo biológico en aulas de educación infantil de 0 a 3 años.

Método:

-Sujetos: 25 niños prematuros nacidos en Elche. Acuden de forma voluntaria a la Unidad para formar parte del proyecto educativo. Edades cronológicas comprendidas entre 13 y 24 meses, nacidos con una media de 35,04 sg y peso 2435,16 gramos.

-Instrumentos: Inventario de Desarrollo de la Primera Infancia Brunette-Lezine.

-Procedimiento: Se registraron todos los niños matriculados en la Unidad que

nacieron de forma prematura durante 2010-2012. Los datos se obtuvieron de las entrevistas pasadas a los padres y de las evaluaciones anuales.

-Resultados: Los niños presentaron un Coeficiente Motor de 102,62. Respecto a la cognitiva mostraron una media de 96,16. A nivel de lenguaje, se obtuvieron medias de 99,20. La socialización también se mostró dentro de los límites normalizados, con una media de 101,4. Por último el coeficiente total arrojó unos resultados de 100,37.

Conclusiones: Los resultados obtenidos coinciden con lo expuesto en la literatura sobre la población de niños nacidos en el límite de la prematuridad. Son niños que presentan, en principio, un desarrollo normalizado pero que, pueden dar, en edades posteriores, problemas a nivel de ejecuciones académicas. Por ello, la Fundación, contempla la intervención y el seguimiento de esta población desde edades muy tempranas y, muy especialmente, en su entorno natural como es la escuela infantil.

El inventario de riesgo perinatal según el grado de prematuridad

*Jessica Piñero Peñalver.
Fundación Salud Infantil. Universidad de Alicante.*

*Ana Belén Candela Sempere.
Fundación Salud Infantil.*

*Julio Pérez-López.
Universidad de Murcia.*

*Beatriz Ibáñez Galera.
Fundación Salud Infantil.*

*Fernando Vargas Torcal.
Hospital General Universitario de Elche.*

RESUMEN

Antecedentes: En los últimos años la tasa de nacimiento de niños prematuros ha aumentado considerablemente. Numerosos estudios recientes ya nos alertan de que no sólo son importantes los grandes prematuros sino que los prematuros tardíos también han de ser considerados como población de riesgo.

La importancia de realizar una pronta valoración de todos los niños con factores de riesgo perinatal, es considerada como fundamental para minimizar, sus posibles secuelas futuras. Además, dicha evaluación nos va a ayudar a identificar de forma temprana los niños que pudiesen ser susceptibles de experimentar déficits evolutivos, con la finalidad de proporcionar una atención aplicada antes de que se produzca un fracaso importante en su desarrollo.

Objetivo: Describir el valor pronóstico según los datos perinatales en función del grado de prematuridad.

Método:

-Sujetos: El estudio parte de un muestra de 105 sujetos prematuros que solicitaron recibir atención temprana en la Fundación Salud Infantil de Elche (FSI). El total de sujetos se subdivide en dos grupos: prematuros tardíos (N=32 con media de 34,8 semanas de gestación y desviación típica 0,8) o con mayor grado de prematuridad (N=73 con media de 30,33 semanas de gestación y desviación típica 1,9).

-Instrumentos: Se utilizó el Inventario de Riesgo Perinatal de Scheiner y Sexton.

-Procedimiento: Se evaluaron todos los niños nacidos prematuros que fueron atendidos en la Unidad de Atención Temprana, y que reciben tratamiento desde septiembre de 2012. En primer lugar se les pasó a los padres una entrevista *ad hoc*, se recogió el consentimiento informado y los datos perinatales del informe clínico del niño.

Resultados: Los resultados obtenidos y analizados mediante una prueba de diferencias de medias T de *Student* para muestras independientes indican significación desde el punto de vista estadístico y relevancia moderada desde el punto de vista clínico ($t_{103} = -2,185$; $p = 0,031$; $d = 0,46$). Observándose que los niños prematuros tardíos suelen tener mejores puntuaciones en el Inventario de Riesgo Perinatal que los niños nacidos con menos semanas de gestación, y por tanto, menor riesgo que los nacidos con menor grado de prematuridad.

Conclusiones: Los resultados apoyan la importancia que tiene la aplicación de un programa de atención temprana desde un punto de vista preventivo, muy especialmente en niños que nacen con factor de riesgo como es el caso de la prematuridad, independientemente del grado de la misma. Cada vez hay más consciencia de la importancia del seguimiento a los niños que nacen en el límite de la prematuridad.

Impacto del nacimiento pre-término y con bajo peso en la cognición, conducta y aprendizaje de niños en edad escolar

*Tatiana Izabele Jaworskide Sa Riechi.
Universidad Federal del Paraná Curitiba/ PR/ Brazil,
(tatiriechi@hotmail.com)*

*María Valeriana L. Moura-Ribeiro.
Departamento de Neurología de la Facultad de Ciencias
Médicas de la Universidad Estadual de Campina/ Campinas/ SP/ Brazil.*

*Sylvia María Ciasca.
Departamento de Neurología de la Facultad de Ciencias
Médicas de la Universidad Estadual de Campina/ Campinas/ SP/ Brazil.*

RESUMEN

Objetivo: evaluar el impacto del parto prematuro y bajo peso al nacer en el neurodesarrollo, la cognición, y por lo tanto el aprendizaje de los niños y adolescentes en edad escolar.

Métodos: estudio transversal de caso y control en 120 escolares con edades comprendidas entre 6 y 15 años, matriculados en la escuela primaria y emparejados socio-económicamente. Todos fueron sometidos a evaluación neuropsicológica protocolizada, neurológica y académica. El grupo estaba constituido por 60 escolares nacidos con edad gestacional <37 semanas y peso al nacer <2500 g. El grupo control (GC) ha sido formado por 24 hermanos de los escolares prematuros y 36 compañeros de la escuela o vecinos. Entre los instrumentos utilizados se encuentran: WISC III, Test Guestáltico Viso motor Bender, Test *Trail Making*, Figuras Complejas de Rey, Test Neuropsicologico Luria Nebraska, Escala A2 de Rutter, Escala, Behavior Checklist for Children (CBCL) y la Prueba de Rendimiento Académico. Las comparaciones entre grupos se realizaron mediante la prueba exacta de Fisher, Mann-Whitney y ANOVA.

Resultados: el grupo de prematuros (GP) mostró resultados desfavorables en la coordinación visual-motora, psicomotriz General, Desarrollo Capacidad Visio-Constructiva, Memoria Visual, Razonamiento matemático, coordinación táctil-cinestésica. Todos con $p = 0,001$. El CI de los sujetos del GP demostró ser 10 puntos por debajo de la del GC.

Conclusiones: los niños brasileños nacidos pre término y con bajo peso mostraron cambios cerebrales específicos funcionales asociados con trastornos cognitivo-conductuales y de aprendizaje.

Evaluación de la atención ejecutiva en un grupo de prematuros de alto y bajo riesgo neurosensorial a la edad de seis años

*Eva María Padilla Muñoz,
Profesora Titular de Universidad, Facultad de Ciencias de la Educación
(evapadi@us.es)*

*María Dolores Lanzarote Fernández,
Profesora Contratada-Doctora, Facultad de Psicología
(lanzarote@us.es)*

*María Villarín Andreu, Psicóloga,
Máster Internacional en Psicología Clínica y de la Salud
(mariavilps@hotmail.com)*

*María Merced Barbancho Morant, Psicóloga,
Máster en Psicología Clínica Infanto-Juvenil, Terapeuta por cuenta propia
(merchebarbancho@hotmail.com)*

RESUMEN

Antecedentes: los estudios de seguimiento han confirmado reiteradamente que los bebés prematuros tienen más probabilidades que los nacidos a término de presentar dificultades de atención que pueden afectar a los aprendizajes y al logro en la escuela. Esta es actualmente una de las preocupaciones más comunes expresadas por padres y maestros.

