

KINESIOLOGÍA EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA, HOSPITAL PUERTO MONTT.



*KLGA. KARINA C. VENEGAS
AGUILAR.*

*(DIP. NEUROPSICOLOGÍA,
MCS. NEUROCIENCIAS;
UNIVERSIDAD DE CHILE.)*

Kinesiología en Neonatología:

1. Kinesiterapia Respiratoria Convencional – KTR

KINE INTENSIVISTA

2. Terapia Ventilatoria – Terapistas Respiratorios

KINE INTEGRAL

3. Kinesiterapia del desarrollo – KNTM (parte 1)

NEURODESARROLLO

4. Neurorehabilitación – KNTM (parte 2)

5. Otros: apoyo TMT (KNTM parte 3)

6. Etc., etc., etc....



Diciembre de 2013...

- Inducción en Neonatología
- Diagnóstico
- Propuesta de trabajo
- Implementación
- Resultados a la fecha

Kinesiología

Abril - 2014

Kinesiología neonatal

Kinesiología en Servicio de neonatología

<http://www.neopuertomontt.com/sub-especialidadesneonatales/Kinesiologia/KineNeonatalindex.htm>

KINESIOLOGÍA EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA, HOSPITAL PUERTO MONTT.



HOY

KLGA. KARINA C. VENEGAS AGUILAR.

HABILITACIÓN:

(APLICACIÓN PAUTA «HABILITACIÓN DEL RN PREMATURO»)

- Mejorar la recepción de estímulos que alteran el ciclo circadiano normal (día y noche).
- Optimizar la contención y el control postural de los bebés:
 - Constatar que cada niño cuente con un nido apropiado para su contención, bien utilizado: flexión, alineación y comodidad.
 - Un adecuado manejo postural es elemental para sustentar la base del desarrollo psicomotor.
 - “Plagiocefalia Posicional” como marcador de un manejo postural insuficiente.

Nota: Los nidos se les piden a los papás (1 a 1,20 mt. largo, 8 a 12 cm. diámetro); además el servicio cuenta con algunos, más los que llegaron de Hospital Amigo (urge rescatar los nuestros de lavandería).

“Orientaciones Técnicas para la Atención Psicosocial de los Niños y Niñas Hospitalizados en Servicios de Neonatología y Pediatría”.

* PAUTA «*HABILITACIÓN DEL RN PREMATURO*»:

HABILITACIÓN DEL RN PREMATURO

I. **Contención:** desde cabeza a piernas

- Nido correcto: en contacto con el niño, como en útero
- Posición correcta: en línea media.

II. **Cambio de posición:**

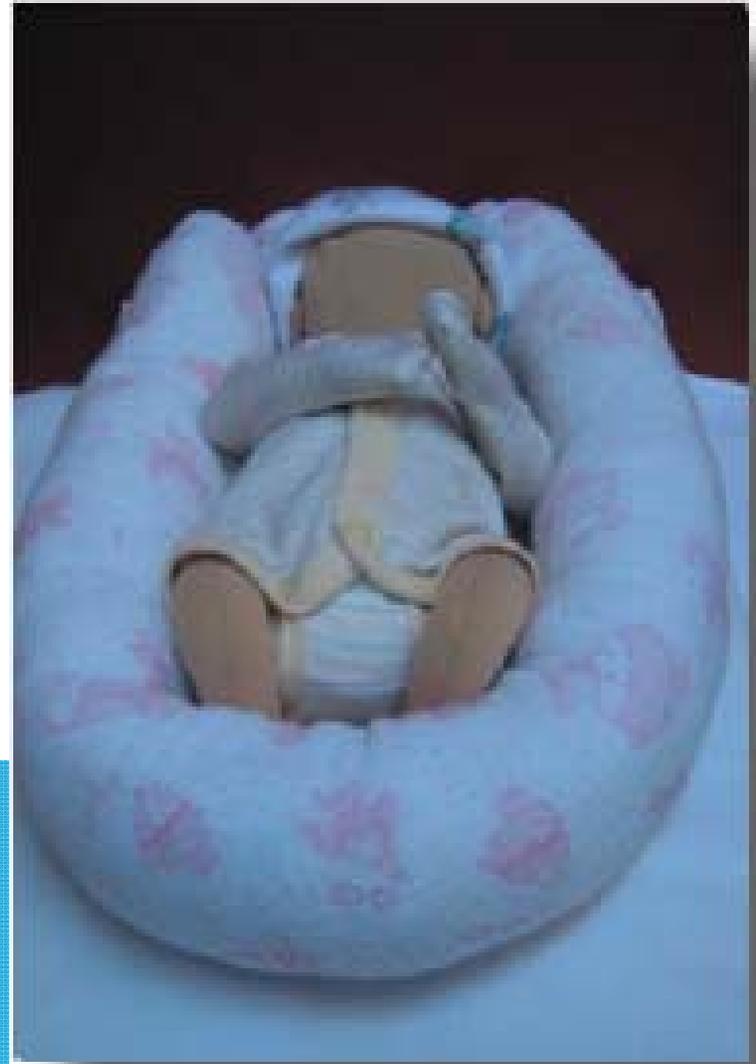
- 10 Hrs → Prono (P)
- 14 hrs → Decúbito lateral izquierdo (DLI)
- 18 hrs → Decúbito lateral derecho (DLD)
- 22 hrs → Supino (S)

