



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

Facultad de Filosofía Letras y Ciencias de la Educación

Escuela de Estimulación Temprana e Intervención Precoz

“Intervención Precoz en niños prematuros de 0 a 1 año”

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de:

**Licenciada en Ciencias de la Educación con mención en
Estimulación Temprana e Intervención Precoz**

Autora: Johanna Peláez B.

Director: Dr. Jorge Espinoza

Cuenca - Ecuador

2008

DEDICATORIA

Dedico esta monografía a Dios por ser mi guía y estar siempre a mi lado.

A mis padres Patricio y Jhaneth por haberme dado la vida y que con su amor me enseñaron que con humildad, trabajo y esfuerzo se logran todas las metas.

A mis hermanos Michelle, M^a Cristina y Brian que quiero mucho.

A todos los niños, porque en su sano desarrollo está el futuro de mi amada Cuenca.

AGRADECIMIENTO

Agradezco eternamente la cooperación y confianza brindada por mi director, Dr. Jorge Espinoza para la realización de esta monografía, deseo los mejores augurios para que continúe transmitiendo a otras generaciones, sus conocimientos y experiencia adquirida a lo largo de su profesión.

Índice de contenidos

Dedicatoria.....	II
Agradecimientos.....	III
Índice de contenidos.....	IV
Resumen.....	V
Introducción.....	1
Capítulo 1.....	2
1.1 El Niño Prematuro.....	2
1.1.1 Definición.....	2
1.1.2 Clasificación.....	2
1.2 La Intervención Precoz.....	4
1.2.1 Definición.....	4
1.2.2 Rasgo Histórico.....	5
Capítulo 2.....	6
2.1 Breve descripción de las diferentes patologías del desarrollo, que se han vinculado con el nacimiento de niños prematuros.....	6
Capítulo 3.....	10
3.1 Breve descripción del desarrollo normal, durante el primer año, como medio para detectar niños necesitados de Intervención Precoz.....	10
3.1.1 Principales características de la evolución esquemática del desarrollo.....	17
Capítulo 4	
4.1 Descripción de dos o tres Programas Típicos de Intervención Precoz en Prematuros.....	23
4.1.1 Programa de Intervención Precoz en Áreas de Cuidados Intensivos.....	23
4.1.2 Programa Mama.-Canguro (piel a piel).....	25
4.1.3 Programa de Ejercicios dirigido a los Padres.....	27
4.1.4 Programa de Intervención Precoz Múltiple.....	34
4.1.5 Masajes para el Bebé	36
Capítulo 5	
Conclusiones y Anexos.....	40
Bibliografía	

RESUMEN

La Intervención Precoz en los niños con riesgo de desarrollar alteraciones del desarrollo infantil, va ganando muchos adeptos en las últimas décadas. El grupo mayoritario de niños en riesgo lo constituyen los niños nacidos antes de término.

Esta monografía es realizada como una guía a padres y educadores para dar a conocer los diferentes programas de Intervención Precoz en niños prematuros.

Conocer la fisiología y desarrollos considerados como normales es un paso primordial para comprender y sobre todo actuar en aquellos niños que por diferentes tipos de consideraciones se encuentran en mayores posibilidades de sufrir una alteración del desarrollo.

ABSTRACT.

The newly born baby explores through the sense of touch; he discovers his own body and starts to know the external world. That sense is considered, therefore, as the first guide to knowledge.

This research has been performed with the purpose to let parents, educadors, and people who are in charge of baby care, do a suitable Tactile Stimulation .

The first chapter is about massager for baby.

And the second chapter is about activities to be done with the baby to become aware of objects as textures, sizes, temperature and weight.

ABSTRACT

The newly born baby explores through the sense of touch; he discovers his own body and starts to know the external world. That sense is considered, therefore as the first guide to knowledge.

Massages are a way to express love to the baby and, at the same time, to satisfy his needs of being touched and establishing affectionate links with the people around him. Through the sense of touch, the baby becomes aware of objects as textures, sizes, temperature, weight, etc.

Tactile stimulation is very important for the general development of the child. Through the skin it is possible for him to know everything around and feel that there are objects outside of him.