Objetivo: determinar las posibles dificultades en atención ejecutiva en un grupo de recién nacidos pretérmino a los seis años, y establecer posibles relaciones con variables determinantes del riesgo en esta población.

Método: participaron un total de 106 niños y niñas; 52 formaron el grupo pretérmino (28 alto y 24 de medio-bajo riesgo) y 54 el grupo a término. Se emplearon: la adaptación española del *Children Sustained Attention Task* (CSAT), para la atención sostenida y el *Test de Caras*, utilizado como medida general de atención.

Resultados: los análisis indican que una menor edad gestacional, un menor peso al nacer y más días de ingreso se relacionan con mayores dificultades de atención a los seis años. Además, se observa un peor rendimiento en el *Test de Caras*, y un mayor número de errores cometidos (CSAT), en el grupo de niños prematuros de riesgo elevado respecto al grupo a término. Entre los grupos de medio-bajo

riesgo y a término no se observan diferencias. Finalmente, se observan diferencias significativas entre niños y niñas prematuros en las variables tiempo de reacción y capacidad atencional del CSAT; mientras que la capacidad atencional es similar en ambos sexos en el grupo contraste.

Conclusiones y Discusión: podemos plantearnos si se desarrollan más tarde en los prematuros las funciones ejecutivas y si este ligero déficit detectado a los seis años podría tener consecuencias académicas adversas, de ahí la necesidad de contar con medidas de seguimiento posteriores.

Musicoterapia en prematuros

Ana Isabel López Oliva.
DUE, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.
(*anaisl.oliva@gmail.com*)

Maria Teresa Rojo Solana.
DUE, Hospital Universitario Los Arcos Mar Menor.
(*rojo__802hotmail.com*)

Guillermo Valero Segura.
DUE, Hospital Comarcal de la Vega Baja Orihuela.
(*g_valero19@hotmail.com*)

Ana Belén Mirete López,
DUE, Hospital Universitario Los Arcos Mar Menor.
(*anamirete@yahoo.es*)

RESUMEN

Antecedentes: la musicoterapia es el manejo de la música y sus elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) realizada por un musicoterapeuta cualificado con un paciente o grupo, es un proceso creado para facilitar la comunicación, las relaciones, el aprendizaje, el movimiento, la expresión y otros objetivos terapéuticos relevantes, para así satisfacer las necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas. Hasta la actualidad, se han desarrollado carreras de grado y post-grado aplicándose la música como terapia en cualquier tipo de pacientes incluidos también los Recién Nacidos Pretérmino.

Schwarcz López Aranguren, Violeta. (2009). La musicoterapia: análisis de definiciones, caracterización de su campo de especificidad. Cuadernos Interamericanos de Investigación en Educación Musical, (2003).

Objetivo: conocer los beneficios en neonatos prematuros expuestos a musicoterapia durante su estancia hospitalaria.

Método: revisión bibliográfica en la bases de datos Medline, Elsevier y Biblioteca Cochrane.

Resultados: mediante la revisión bibliográfica efectuada en numerosos artículos se está de acuerdo que la música es un complemento muy útil en los cuidados

médicos del RNP, disminuyendo el estrés, aumentando el crecimiento, favoreciendo el alta hospitalaria y mejorando los vínculos entre madre e hijo. *Giraldez, A. (2010). Música: complementos de formación disciplinar. Graó.*

Asimismo son muy frecuentes los artículos en los que se habla de la respuesta fisiológica de la musicoterapia reduciendo la frecuencia cardiaca, favoreciendo la maduración del sistema inmune además de los beneficios obtenidos en el manejo no farmacológico del dolor. *Musicoterapia, E. N. P., & Martínez, C. D. S. (2012). Universidad de San Carlos de Guatemala Facultad de Ciencias Medicas escuela de estudios de postgrado.*

Conclusiones: la musicoterapia es una terapia coadyuvante que se está aplicando a numerosas patologías. Nos ayuda a entender las numerosas cualidades de la música, mejorando la calidad de vida de los pacientes en general y los RNP en particular.

El poder de la música en mujeres lactantes que requieren extracción de leche materna cuyos hijos están ingresados en una Unidad de Neonatología

*Francisco David Rodríguez-Vela.
Licenciado en Medicina por la Universidad de Sevilla
(pacodavinchi@hotmail.com)*

*Josefa Aguayo-Maldonado.
Jefe de la Unidad de Gestión de Neonatal del Hospital Infantil Virgen del Rocío de Sevilla.
(pepaaguayo@gmail.com)*

*Pilar García-Calero.
Profesora de Música del Conservatorio Manuel Castillo de Sevilla.*

*Eva María Padilla-Muñoz.
Profesora Titular del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la
Universidad de Sevilla
(evapadi@us.es)*

RESUMEN

La musicoterapia es la aplicación científica del arte de la música y la danza con finalidad terapéutica y preventiva, a fin de poder ayudar a incrementar y restablecer la salud mental y física del ser humano.

La lactancia materna tiene múltiples beneficios tanto para el bebé como para la madre. Por desgracia, aunque no suele ser lo habitual, hay madres que no pueden amamantar a sus hijos, por lo que en estos casos son de gran utilidad los bancos de leche.

Por ello, consideramos necesario la realización de un estudio para determinar si la aplicación de la música en el banco de leche pudiera incrementar la producción de la misma y de esta forma optimizar la producción, ya que hasta la fecha las donantes son escasas. Más concretamente, el *objetivo* es comprobar si la aplicación de la música en el nuevo banco de leche del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla tendría utilidad. Para ello seleccionamos a un grupo de madres que tenían a sus hijos ingresados en la UCI neonatal y les pedimos que rellenaran unas encuestas y una hoja de seguimiento donde figurase la cantidad de leche extraída en cada toma y si estaban escuchando o no música.

Pese a que el volumen de la muestra (10 madres lactantes) no fue el esperado, y no podemos generalizarlo, los datos obtenidos han sido prometedores: La pro-

ducción media general de leche ha sido de 136,05 ml; la media con música se situó en 159,43 ml, frente a los 115 ml de extracción media sin música. La diferencia absoluta entre ambas medidas fue de 44, 43 ml.

Estos resultados preliminares nos llevan a concluir que es necesario replicar el estudio con una muestra mayor.

“Nuestras manos, nuestros niños”

*Amalia Cotes-Motos.
DUE. Hospital General de Elche
(acotesmm@hotmail.com)*

*Elisabet López-García.
DUE. Hospital General de Elche
(Elisabet.lopez01@goumh.umh.es)*

*Mónica Caballero-Escolar.
DUE. Hospital General de Elche
(Caballero_mon@gva.es)*

RESUMEN

Antecedentes: los cuidados que recibe un niño prematuro desde su nacimiento hasta el alta hospitalaria son de suma importancia para su desarrollo bio psico social. Cada intervención que se realiza de manera secuencial debe estar protocolizada y consensuada por todos los profesionales que atienden al niño.

Objetivo: conocer los beneficios que aporta la observación de imágenes donde se visualizan intervenciones asistenciales a un prematuro por el personal de la unidad.

Detección de errores en la praxis para una corrección posterior.

Método: se trata de un estudio observacional con una muestra de un niño prematuro de 25+6 semanas de gestación elegido al azar. Bajo peso, parto eutócico, intubación endotraqueal etc.

Antes de comenzar con el estudio, se informó de manera rigurosa a los padres que firmaron un consentimiento informado, como muestra de su aprobación de acuerdo con las normas de Helsinki.