III. **RN PT primeras 72 hrs de vida cabeza en línea media**

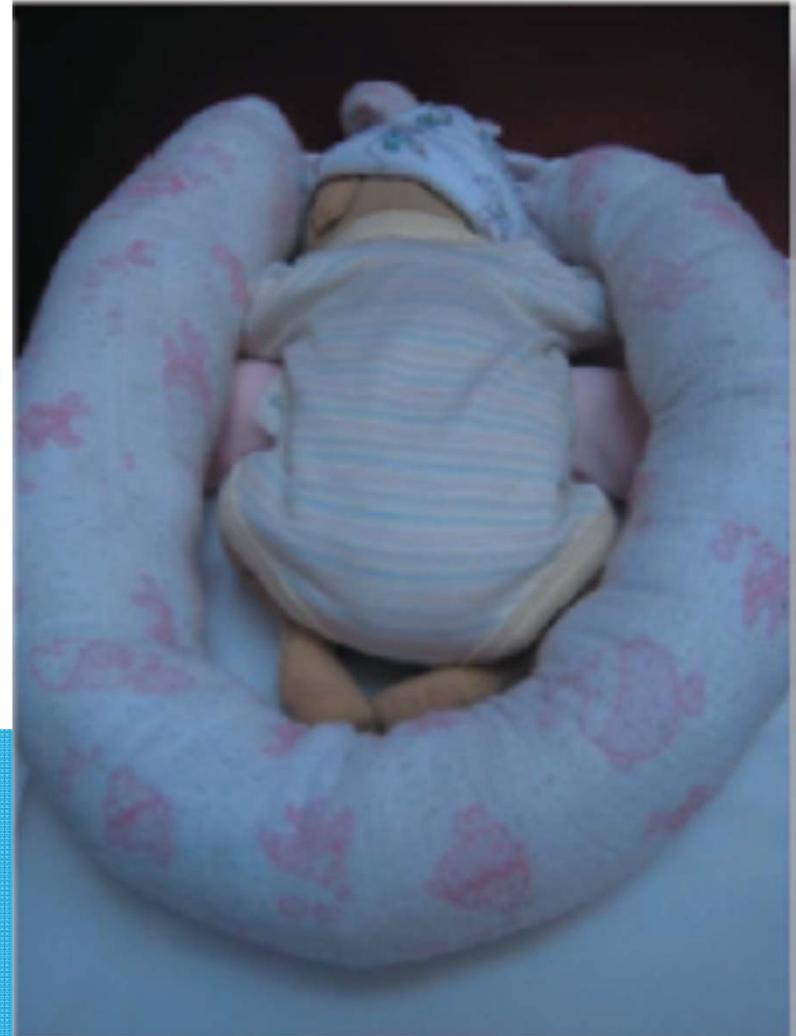
IV. **Ciclo circadiano: Horarios incubadora con cobertor**

- 13 a 19 hrs
- 22 a 07 hrs
- Excepción pacientes de UCI, que permanecen siempre con cobertor por sobre estímulo en esta unidad

DECÚBITO SUPINO:



DECÚBITO PRONO:



DECÚBITO LATERAL:



KINE MOTORA:

Neurodesarrollo.

- Estimular la succión, visión, audición, tacto y prensión palmar con estímulos proporcionales a los que recibiría un recién nacido en condiciones normales (succión no nutritiva, masoterapia).
- Facilitar acciones que conllevan aprendizaje: ejercicios reflejos, coordinación mano-boca, ojo-mano, etc. Cada niño es evaluado de acuerdo a su EGC.
- Aplicar medidas específicas de posicionamiento en presencia de plagiocefalia: favorecer decúbito contrario a la deformidad craneana del niño y prono.
- Individualizar atención en casos de pesquisar hipotonía o deformidades congénitas.



- Hace sólo referencia a la acción

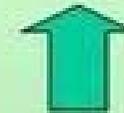


- **POSICIONAMIENTO**



- El mero cambio de posición no implica haber realizado un adecuado razonamiento clínico sobre el neonato

- Hace referencia a un concepto que incluye: evaluación, creación de objetivos y propuesta de intervención kinésica en base a razonamiento clínico



- **MANEJO POSTURAL**



- Mejor control en la prevención de alteraciones por posturas mantenidas



Kinesiología Neonatal.

Por Kigo. Rodolfo Bastias Lemp. Kinesiólogo Lic. Servicio Neonatología HLTB

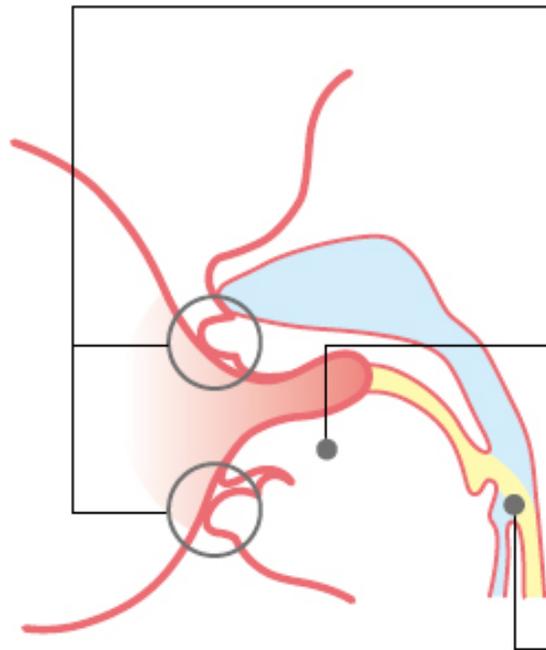
<http://www.sochipe.cl/aporta.php/presentaciones/2005/kinesiologia-neonatal-/35>

MEDIDAS DE ESTIMULACION NO NUTRITIVA

1. Iniciar a las 33 semanas de EGC, según indicación médica.
2. Realizar antes de la alimentación (2-3 veces al día) lo siguiente:
 - a. Masaje lineal con un dedo desde oreja a comisura labial del mismo lado (5 veces por lado).
 - b. Luego con un dedo realizar círculos alrededor de la boca (10 veces).
3. Luego ofrecer chupete pequeño por unos dos minutos durante la alimentación por sonda.
4. Enseñar estos pasos a la madre.



CHUPETE PERISTALTIC PLUS TM:



Sujeción

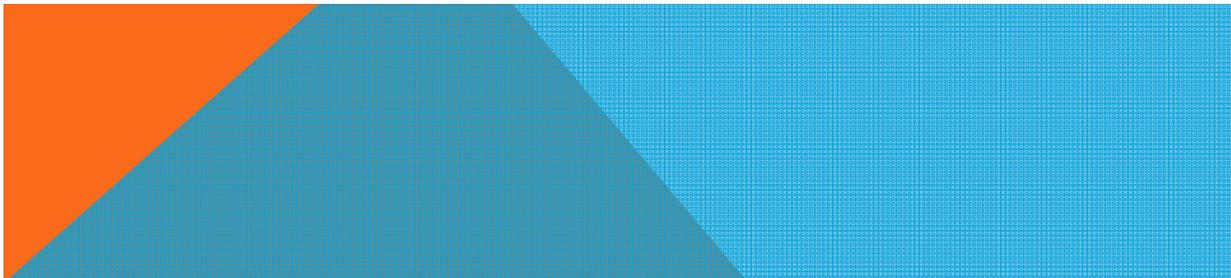
Los labios y la lengua sujetan el pezón y la areola. El pezón es sostenido firmemente dentro de la cavidad oral.

Movimiento Peristáltico

El movimiento ondulado de la lengua comprime y expande el pezón.

Tragar

Al tragar los infantes transfieren la leche hacia el esófago.

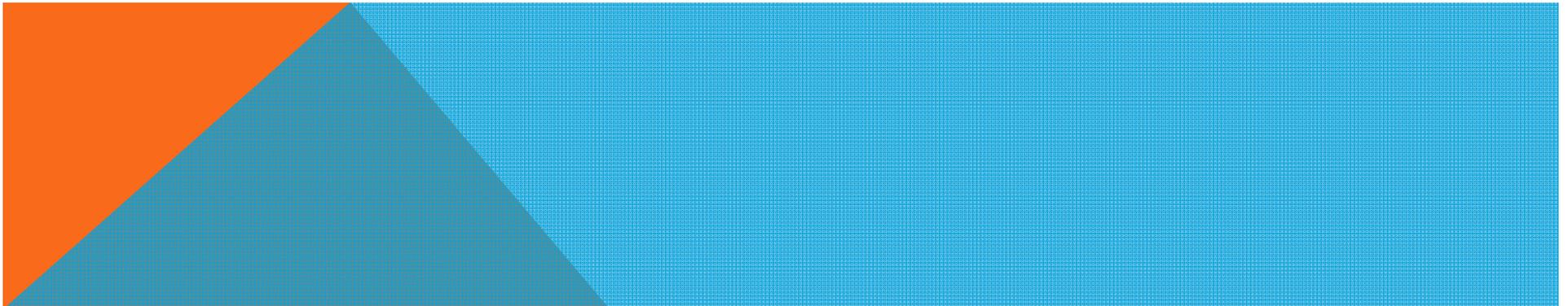


KINE RESPIRATORIA:

- Técnicas de KTR, posicionamiento y aspiración de secreciones.
- Toma de exámenes (IFI).
- Apoyo en la instalación y supervisión de oxigenoterapia y VM.

Nota: temas pendientes, importantes!!