Dividimos el estudio en dos periodos: en la primera fase sólo realizamos grabaciones, desde el mismo momento del nacimiento hasta el alta hospitalaria. De manera secuencial estuvimos grabando la evolución del niño incluyendo técnicas y tareas diarias llevadas a cabo por diferentes profesionales y en diferentes turnos.

En la segunda fase realizamos el análisis de las grabaciones, ordenando y cortando secuencias no relevantes.

La finalidad de observar estas imágenes ha sido verlos y así poder detectar todo aquello que realizamos de forma correcta e incorrecta.

Las grabaciones fueron realizadas por cámara de video y móvil.

Resultados: tras 2 meses de grabaciones y dado de alta nuestro paciente de manera satisfactoria pudimos observar visualizando imágenes, que realizamos

- actividades de manera metódica y protocolizada.
- actividades de manera rutinaria que implican riesgos.

Conclusiones: a pesar de disponer de un personal altamente cualificado y formado, hay acciones y técnicas que se pueden mejorar evitando riesgos innecesarios.

Beneficios del método canguro en el recién nacido pretérmino

*M^a Teresa Rojo Solana.
DUE, hospital Universitario Los arcos del mar menor.
(rojo__80@hotmail.com)*

*María Dolores Candel Martínez.
DUE, Hospital Universitario Santa Lucía.
(lolilarubi@hotmail.com)*

*Guillermo Valero Segura.
DUE, Hospital Universitario Clínico Virgen De La Arrixaca.
(g_valero19@hotmail.com)*

*Verónica Bermúdez García.
DUE, Hospital Universitario Reina Sofía.
(vero.bega@hotmail.com)*

*Ana Isabel Lopez Oliva.
DUE, Hospital Universitario Clínico Virgen De La Arrixaca.
(anaisl.oliva@hotmail.com)*

RESUMEN

Antecedentes: el método canguro se basa en los cuidados que proporcionan las madres canguros a sus crías, las cuales están en la bolsa materna, cerca de las glándulas mamarias y recibiendo alimentación a demanda (Guerrero, 2005).

El método canguro se instauró en las unidades de cuidados neonatales como alternativa a los cuidados habituales de los recién nacidos pretérmino en 1979 (Álvarez Miró, 2011).

A pesar de los numerosos estudios realizados sobre este método, encontramos dificultades a la hora de ponerlo en práctica, fundamentalmente barreras y actitudes negativas por parte del personal sanitario implicado.

Objetivos: conocer los beneficios del método canguro como una técnica segura en el cuidado del recién nacido pretérmino.

Método: búsqueda bibliográfica en la base de datos Fundación Index, en Cuiden Plus y en la página web de la AEP (Asociación Española de Pediatría).

Resultados: a través de la revisión bibliográfica, se pone de manifiesto los beneficios que tiene el método canguro en el cuidado del recién nacido pretérmino como son:

- Facilita la lactancia materna.
- Facilita un sueño más prolongado y menos fraccionado.
- Reduce la concentración basal de cortisol hasta en un 60%.
- Produce una menor tasa de infección neonatal.
- Favorece el vínculo madre-hijo.
- Reduce el llanto.
- Disminuye el estrés neonatal.
- Produce una estabilización hemodinámica.
- Acorta la estancia hospitalaria y por lo tanto reduce el gasto.
- Aumenta la curva ponderal (Aréstegui, 2002).

Conclusiones: son numerosos los estudios que demuestran los beneficios del método canguro en los neonatos pretérmino, como la mejora de los signos fisiológicos, el fomento de la salud y el bienestar en el mismo, frente a ningún estudio encontrado que demuestre perjuicio alguno en el recién nacido. Es por ello que todos los padres y madres deben recibir información relativa al método así como sus beneficios.

Práctica del método madre - canguro intrahospitalario, beneficios en neonatos

*Ascensión Guillén-Martínez. Matrona.
Universidad de Murcia.
(ascen_guillen@hotmail.com)*

*Victoria Rodríguez-Sánchez. Matrona.
Centro de Atención Primaria Lorca. Murcia.
(vickyrodriguezsanchez@hotmail.com)*

*Gloria María Martínez-Amores. Matrona.
Hospital de Caravaca.
(gloriamartinezamores@gmail.com)*

*Alonso Molina-Rodríguez. Centro de Atención
Primaria Motilla del Palancar. Cuenca.
(alonso.88@hotmail.com)*

RESUMEN

Antecedentes: el contacto piel a piel entre la madre (o padre) y su recién nacido ha definido como método canguro, y se está llevando a la práctica en el ámbito intrahospitalario como parte de los cuidados de las unidades neonatales, aportando beneficios notables en el recién nacido tales como la reducción de la morbilidad, la instauración de la lactancia materna exclusiva, además de fortalecer el vínculo de unión madre-hijo.

Objetivos:

- Conocer la evidencia y beneficios de la utilización del método madre-canguro en las unidades hospitalarias de neonatos.
- Valorar las dificultades de acceso de padres en las unidades de hospitalización.

Método: se ha realizado una revisión bibliográfica desde el año 2000 hasta la actualidad en bases de datos tales como CINAHL, IME, Lilacs, Cuiden Plus, Biblioteca Cochrane Plus, Instituto Joanna Briggs etc. Las palabras claves del estudio son: método madre canguro, cuidados intrahospitalarios neonatales, cuidado canguro y contacto piel con piel.

Resultados: encontramos numerosas recomendaciones en la bibliografía consultada para la práctica del método madre-canguro en los cuidados neonatales. Se evidencian beneficios relacionados con la disminución de la aparición de variables de estrés del neonato, ayudándole a organizar su sistema motor y fisiológico para alcanzar un estado de tranquilidad. También se asoció con una reducción del riesgo de infección nosocomial. El método madre-canguro redujo la probabilidad de la lactancia materna no exclusiva al momento del alta hospitalaria. Algunas dificultades para la práctica de éste método se asoció a la no disponibilidad de políticas de puertas abiertas hospitalarias, en las cuales los padres tienen libertad de horario de acceso en las zonas de ingreso de sus hijos.

Conclusiones: la práctica del método madre-canguro durante la hospitalización aporta numerosos beneficios en los cuidados del neonato, siendo necesario fomentar y mejorar los protocolos y políticas restrictivas de acceso hospitalario a los progenitores.

Ventajas de la lactancia materna sobre la lactancia artificial en el lactante prematuro y recién nacido de bajo peso

*Antonio Jesús Rico-González
(yuter_21@hotmail.com),*

Fabiola Zapata-Berna,

María Asunción Sáez-Navarro,

Alba Salud Riveiro-Tassias

Verónica Bermúdez-García.

RESUMEN

Antecedentes: la lactancia materna o alimentación con leche del seno materno, es un hecho biológico sujeto a modificaciones por influencias sociales, económicas y culturales, que ha permanecido como referente para los bebés desde los orígenes de la humanidad hasta finales del siglo XIX.

Es a principios del siglo XX cuando se inicia la lactancia artificial, cambiándoles a los bebés su forma de alimentación inicial que pasan a ser alimentados con leche modificada de una especie distinta.

Los lactantes pretérmino son capaces de succionar hacia la semana 34 de gestación, la leche materna es más fácil de digerir y constituye el alimento específico del lactante durante los primeros seis meses de vida.

Se recomienda a la madre de un bebé que todavía no es capaz de mamar, que extraiga la leche (con bomba eléctrica) y con ella puede alimentar al bebé mediante sonda o biberón.

Objetivos: valorar las ventajas y beneficios de la lactancia materna sobre la leche artificial a nivel biológico, emocional, afectivo, social, económico y en el desarrollo del bebé.

Método: hemos realizado una revisión bibliográfica en diferentes revistas científicas (Nure Investigacion y Journal Pediat Surgery).

Resultados: tras el estudio realizado, se han descrito numerosas ventajas de la lactancia materna frente a la artificial: las infecciones intestinales son menos frecuentes, la leche materna contiene lactoferrina que impide el crecimiento de E.Coli y favorece el desarrollo de lactobacilos, protege frente a las infecciones por rotavirus, así como de las infecciones respiratorias bajas agudas, meningitis bacterianas e infecciones urinarias; también están disminuidas la diarrea, enteritis necrosante, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, D.M Tipo II y obesidad.

Conclusiones: los estudios encontrados y fundamentados en la medicina basada en la evidencia, ratifican los múltiples beneficios que conlleva la lactancia materna para el R.N prematuro y de bajo peso y para su madre en comparación con la leche artificial.

Apnea en prematuros y métodos preventivos

Ana Isabel López Oliva. DUE.
Hospital Universitario Clínico Virgen de la Arrixaca
(anaisl.olivagmail.com)

M^a Teresa Rojo Solana. DUE.
Hospital Universitario Los Arcos Mar Menor
(rojo__80hotmail.com)

M^a Dolores Candel Martínez. DUE.
Hospital Universitario Santa Lucía
(lolilarubihotmail.com)

Rosalía Rogel Rodríguez. DUE.
Hospital Universitario Clínico Virgen de la Arrixaca
(rosarogelhotmail.com)

RESUMEN

Antecedentes: la apnea en recién nacidos prematuros es un problema común y frecuente. Los episodios de apnea pueden llevar a la aparición de hipoxemia y bradicardia y en casos graves, ingresos prolongados en unidades de cuidados intensivos neonatales.

Objetivos: determinar el efecto de diferentes estrategias para prevenir la aparición de apnea y la necesidad de asistencia respiratoria adicional y comparar resultados. Se evaluó el efecto de la posición corporal, la estimulación quinestésica, el tratamiento con metilxantina y el tratamiento con carnitina.

Método: se realizaron búsquedas bibliográficas en resúmenes de congresos y actas de simposios, así como de estudios de diferentes bases de datos (Medline Plus, Embase, Elsevier y Cochrane).

Resultados: ninguno de los estudios analizados revelaron una reducción de la apnea, la bradicardia o la saturación de oxígeno con el cambio de posición corporal (supina, prona, lateral izquierda y derecha). (Bredemeyer SL, Foster JP, 2012)

Los estudios que compararon el uso de cafeína y placebo no demostraron diferencias significativas en cuanto a episodios de apnea, bradicardia, hipoxemia o uso de VPPI, sin embargo se demostró una mejoría en la tasa de supervivencia

sin discapacidad evolutiva a los 18 a 21 meses de edad corregida. (*Smart D, De Paoli A, 2010*)

La estimulación quinesésica no ha demostrado efecto sobre la aparición de apnea a corto plazo o a largo plazo. (*Osborn DA, Henderson-Smart DJ, 2002*)

Los ensayos que analizaron el uso de carnitina como profilaxis para la apnea no demostraron una diferencia estadísticamente significativa en la frecuencia de episodios de apnea, duración de la VPPI ni en estancia hospitalaria. (*Iafolla AK, Roe CR, 1995*)

Conclusiones:

- La posición corporal y la estimulación quinesésica no han demostrado efectos a corto, medio o largo plazo como prevención de episodios de apnea.
- El uso de suplementos de carnitina o el uso de metilxantinas no han demostrado resultados positivos en relación con episodios de apnea, duración de la asistencia respiratoria o de la estancia hospitalaria.
- El tratamiento con metilxantinas profilácticas en los recién nacidos prematuros ha demostrado una mejora significativa en la tasa de supervivencia sin discapacidad evolutiva a los 18 a 21 meses de edad.

Atención de enfermería a la mujer con riesgo de abandono de la lactancia materna

*M^a del Carmen Linares-Montenegro
(carmenlinares1976@gmail.com)*

Isabel Ramos-Ruiz

Alba Salud Riveiro-Tassias

Adela M^a García-Fenoll

Ana Sánchez-Marchamalo.

RESUMEN

Antecedentes: a nivel mundial la baja tasa de prevalencia de Lactancia Materna debe ser considerada como un problema de salud pública. El desarrollo de intervenciones de Educación Sanitaria, la formación continuada de los profesionales sanitarios, así como la promoción y apoyo a los Grupos de Autoayuda son campos importantes para trabajar por parte del equipo multidisciplinar.

Objetivos: el objetivo de esta Revisión Bibliográfica es conocer los motivos por los que las mujeres abandonan la Lactancia Precoz y así poder elaborar intervenciones de educación para la salud eficaces para el inicio y mantenimiento de la misma.

Método: Revisión Bibliográfica en las bases de datos PubMed, Cochrane Library, Medline, Scielo abarcando el periodo 2000-2013.

Resultados: en la revisión de la literatura científica hallamos varios aspectos claves y diferentes herramientas que puede utilizar enfermería para identificar los motivos por los que las mujeres abandonan la Lactancia Materna Precoz procurando con ello un inicio y mantenimiento positivo de la misma. Los motivos para el destete son: poca producción láctea, grietas, dolor al amamantar, creencia de que el bebé se queda insatisfecho o vuelta de la madre al trabajo.

La educación pre y postnatal, la política sanitaria de cada institución sobre promoción y protección de la Lactancia Materna, la formación continuada de los profesionales sanitarios, el contacto con Grupos de Autoayuda, son factores que influyen positivamente en el inicio y mantenimiento de ésta.

Conclusiones: la Lactancia Materna tiene un impacto positivo a largo plazo con importantes repercusiones en la salud del niño, de la madre y de la sociedad en general. El desarrollo de intervenciones de Educación Sanitaria, la formación continuada de los profesionales sanitarios en Lactancia, así como la promoción y apoyo a los Grupos de Autoayuda son campos importantes para trabajar por parte del equipo multidisciplinar.

Palabras clave: Lactancia Materna/Abandono/Destete/Breastfeeding/Discontinuation

Cuidado postural del recién nacido prematuro

*Mª Del Carmen Linares-Montenegro
(carmenlinares1976@gmail.com),*

Isabel Ramos-Ruiz

Alba Salud Riveiro-Tassias

Adela Mª García-Fenoll

Ana Sánchez-Marchamalo

RESUMEN

Antecedentes: los bebés prematuros carecen de un tono muscular adecuado y pueden desarrollar patrones de movimiento anormales y deformaciones esqueléticas.

La postura correcta promueve el desarrollo motor normal y forma parte de los cuidados básicos de enfermería neonatal.

Objetivos:

- Estimular la flexión activa del tronco y extremidades (facilitar la actividad mano-boca).
- Mantenimiento de la línea media.
- Facilitar la noción del cuerpo y del espacio.
- Favorecer el desarrollo visual y auditivo.
- Prevención de lesiones cutáneas y deformidades óseas.
- Mejor digestión.
- Interacción padres-hijo.
- Prevención del estrés.

Método:**Profesionales:**

- Preparar y comprobar el material.
- Lavado de manos.
- Uso de guantes.

Paciente:

Valoraremos el estado del paciente y decidiremos la estrategia:

- Decúbito supino: posición indicada para intervenciones del equipo. Es aconsejable colocar las rodillas flexionadas y la cabeza alineada con el cuerpo. Dificulta la flexión y facilita la extensión. Es la postura en la que se pierde más energía y calor, y aumenta el trabajo respiratorio.
- Decúbito lateral: posición de elección porque permite la exploración del entorno y la actividad mano-boca. Facilita la flexión y evita la posición de arqueado. Facilita la realización de movimientos de autoprotección y autorrelajantes.
- Decúbito prono: facilita la oxigenación y disminuye el reflujo gastroesofágico. Indicada en bebés con insuficiencia respiratoria.