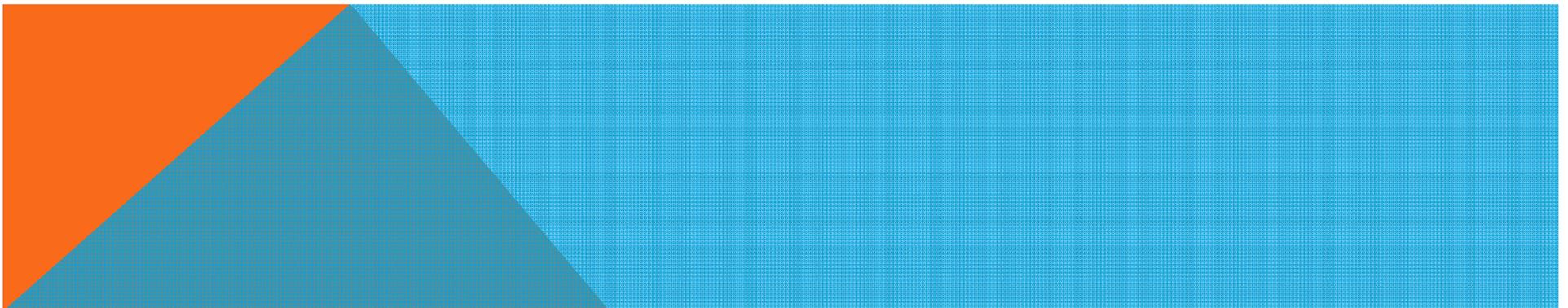
- ❖ Confirmar y verificar atenciones en horario inhábil.
- ❖ Estandarizar medidas de prevención de problemas respiratorios (posición antirreflujo, técnica de alimentación con biberón, etc.)



Existen diferentes criterios de médicos y resto del profesionales...

Entonces, ¿¿¿cómo se define la intervención???

- CATEGORIZACIÓN DE PACIENTES
(para todo tipo de intervención)
- DEPENDENCIA KINÉSICA
(específicamente hablando de Kinesiterapia Respiratoria)



CATEGORIZACIÓN DE PACIENTES

- Fomento, promoción y/o prevención de la salud.
- Promover estilos de vida saludables

Grupo 1 se beneficiaria

- Nivel de deterioro y disfunción en los cuales la intervención kinésica favorece la recuperación.
- Si no se realiza, existen posibilidades de secuelas.
- Debe justificarse el por qué de la intervención

Grupo 2 se beneficia

- No hay alternativa en su indicación.
- Las acciones de kinesiología en estos pacientes demuestran resultados favorables.
- Son pacientes con gran nivel de deterioro o disfunción.
- Clase I (Las evidencias justifican realizar la intervención)
- Clase II a (Si no se realiza debe explicarse y justificarse muy bien por qué).

Grupo 3 requiere intervención

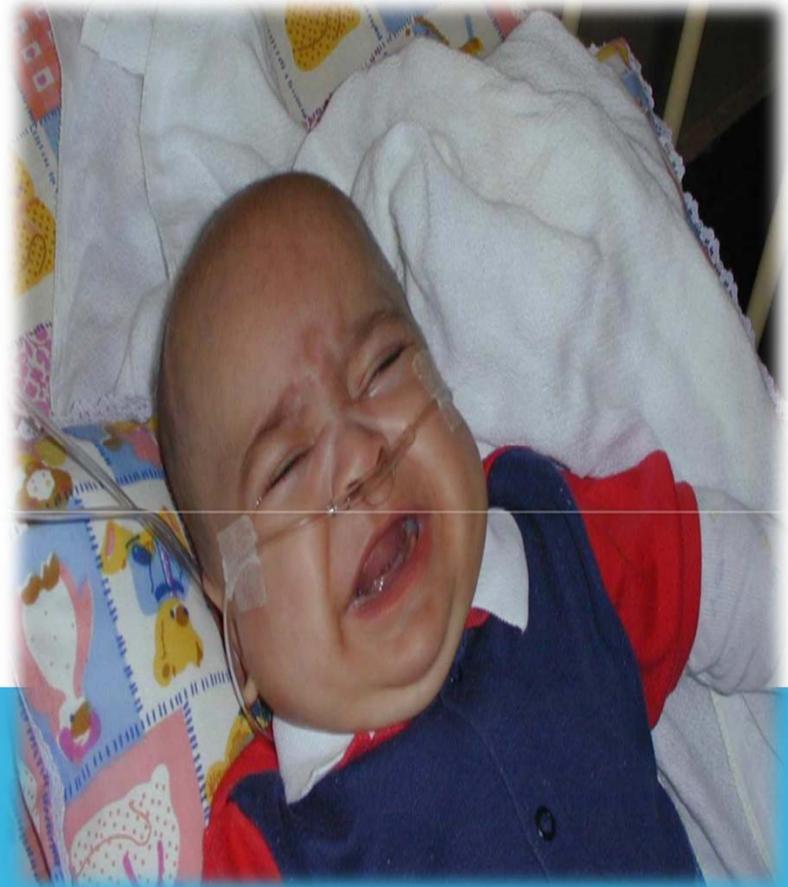
- Son pacientes en los que se ha demostrado que la intervención kinésica es inútil o puede generar mayor deterioro o disfunción.
- Clase III