Ejecución

- Flexionar las extremidades y orientarlas a la línea media del cuerpo.
- Mantener las caderas en adducción.

Resultados: el cuidado postural aumenta el confort y previene deformidades. Colabora con los demás tratamientos porque optimiza la energía que necesita el bebé y le ayuda a aliviar el dolor.

Conclusiones: la aplicación de estos cuidados es fácil y barata, e influye, junto con otros en la disminución de la morbilidad de los recién nacidos prematuros.

Cuidados de enfermería en la Nutrición parenteral total y Nutrición enteral

*Alba Salud Riveiro Tassias, DUE,
Hospital Universitario Los Arcos Mar Menor
(albasalud@hotmail.es)*

*Verónica Bermúdez García, DUE,
Hospital General Universitario Reina Sofía Murcia
(vero.bega@hotmail.com)*

*M^o Asunción Sáez Fajardo Graduada en enfermería y diplomada en fisioterapia UMU
(asuntasaezfajardo@hotmail.com)*

*Fabiola Zapata Berna, Residencia Rojas S.L
(fabiolaz83@hotmail.com)*

*Antonio Jesús Rico González,
Hospital General Universitario Sta.Lucía de Cartagena
(yurter_21@hotmail.com)*

RESUMEN

Antecedentes: el soporte nutricional es el aporte de los nutrientes necesarios para mantener las funciones vitales en el recién nacido (RN) cuando no es posible la alimentación convencional, así sea mediante la nutrición parenteral total (NPT), la nutrición enteral (NE) o ambas.

Debido a los problemas que se afrontan en la actualidad con el manejo de los RN con NPT y NE, por la alta morbilidad de los pacientes de alto riesgo se realizó esta revisión bibliográfica.

Objetivos: ampliar funciones de enfermería para responder a las demandas de los cuidados de salud de estos neonatos.

Presencia de personal calificado y entrenado.

Profundizar en los cuidados de enfermería que se aplican en los pacientes con soporte nutricional.

Reducir la morbilidad y mortalidad asociada a la malnutrición.

Método: hemos basado la búsqueda de información en la realización de revisión bibliográfica de libros, revistas científicas, bases de datos PubMed, Cochrane Library, Medline, Scielo que contenían información relacionada con el tema

Resultados: se evitan acumulación de los residuos, obstrucción por coágulos en el catéter de pequeño calibre y tromboembolismos.

No existe el riesgo de obstrucción en SNG y se evitan broncoaspiraciones

Hay una baja proporción en contaminación, sepsis y en la posibilidad de crecimiento bacteriano y la aparición de lesiones en la región orofaríngea.

Conclusiones: el desarrollo en la medicina ha influido en la evolución favorable del neonato enfermo y por tanto, ha contribuido en que aumente la sobrevida.

Los cuidados de enfermería son fundamentales en el manejo nutricional del RN grave, es por eso que se requiere un personal calificado y entrenado pues la evolución del paciente y el éxito de la nutrición dependen en gran medida de las intervenciones oportunas de enfermería

Cuidados de enfermería para la prevención de las infecciones posnatales

*Alba Salud Riveiro Tassias
DUE, Hospital Universitario Los Arcos Mar Menor
(albasalud@hotmail.es)*

*M^a Asunción Sáez Fajardo
Graduada en enfermería y diplomada en fisioterapia UMU
(asuntasaezfajardo@hotmail.com)*

*Verónica Bermúdez García
DUE, Hospital General Universitario Reina Sofía Murcia
(vero.bega@hotmail.com)*

*Fabiola Zapata Berna
Residencia Rojas s.l.
ç(fabiolaz83@hotmail.com)*

*M^a del Carmen Linares Montenegro.
DUE, Hospital Universitario Los Arcos Mar Menor
(carmenlinares1976@gmail.com)*

RESUMEN

Antecedentes: las muertes neonatales constituyen una proporción importante de la mortalidad infantil, la Organización Mundial de la Salud calcula que en el mundo fallecen casi 5 millones de recién nacidos al año y una de las principales causas de muerte es la infección neonatal.

Las infecciones posnatales son las que más conciernen al trabajo de neonatología, pues en la mayoría de los recién nacidos (RN) las fuentes de infección se encuentran en los propios servicios de neonatología.

Los neonatos que se encuentran en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) corren mayor riesgo de contraer infecciones intrahospitalarias, fundamentalmente los RN pretérmino o bajo peso al nacer, debido a sus posibilidades de recibir tratamiento y procedimientos invasivos, además de su deficiencia en la inmunidad humoral y celular.

Objetivos: diagnóstico y localización de la infección, tipo de microorganismos.

Precisar los factores de riesgo más frecuentes.

Intensificar el cumplimiento de los cuidados profilácticos de enfermería para su prevención.

Disminuir el índice de infección hospitalaria en los RN que ingresan en la UCIN.

Método: hemos basado la búsqueda de información en la realización de revisión bibliográfica de libros, revistas científica , bases de datos PubMed, Cochrane Library, Medline, Scielo que contenían información relacionada con el tema.

Resultados: El motivo de ingreso más frecuente en RN con infección posnatal es la enfermedad de la membrana hialina, seguido del Síndrome de aspiración meconial y el distrés respiratorio.

El germen más frecuente fue el estafilococo coagulasa negativo y la vía más invasiva fue el catéter epicutáneo.

Conclusiones: Es de vital importancia para la prevención de infecciones neonatales el dominio de los cuidados de enfermería, el cumplimiento estricto de las normas de higiene y epidemiología y la capacitación del personal asistencial en la ejecución de técnicas y procedimientos.

Cuidados y calidad en las intervenciones de enfermería en la retinopatía del prematuro

*Verónica Bermúdez García.
DUE, Hospital General Universitario Reina Sofía Murcia
(vero.bega@hotmail.com)*

*M^a Asunción Sáez Fajardo
Graduada en enfermería y diplomada en fisioterapia UMU
(asuntasaezfajardo@hotmail.com)*

*Alba Salud Riveiro Tassias
DUE, Hospital Universitario Los Arcos Mar Menor
(albasalud@hotmail.es)*

*M^a Teresa Rojo Solana
DUE, Hospital Universitario Los Arcos Mar Menor
(rojo_80@hotmail.com)*

*Guillermo Valero Segura
DUE, Hospital comarcal Vega Baja, Orihuela Alicante
(g_valero19@hotmail.com)*

*Fabiola Zapata Berna
DUE, Residencia Rojas S.L
(fabiolaz83@hotmail.com)*

RESUMEN

Antecedentes: la Retinopatía del Prematuro (ROP) es una enfermedad ocular que se produce por un desarrollo anormal de los vasos de la retina y afecta especialmente a niños pre-término de menos de 1500 gramos o que padecen una evolución neonatal compleja, producto de la ventilación mecánica, administración incorrecta de oxígeno, transfusión con hemoglobina adulta... La asistencia neonatal responsable es fundamental para prevenir esta enfermedad que puede ocasionar la ceguera de modo permanente. De aquí la relevancia de los cuidados oportunos y de calidad de la enfermería neonatal.

En la última década ha habido un aumento de niños ciegos por ROP, lo que nos obliga, por nuestra responsabilidad profesional, a revisar qué sabemos de esta patología, y qué estrategias llevar a cabo para lograr prevenirla de forma adecuada.

Objetivos: conocer la situación actual de enfermería ante la ROP y las medidas que se deben adoptar para prevenirla.

Método: se realiza una revisión bibliográfica mediante la búsqueda de documentos en bases de datos, Mediline, Google Académico y diversas revistas on-line.

Resultados: hasta hace unos años la ROP era una enfermedad considerada como una de las causas de ceguera en niños, con nulas posibilidades de tratamiento. Hoy en día se puede reducir el riesgo de desprendimiento de retina con el tratamiento adecuado y sobre todo, con el diagnóstico precoz.