Grupo 4 No se beneficia

Dependencia Kinésica Tipo 1:

SUPERVISIÓN KINÉSICA: 10 a 30 minutos (15 min)

- Caracterización clínica:
- Vigil, cooperador, déficit motor mínimo. Alerta, orientado, actividad normal.
- Patrón ventilatorio regular. Baja FiO₂.
- Tos espontánea, fuerte y productiva.
- MP conservado, ruidos húmedos presentes



Dependencia Kinésica Tipo 2:

EVALUACIÓN Y CONTACTO TERAPÉUTICO: 20 a 45 minutos (30 min)

- Características clínicas:
- En sopor o con sedación, cooperación limitada, déficit motor leve a moderado,
- Utilización de oxigenoterapia < 50 %, disnea de esfuerzo moderado.
- Tos débil, productiva o no.
- MP disminuido uni o bilateral. Crepitaciones basales, ruidos húmedos.



Dependencia Kinésica Tipo 3

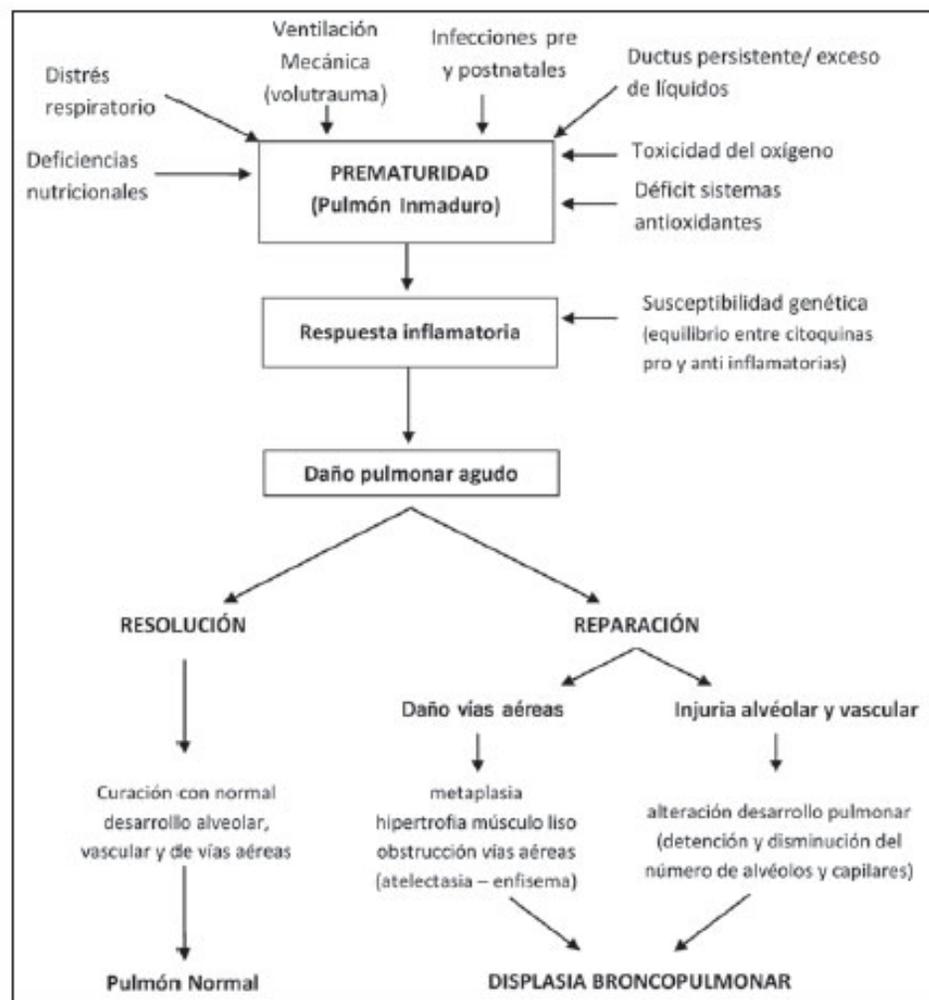
ALTO RIESGO Y CONTACTO DEPENDIENTE:
15 a 60 minutos

- Características clínicas:
- - Inestabilidad Hemodinámica/Ventilatoria. Requiere drogas.
- Sedación y/o paralización profunda. Analgesia
- Gran nivel de apoyo ventilatorio. Alta FiO₂
- Alteración del clearance bronquial. Esfuerzo de tos ausente.
- Semiología pulmonar alterada.



Pulmón inmaduro v/s Pulmón enfermo...

KTR Convencional “v/s” Terapia Respiratoria...



- Lesión pulmonar inducida por la ventilación mecánica
- Elección de modos ventilatorios apropiados
- Óxido nítrico inhalado como rescate en insuficiencia respiratoria del recién nacido inmaduro

Página oficial de la Rama de Neonatología de la SOCHIPE.