Enfermería debe aumentar cada vez más sus conocimientos sobre ROP y proporcionar un cuidado sin riesgo y seguro que permita administrar oxígeno de la manera adecuada, manteniendo niveles de saturación que reduzcan la toxicidad y sus consecuentes daños potenciales.

Conclusiones: la población neonatal, y sobretodo el recién nacido prematuro, constituye un grupo de gran vulnerabilidad para presentar situaciones adversas, siendo la mayoría de ellas prevenibles, lo cual evidencia la necesidad de implementar medidas eficaces que permitan mejorar la seguridad y calidad de la atención.

Efectos beneficiosos de la estimulación táctil en recién nacidos prematuros

Ana Isabel López Oliva

*Enfermera del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca
(anaisl.oliva@gmail.com)*

María Teresa Rojo Solana

*Enfermera del Hospital Universitario Los Arcos Mar Menor
(rojo__80@hotmail.com)*

Susana Espinosa Ramón

*Enfermera del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca
(susana_esra@hotmail.com)*

María Dolores Candel Martínez

*Enfermera del Hospital Universitario Santa Lucía
(lolilarubi@hotmail.com)*

RESUMEN

Antecedentes: los recién nacidos que deben permanecer en UCIs neonatales (UCINs) debido a su excesiva prematuridad y los problemas asociados a ella, están expuestos a una serie de estímulos nada agradables para ellos como sonidos de alarmas, voces extrañas, luz artificial en ocasiones muy intensa, etc. Sin embargo ven reducida la estimulación táctil a la mínima expresión en aras de ser protegidos de infecciones externas. Métodos como el canguro (contacto piel con piel madre-hijo) y el método Shantala (masaje infantil) consiguieron afianzar el vínculo entre padres e hijos, pero ésta parece no ser la única ventaja que la estimulación táctil aporta a los prematuros.

Objetivos: conocer los beneficios del masaje en recién nacidos de bajo peso y sus restricciones, si las hubiera.

Metodología: se realizaron búsquedas en las bases de datos Cochrane, Pubmed y Medline seleccionando aquellos artículos que relacionan la estimulación táctil con: aumento de peso, duración del ingreso hospitalario y desarrollo psicomotriz, emocional o intelectual en recién nacidos prematuros.

Resultados: los efectos de masajes repetidos diariamente en los bebés fueron:

- Aumento de peso entre 31-49% más que el promedio (Field, 1986).
- Reducción del estrés neonatal (Harrison, 2001).
- Mayor socialización tras tres meses de masajes realizados en UCINs (Goldstein, 2005).
- Mayor estado de alerta, mejora en la ingesta, y disminución de duración de la hospitalización (White-Traut, 2002).
- Mayor puntaje en inteligencia en niños de 7 años que nacieron prematuros y recibieron estimulación táctil. (Adamson-Macedo, 1993).

Conclusiones: todos los artículos consultados sugieren aspectos beneficiosos para la salud de los niños prematuros tanto a nivel fisiológico como emocional, intelectual y social. No se ha encontrado ninguna contraindicación del masaje aunque se advierte de la precaución y suavidad con la que éste ha de realizarse.

El recién nacido pretérmino y los cuidados posturales en UCI neonatal

*Guillermo Valero Segura. Enfermero.
Hospital Comarcal Vega Baja – Orihuela (Alicante)
(g_valero19@hotmail.com)*

*María Teresa Rojo Solana. Enfermera.
Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor – San Javier (Murcia)*

*María Luisa Pérez Lapuente. Enfermera.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia)*

*María Dolores Candel Martínez. Enfermera.
Hospital Universitario Santa Lucía - Cartagena (Murcia)*

*Verónica Bermúdez García. Enfermera.
Hospital Universitario Reina Sofía (Murcia)*

*Ana Pilar Girona Rocamora. Enfermera.
Hospital Comarcal Vega Baja – Orihuela (Alicante)*

RESUMEN

Antecedentes: los recién nacidos prematuros están expuestos a factores estresantes durante largo tiempo en las unidades de cuidados intensivos neonatales. Una estrategia para disminuir los problemas secundarios a la mala posición es el cambio postural, aumentando su confort y colaborando también con los demás tratamientos ya que disminuye el gasto de energía y la pérdida de calor. Es importante colocar al recién nacido correctamente para prevenir deformaciones musculoesqueléticas que perjudiquen su posterior deambulación.

Objetivo: conocer la importancia de los cuidados posturales en recién nacidos pretérmino.

Método: se realizó una revisión bibliográfica acerca de los cuidados posturales en el recién nacido prematuro en la base de datos de biblioteca Cochrane, Medline y Google académico.

Resultados: la adecuada posición del prematuro en la incubadora ayuda a su termorregulación así como su adaptación al medio y disminuye los movimientos

antigravitatorios, optimizando de esta forma la energía necesaria para mantener sus funciones vitales.

Los niños prematuros tienen mayor riesgo de alteraciones en el desarrollo postural y motor debido a la debilidad del tono de sus músculos e incapacidad para mantener flexión por sí mismos. Existen una serie de beneficios por parte del cuidado postural; la función respiratoria es favorecida en la posición de prono por la complianza pulmonar, se evitarán fluctuaciones excesivas de la presión intracraneal con rulos de ropa contralaterales, útil también en la prevención del dolor con la práctica de procedimientos. El uso de nidos de contención reduce la pérdida de calor y de líquidos, disminuyendo así la irritabilidad.

Conclusiones: el niño es capaz de demostrar una conducta motora más competente cuando está en un estado más organizado, tranquilo y de alerta, por ello, el cuidado postural del recién nacido prematuro contribuye a una mayor conciencia por parte del equipo sobre el nivel de estrés del niño, y a su vez, ayudar a encontrar al bebé su estado de calma con mayor facilidad y múltiples beneficios a nivel fisiológico.

Fototerapia profiláctica preventiva a neonatos de bajo peso

*Soledad Carcelén García.
ATS/DUE, Servicio Murciano de Salud
(solepi21@hotmail.com)*

*M^a Elián Puerta Calero.
TS/DUE, Servicio Murciano de Salud*

*M^o Jesús Crespo Castillo. A
TS-DUE, Servicio Murciano de Salud*

*Luciano Menarguez Vivas.
ATS/DUE, Servicio Murciano de Salud*

RESUMEN

Antecedentes: los recién nacidos prematuro o de bajo peso al nacer presentan un riesgo mayor de desarrollar ictericia.

La ictericia se define como la coloración amarilla observable en la piel y mucosas que se produce generalmente cuando los niveles de Bilirrubina Total Sérica sobrepasan los 5mg/dl. (Gómez, 2008).

La fototerapia es el tratamiento utilizado con mayor frecuencia cuando los niveles de bilirrubina sérica exceden los límites fisiológicos. La efectividad de la fototerapia depende de la longitud de onda, la irradiación, el área de superficie corporal expuesta, la distancia de la fototerapia y la duración de la exposición (American Academy of Pediatrics [2004]).

Objetivo: evaluar la eficacia y la seguridad de la fototerapia profiláctica en recién nacidos prematuros o de bajo peso al nacer.

Metodo: revisión bibliográfica de estudios relacionados con la fototerapia en los recién nacidos de bajo peso en las bases de datos de biblioteca Cochrane y Google académico.

Resultados: la fototerapia es el tratamiento más frecuente para la hiperbilirrubinemia neonatal y podría ser el más efectivo para la prevención de las secuelas de la hiperbilirrubinemia si se inicia de forma profiláctica (Kumar 2011).