<http://www.bibliotecaneonatal.com/>

PADRES:

- Entrevistarse con los padres para orientarlos y educarlos en manejo postural y estimulación (esto disminuye su nivel de estrés y favorece el vínculo por permitir un acercamiento seguro al bebé).
- Asistir las visitas de los padres, motivando su participación como principales estimuladores; integrarlos en tareas de alimentación, aseo, vestimenta y sueño de su hijo(a). aplicación “*Guía Piel a Piel*” (canguro o equivalente según estabilidad del paciente), “*Medidas de estimulación no nutritiva*” y promoción de Lactancia Materna (apoyo Comité de Lactancia).
- Preparar a los padres para el alta y vuelta a casa. Cada familia se lleva al alta un tríptico informativo acerca de la prevención y tratamiento de deformidades posturales (*elaborado el 2013*).



«GUÍA PIEL A PIEL»:

Guías de Práctica clínica Neonatología Hospital Puerto Montt	Guía N°1	Abril 2013
Método Canguro/ Piel a piel	Revisado por: Dra. Elisabeth Wettig Mt. Erika Ortiz F.	

Dirigido a: Médicos, Matronas, Kinesiólogos y Técnicos Paramédicos que trabajan en Neonatología.

Criterios de inclusión:

- Serán participe de la técnica los padres a los cuales se les haya capacitado sobre la técnica
- Contar con el consentimiento informado de los padres
- Recién nacidos con temperatura estable en incubadora, dentro de los parámetros normales
- Recién nacido con tolerancia a la manipulación
- Peso mayor o igual a 1500 gramos y mayor o igual a 30 sem de EG
- La madres y/o padres deben estar libres de infecciones respiratorias, lesiones o infecciones cutáneas que puedan poner al neonato en riesgo de adquirirlas

Criterios de exclusión

- Todo recién nacido que no cuente con el consentimiento informado
- Paciente fisiológicamente inestable y negativos al contacto
- Pacientes con catéteres umbilicales, drenaje torácico, medicación y asopresora, transfusión de sangre en curso, con parálisis medicamentosa, oxigenoterapia (excepto pacientes con naicera), ventilación mecánica
- Todo recién nacido que se descompense durante la técnica, se excluirá de esta hasta que esté nuevamente estable y en condiciones de practicar piel a piel

Responsables:

- De la indicación: Médico tratante.
- De la Supervisión: Matrona clínica.
- De la ejecución: Matrona y Técnico Paramédico.

Procedimiento

- Tomar signos vitales al Recién Nacido: Temperatura axilar, FC, FR y SaO₂ (si está con saturador), antes de sacarlo de la incubadora y al terminar la técnica.
- Se podría colocar al RN gorro, calcetines, chambrita abierta adelante para permitir el contacto piel con piel.
- Lavado clínico de manos de padres.
- Madre o padre sentada en sillón de lactancia.
- Abrir la blusa y quitar el sostén en el caso de la madre; el padre debe desabrocharse la camisa.
- La blusa o camisa deben quedar dentro del pantalón o falda, asegurando la posición y evitando caída del paciente. Si algunos padres lo desean pueden utilizar el cojín de lactancia.

«GUÍA PIEL A PIEL»:

- La Técnico Paramédico ubica al recién nacido verticalmente sobre el tórax materno o paterno.
- Colocar al neonato en contacto piel con piel con su madre o padre. Cubriendo su espalda con una manta o cobertor.
- Ofrecer apoyo y guía en caso de que los padres lo necesiten, sin interferir en su privacidad durante la técnica.
- Reforzar conocimientos de la técnica y requisitos antes de cada inicio de ésta.
- Alentar a los padres para que se concentren en el neonato y en sus emociones.
- Lavado de manos de padres post procedimiento.
- **Registros:** en hoja de registro correspondiente (Anexo 1) anotar:
 - Manifestaciones del recién nacido (RN tranquilo, angustiado, durmiendo etc.)
 - Estado de la madre y/o padre: participación, confort, agrado, etc.

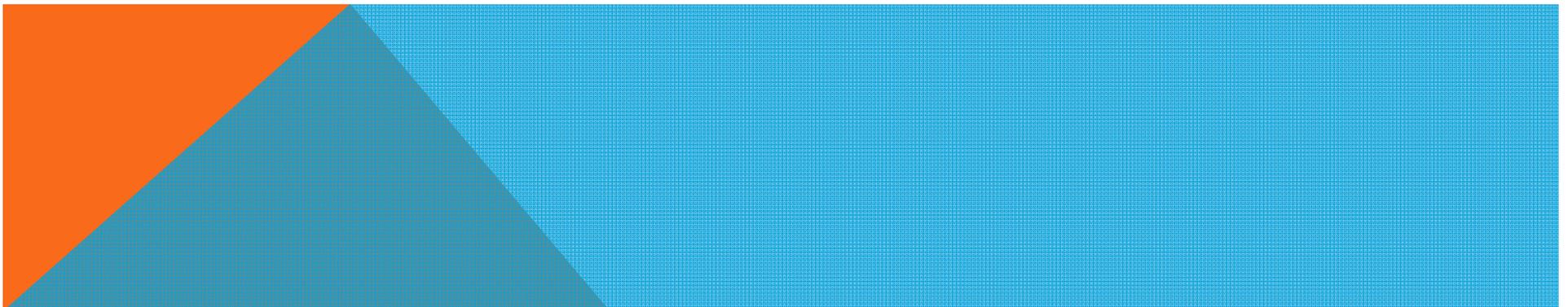
Tiempo del procedimiento: 1 a 2 hrs.

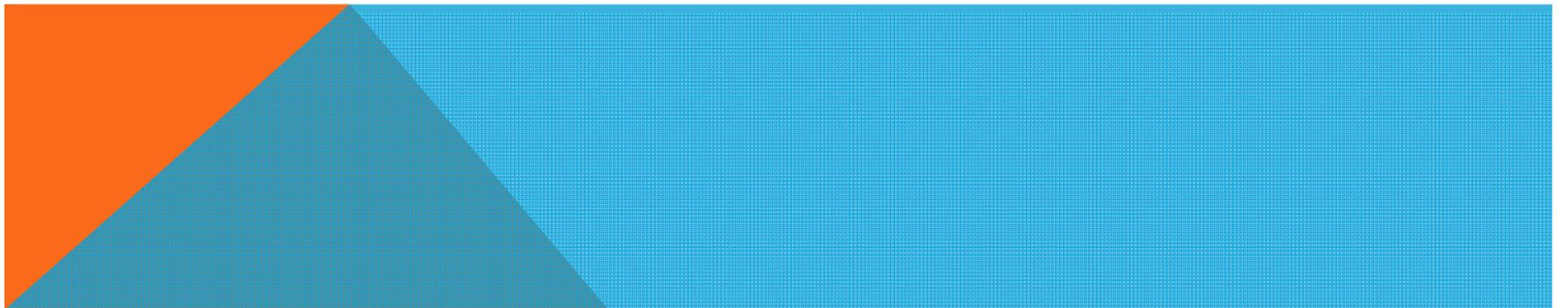
Cuidados especiales:

- El personal de enfermería debe preocuparse de asegurar bien las vías venosas.

Responsabilidad del encargado:

- El Médico Jefe y la Matrona Supervisora del Servicio de Neonatología serán los responsables de velar por el estricto cumplimiento del documento, como también, de efectuar y proponer las modificaciones que en la práctica se precise.





TRÍPTICO: VERSIÓN 2013 Y VERSIÓN 2014

RECORDAR:

- ✓ CAMBIOS DE POSICIÓN CADA 2 O 3 HORAS.
- ✓ ESTIMULACIÓN AUDITIVA, VISUAL Y TÁCTIL ACORDE A LA EDAD GESTACIONAL CORREGIDA.
- ✓ CORRECTA LACTANCIA MATERNA, RESPETANDO Y ESTABLECIENDO HORARIOS.
- ✓ LAVADO DE MANOS FRECUENTE.

CONSIDERAR EN CADA CAMBIO DE POSICIÓN (PRONO, SUPINO, DECÚBITO LATERAL DERECHO E IZQUIERDO) EL CORRECTO POSICIONAMIENTO DE SU BEBÉ, BASADO EN CUATRO CONCEPTOS CLAVES, QUE NACEN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA POSTURA DE LA VIDA INTRAUTERINA:

FLEXIÓN

LÍNEA MEDIA

CONTENCIÓN

COMODIDAD



ES IMPORTANTE PREVENIR LA **PLAGIOCEFALIA** (DEFORMIDAD DE LA CABEZA Y CRÁNEO DEL BEBÉ). PARA ELLO SE HACE NECESARIO CAMBIARLOS DE POSICIÓN HABITUALMENTE, ASÍ TAMBIÉN SE FAVORECE EL CORRECTO DESARROLLO PSICOMOTOR.

LO MÁS IMPORTANTE ES QUE LOS PADRES ESTABLEZCAN CON EL BEBÉ UNA RELACIÓN DE CARIÑO Y CERCANÍA, QUE LE DEN CONFIANZA Y SEGURIDAD, QUE RESPONDAN A SUS NECESIDADES, QUE LO AMEN Y LO CUIDEN...



Estimulación del Desarrollo
Psicomotor Normal en bebés
prematuros.

Educación para los padres y cuidadores.



KINESIÓLOGA: KARINA VENEGAS A.

INT. KINESIOLOGÍA: CAROLINA CASTILLO U.

SERVICIO: NEONATOLOGÍA.

**Hospital**
PUERTO MONTT
Comprometidos con Tu Salud

TRÍPTICO: VERSIÓN 2013 Y VERSIÓN 2014

POSICIÓN SUPINA:

Promover la flexión de brazos y piernas hacia línea media y sobre tronco, con los pies dentro de los bordes del nido.