Más de 30 estudios han demostrado que la fototerapia disminuye el riesgo de exanguinotransfusión, por eso la Academia de Pediatría la recomienda; además, casi no existen reportes de efectos adversos (Orfel JL.2005).

Búsquedas electrónicas a través del Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (2012) manifiestan que la fototerapia iniciada a los recién nacidos prematuros o de bajo peso al nacer puede evitar que la bilirrubina sérica alcance un nivel que requiera exanguinotransfusión y puede reducir el riesgo de discapacidad del desarrollo cerebral y del sistema nervioso central.

Conclusiones: la fototerapia profiláctica ayuda a mantener una concentración menor de bilirrubina sérica y puede tener un efecto sobre la tasa de exanguinotransfusión y el riesgo de discapacidad del neurodesarrollo. Sin embargo, se necesitan estudios adicionales bien diseñados para determinar la eficacia y la seguridad de la fototerapia profiláctica en cuanto a los resultados a largo plazo, incluidos los resultados del neurodesarrollo (Okwundu.2012).

Intervenciones enfermeras para disminuir el estrés en el RN prematuro en UCI

*M^a Asunción Sáez Fajardo.
Graduada en enfermería y diplomada en fisioterapia, UMU.
(asuntasaezfajardo@hotmail.com)*

*Alba Salud Riveiro Tassias.
DUE, Hospital Universitario Los Arcos Mar Menor.
(albasalud@hotmail.es)*

*Verónica Bermúdez García.
DUE, Hospital General Universitario Reina Sofía Murcia
(vero.bega@hotmail.com)*

*Fabiola Zapata Berna. Residencia Rojas S.L
(fabiolaz83@hotmail.com)*

*Isabel Ramos Ruiz.
DUE, Hospital Universitario Los Arcos Mar Menor
(isaramosruiz@gmail.com)*

RESUMEN

Antecedentes: aproximadamente el 10% de los recién nacidos (RN) en España son prematuros (RNP) y precisan de una estancia hospitalaria en la UCIN de duración variable. Los RN, y más concretamente los RNP, son especialmente vulnerables a sufrir una respuesta intensa al estrés por sus particulares características ya que no están preparados para la vida extrauterina y su respuesta a los estímulos frecuentemente es inmadura, desorganizada e inefectiva, más que adaptativa. En el presente documento tratamos de identificar los signos de estrés y las medidas de actuación a llevar a cabo ante la identificación de las mismas.

Objetivos: identificar las reacciones fisiológicas, motoras y de conducta del RNP sometido a estímulos estresantes y conocer las actuaciones enfermeras a realizar en caso de identificación de las mismas.

Método: se realiza una revisión bibliográfica mediante la búsqueda de documentos en las bases de datos PUBMED, LILACs a través de google académico® y mediante el acceso a diferentes revistas accediendo a través de la biblioteca digital de la Universidad de Murcia.

Resultados: basándonos sobre todo en la observación como herramienta se establece que, cambios en la coloración del RN, sudoración y salivación exagerada, bostezos, alteración de la frecuencia cardiaca y respiratoria, Sat.O₂etc son signos q manifiestan el estrés en el RN y sobre todo, en el RNP. Determinadas actuaciones enfermeras como los cambios posturales, el mantenimiento de determinadas condiciones ambientales así como estímulos verbales y táctiles disminuyen estos niveles de estrés.

Conclusiones: los RNP tienen mayor riesgo de alteraciones del desarrollo neurológico en relación a los recién nacidos a término. La calidad de las experiencias precoces altera la función y la estructura cerebral. El estrés aumenta con la intrusión de los procedimientos en las UCIN, por tanto, es importante conocer las respuestas fisiológicas al estrés y minimizarlo.

Programa de detección precoz de hipoacusias en el recién nacido

M^a Antonia Boil Sayas.
Enfermera, Consulta Neonatal Hospitalaria del Hospital General Universitario de Elche
(mabs57@ono.com)

RESUMEN

Introducción: la hipoacusia infantil puede alterar el desarrollo cognitivo y del lenguaje del niño dificultando su adaptación social y su rendimiento escolar, limitando sus posibilidades laborales y sociales futuras. Siendo la detección precoz de la hipoacusia infantil, con su diagnóstico y tratamiento temprano, básicos para evitar o minimizar importantes alteraciones en el desarrollo cognitivo y del lenguaje.

Objetivos:

- Detección precoz de la hipoacusias en recién nacidos del Departamento de Salud Elche – Hospital General con cobertura de cribado universal $\geq 95\%$.
- Mostrar los resultados de la consulta de Otoemisiones del Departamento.

Metodología: para el diagnóstico precoz de hipoacusias en el departamento realizamos:

- Las **Otoemisiones Acústicas (OEA)**, en la Consulta de Otoemisiones, definidas como **“la energía acústica generada por las células ciliadas externas de Órgano de Corti y registradas en el conducto auditivo externo (CAE)”** (Kemp, 1978).
- Los Potenciales Evocados Auditivos del Tronco cerebral (PEAT), miden la actividad del nervio auditivo y de la vía auditiva provocada por una estimulación acústica.

Ambas pruebas no son excluyentes sino complementarias para hacer un diagnóstico.

Resultados: los resultados obtenidos corresponden a 2011 y 2012:

- En 2011 se realizaron 1676 Otoemisiones, 76 segundas Otoemisiones de las cuales 21 casos fueron remitidos para realización de PEAT y de estos, 3 casos remitidos a ORL.

- En 2012 se realizaron 1690 Otoemisiones, 173 segundas Otoemisiones de las cuales 38 casos fueron remitidos para realización de PEAT y de estos, 1 caso remitido a ORL y 6 pendientes de repetición antes de remitir a ORL.

Conclusiones: la disponibilidad de técnicas de cribado sencillas y suficientemente sensibles y específicas (otoemisiones acústicas y PEATC automatizadas), la posibilidad de llegar a un diagnóstico de confirmación fiable y del inicio del tratamiento ORL y rehabilitador en el primer semestre de vida hacen de este programa herramienta indispensable para la detección precoz de la hipoacusia.

Virus sincitial respiratorio, ¿riesgo biológico o social?

*M^a Cristina Sandoval Carpes.
ATS/DUE, Servicio Murciano de Salud
(macri_s@hotmail.com)*

*M^a Ángeles Vidal Bermúdez
ATS/DUE, Servicio Murciano de Salud*

*Luciano Menárguez Vivas
ATS/DUE, Servicio Murciano de Salud*

*Inmaculada Gómez Gómez
ATS/DUE, Servicio Murciano de Salud*

RESUMEN

Antecedentes: el virus sincitial respiratorio humano (VSRH) se encuentra clasificado como un virus que pertenece al género Pneumovirus.

Considerado como la principal causa de infección respiratoria aguda baja (IRAB) produce entre un 23-40% de todas las IRAB, principalmente bronquiolitis o neumonía. Afecta al 30% de los casos, de los cuales del 1 a 3% de los niños requiere hospitalización, sobre todo en periodo invernal. Tiene una alta mortalidad (aprox. 0,3%) y no existe vacuna eficaz para prevenirlo.

Objetivo: estudiar los efectos del VSRH en gran prematuros o de bajo peso al nacer relacionándolos con las variables de riesgo biológico y de riesgo social.

Método: revisión bibliográfica de estudios relacionados con la actuación del Virus Sincitial Respiratorio Humano en recién nacidos de bajo peso en las bases de datos de la biblioteca Cochrane, Scielo y Elsevier.

Resultados: la infección y reinfección con VSRH son frecuentes durante el primer año de vida, produciéndose con más frecuencia entre las 6 semanas y los 9 meses de vida. Tiene un pico de incidencia entre los 2 y los 7 meses, correspondiéndose con la disminución del título de anticuerpos maternos.