POSICIÓN PRONO:

Alternar la posición de la cabeza entre los lados derecho e izquierdo.
Importante: recomendado solo en presencia de los padres.



POSICIÓN DECÚBITO LATERAL:

Alternar lados derecho e izquierdo.



POSICIÓN CANGURO:

Favorecer el contacto piel a piel para crear un vínculo afectivo



ELEMENTOS NECESARIOS Y BÁSICOS PARA EL CUIDADO DE SU BEBÉ:

CUNA: recordar inclinar la cuna, levantando a nivel de la cabeza del bebé (anti reflujo).



TEMPERATURA ADECUADA. AMBIENTE SEGURO Y SALUDABLE.



Lactancia materna:

Es la mejor fuente de nutrición para tu guagua, se siente querida y aprende a confiar en las demás personas. Es, además, una efectiva manera de darle consuelo y de estimular su desarrollo.

Posiciones más comunes para amamantar a tu bebé



Estímulos sensoriales:



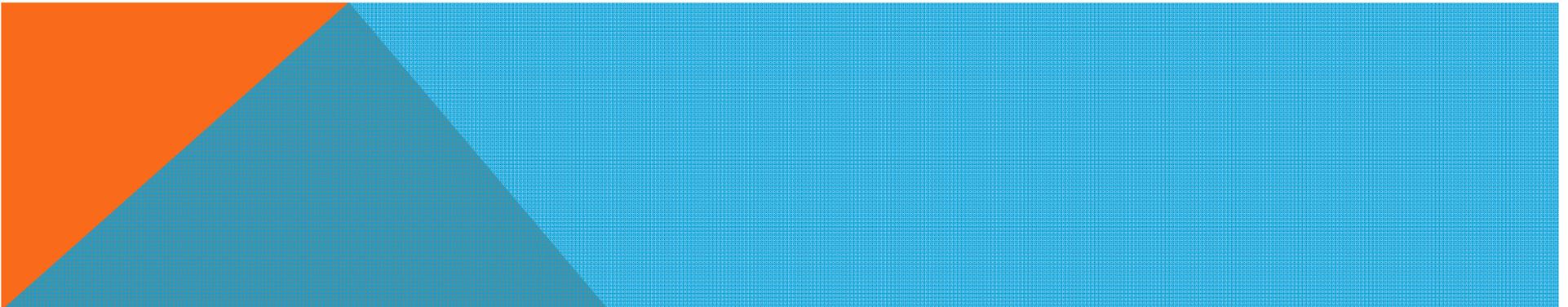
Leer, cantar, hablarle, mirarle, sonreírle, tocar, entre otras cosas, ayuda a estimular a tu hijo(a); por ejemplo, el leerle diariamente, mejora su lenguaje y promueve su inteligencia.

APOYO EQUIPO:

- Acompañar los procedimientos que resulten dolorosos con maniobras que tranquilicen a los niños.
- Participar en las reuniones de la Unidad de Neonatología, con el fin de transmitir estas acciones al resto del equipo, recibir las impresiones del personal de enfermería y otros, potenciar su acción también como agentes estimuladores (aclarar el impacto de su accionar en el futuro de los bebés).

OTROS:

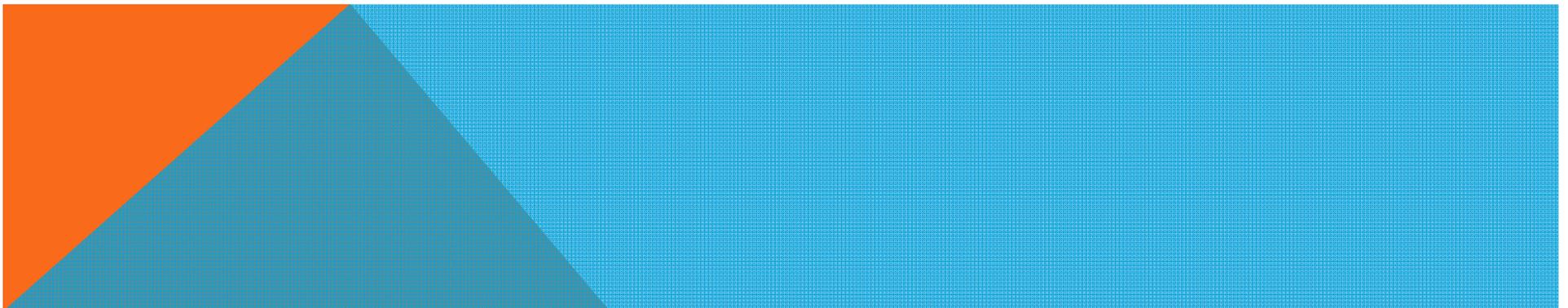
- Participar en el seguimiento de los menores al volver a sus hogares (policlínico de prematuros, cuando se solicite), enfatizando aspectos del desarrollo psicomotor.
- Emitir informe de evaluación kinésica al alta, cuando el médico tratante lo solicite.



SEGUIMIENTO:

- Teletón
- APS
- Otros

- TESIS





GRACIAS...