Entre los factores de riesgo ambiental destacan: la contaminación ambiental, el hacinamiento, la asistencia a guarderías, la exposición al humo de cigarrillo y madre adolescente o analfabeta.

Entre las variables de riesgo biológico están: la prematuridad (edad gestacional ≤ 34 semanas), recién nacidos de término menores de 45 días, prematuros menores de 6 meses al momento de la infección, enfermedad pulmonar crónica como fibrosis quística, enfermedad pulmonar obstructiva crónica postviral, displasia broncopulmonar, desnutrición, cardiopatías congénitas e inmunodeficiencias.

Conclusiones: a diferencia de lo esperado las variables de riesgo biológico no se asociaron con aumento de infección por VSRH, sin embargo, las variables de riesgo social como la educación materna y el número de convivientes menores de 10 años, aumentaron el riesgo de padecer la misma.

Los estudios sugieren que la posibilidad de muerte asociada a infección por el VSR puede presentarse en cualquier lactante, no importa su condición previa.

Relación de Autores

- Aguayo Maldonado, Josefa. *Pág. 80.*
Angulo-Barroso, Rosa M. *Pág. 54.*
Álvarez-García, Alicia. *Pág. 56.*
Atín Arratibel, María Ángeles. *Pág. 59.*
Barbancho Morant, María Merced. *Pág. 76.*
Ballesterero Pérez, Ruth. *Pág. 59.*
Beneit Montesinos, Juan Vicente. *Pág. 59.*
Bermúdez García, Verónica. *Págs. 84, 88, 96, 98, 100, 104 y 108.*
Boil Sayas, María Antonia. *Pág. 110.*
Botet-Mussons, Francesc. *Pág. 56.*
Caballero-Escolar, Mónica. *Pág. 82.*
Candel Martínez, María Dolores. *Págs. 84, 90, 102 y 104.*
Candela Sempere, Ana Belén. *Págs. 67 y 72.*
Cano Giménez, Evelyn. *Pág. 25.*
Carcelén García, Soledad. *Pág. 106.*
Casbas Gómez, María Isabel. *Pág. 49.*
Ciasca, Sylvia María. *Pág. 74.*
Costa-Moragas, Carme. *Pág. 56.*
Cotes-Motos, Amalia. *Pág. 82.*
Couceiro Rosillo, Sonia. *Pág. 57.*
Crespo Castillo, María Jesús. *Pág. 106.*
Chen, Li- Chiou. *Pág. 54.*
Demestre Guasch, Xavier. *Pág. 34.*
Domenech Martínez, Silvia. *Pág. 67.*
Espinosa Ramón, Susana. *Pág. 102.*
Fernández-Rego, Francisco Javier. *Pág. 49.*
Fornieles-Deu, Albert. *Pág. 56.*
García Calero, Pilar. *Pág. 80.*
García Fenoll, Adela María. *Págs. 92 y 94.*
Garrido Fernández, Pablo. *Pág. 61.*
Giménez Oliver, María Isabel. *Pág. 49.*
Girona Rocamora, Ana Pilar. *Pág. 104.*
Gómez Gómez, Inmaculada. *Pág. 112.*

- Gómez Peñalver, Elisabeth. *Pág. 70.*
Guerrero Antón, Encarni. *Pág. 70.*
Guerrero Sánchez, María Luisa. *Pág. 49.*
Guillén Martínez, Ascensión. *Pág. 86.*
Ibáñez Galera, Beatriz. *Pág. 72.*
Jaworski De Sa Riechi, Tatiana Izabele. *Págs. 50 y 74.*
Lanzarote Fernández, María Dolores. *Pág. 76.*
Leme Moura-Riveiro, María Valeriana. *Pág. 74.*
Linares Montenegro, María del Carmen. *Págs. 92, 94 y 96.*
López Conejero, Juana María. *Pág. 49.*
López-García, Elisabeth. *Pág. 82.*
López Oliva, Ana Isabel. *Págs. 78, 84, 90 y 102.*
Mancera-Jiménez, Andrea. *Pág. 56.*
Marcos Ruiz, Sonia. *Pág. 52.*
Martín Casas, Patricia. *Pág. 59.*
Martínez-Amores, Gloria María. *Pág. 86.*
Martínez-Frías, María Luisa. *Pág. 27*
Mernárguez Vivas, Luciano. *Págs. 106 y 112.*
Miralles Corbí, Marta. *Pág. 65.*
Mitie Ono, Carina. *Pág. 50.*
Miret López, Ana Belén. *Pág. 78.*
Molina-Rodríguez, Alonso. *Pág. 86.*
Mollá Salmeron, Paqui. *Pág. 70.*
Oliva Rodríguez, Carmen. *Pág. 70.*
Padilla Gomes, Nelly. *Pág. 25*
Padilla Muñoz, Eva María. *Págs. 76 y 80.*
Palazón Azorín, Inmaculada. *Pág. 57.*
Pallás –Alonso, Carmen. *Pág. 43.*
Pérez Lapuente, María Luisa. *Pág. 104.*
Pérez-López, Julio. *Págs. 31, 32, 49, 50 y 72.*
Piñero Peñalver, Jessica. *Págs. 32, 67 y 72.*
Plaza Manzano, Gustavo. *Pág. 59.*
Puerta Calero, María Elian. *Pág. 106.*
Ramos Lizana, Julio. *Pág. 61.*
Ramos Ruíz, Isabel. *Págs. 92, 94 y 108.*
Rico González, Antonio Jesús. *Págs. 88 y 98.*
Riveiro Tassias, Alba Salud. *Págs. 88, 92, 94, 96, 98, 100 y 108.*
Rodríguez Sánchez, Victoria. *Pág. 86.*

- Rodríguez Vela, Francisco David. *Pág. 80.*
Rogel Rodríguez, Rosalía. *Pág. 90.*
Rojo Solana, María Teresa. *Págs. 78, 84, 90, 100, 102 y 104.*
Roldán Tapia, María Dolores. *Pág. 61.*
Sáez Fajardo, María Asunción. *Págs. 96, 98, 100 y 108.*
Sáez Navarro, María Asunción. *Pág. 88.*
Saiz Clar, Elena. *Pág. 57.*
Sánchez Joya, María del Mar. *Pág. 61.*
Sánchez Marchamalo, Ana. *Págs. 92 y 94.*
Sandoval Carpes, María Cristina. *Pág. 112.*
Segura Martínez, María Luisa. *Pág. 49.*
Sempere Pérez, Ángela. *Pág. 28*
Tiernan, Chad. *Pág. 54.*
Ulrich, Dale A. *Pág. 54.*
Valentín.Gudiol, Marta. *Pág. 54.*
Valero Segura, Guillermo. *Págs. 78, 84, 100 y 104.*
Vargas Torcal, Fernando. *Pág. 72.*
Vidal Bermúdez, María Ángeles. *Pág. 112.*
Villarín Andreu, María. *Pág. 76.*
Zapata Berna, Fabiola. *Págs. 88, 96, 98, 100 y 108.*

Entidades colaboradoras

Excmo. Ayuntamiento de Elche.

Universidad Miguel Hernández de Elche.

Fundación Salud Infantil de Elche.

Fundación Juan Peran Pikolinos.

Comunitat Valenciana. Agencia Valenciana de Salut
y la Comisión de Formación Continuada.

Bioarray. S. L.

Escuela Internacional de Protocolo de Elche.

Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana.

El Comité Organizador del **III Congreso de Salud Infantil. Atención Temprana: Prematuridad y Bajo Peso**, quiere agradecer su colaboración al conjunto de los ponentes, profesionales de la Fundación Salud Infantil, colaboradores, así como a los componentes de los comités organizador y de honor, además de a todos los asistentes y autores de los trabajos presentados.