INTRODUCCION

Prematuros son los nacidos antes de la 37 semana de gestación. Anteriormente, se consideraba prematuro a cualquier RN con un peso <2.500 g; esta definición era incorrecta, pues muchos RN con pesos <2.500 g son realmente maduros o incluso postmaduros, pero pequeños en relación con su edad gestacional (PEG) y tanto su aspecto como los problemas que plantean son diferentes a los de los RN prematuros.

Etiología y signos

En la mayoría de los casos, se desconoce la causa del parto prematuro, precedido o no de una rotura prematura de la bolsa. No obstante, las historias clínicas de las mujeres con este tipo de partos suelen revelar un nivel socioeconómico bajo, carencia de asistencia médica prenatal, nutrición deficiente, educación deficiente, soltería y enfermedades o infecciones intercurrentes no tratadas. Otros factores de riesgo son la vaginitis bacteriana materna no tratada y los partos prematuros previos.

El lactante prematuro es pequeño, con un peso generalmente inferior a 2,5 kg, y tiende a tener una piel fina, brillante y rosada, a través de la cual se ven bien las venas subyacentes. La cantidad de grasa subcutánea, pelo y cartílago auditivo externo suelen ser escasas. Su actividad espontánea y su tono son menores y las extremidades no mantienen su posición flexionada. En los varones, el escroto puede tener pocas arrugas y es posible que los testículos no hayan descendido. En las niñas, los labios mayores no cubren todavía los menores.

CAPITULO 1

1.1 El Niño Prematuro – Definición y Clasificación.

1.1.1 DEFINICION

La definición de RNPre es la de recién nacido de edad gestacional (EG) inferior a 37 semanas (pretérmino) y de peso inferior a 2500 Grs. (Narberhaus y cols. 2004; Rizzardini, 1999).

1.1.2 CLASIFICACIÓN

BEBES MODERADAMENTE PREMATUROS.

En este grupo se encuentran los bebés que han nacido entre la semana 35 y 37 de edad gestacional (de tres a cinco semanas antes de la fecha probable de parto). Generalmente pesan entre 1700 y 3400 gramos y miden entre 43.2 y 45.7 centímetros. La tasa de sobrevivencia para estos bebés es de 98 a 100%.

BEBES MUY PREMATUROS

En este grupo se encuentran los bebés que han nacido entre la semana 30 a 34 (de seis a diez semanas antes de la fecha probable de parto). Generalmente pesan entre 1.500 y 1.700 gramos . La tasa de sobrevivencia para estos bebés es de 95 a 98%.

BEBES PREMATUROS EXTREMOS

En este grupo se encuentra los bebés nacidos entre la semana 26 y 29 (11 a 14 semanas antes de la fecha probable de parto). Generalmente pesan entre 750 y 1500 gramos tienen de 90 a 95% de posibilidades de sobrevivir; los que nacen en la semana 28 a 29 tienen hasta 98%. Cifras como éstas explican el por qué se realizan esfuerzos intensivos por prolongar o detener un trabajo de parto prematuro ya que cada hora que el bebé pueda pasar dentro del útero materno aumenta sus posibilidades de vivir.

BEBES MICROPREMATUROS

En este grupo se encuentran los bebés que nacen antes de la semana 26 de gestación (más de 14 semanas antes de la fecha probable de parto). Generalmente pesan menos de 750 gramos y miden menos de 30 centímetros. Menos del 5% de los prematuros cae dentro de este grupo, y la sobrevivencia es variable: los que nacen cerca de la

semana 26 y pesan alrededor de 750 gramos tienen hasta 50% de posibilidades. Para los que nacen antes de la semana 25 las posibilidades son menores.

1.2 La Intervención Precoz, Definición - Rasgo Históricos.

1.2.1 DEFINICION

Consiste en promocionar unos determinados estímulos que van a facilitar el desarrollo global del niño y por tanto a conseguir que su organismo llegue al máximo de sus potencialidades. (Molla, 1978)

Está pensada para mejorar o prevenir los probables déficits en el desarrollo psicomotor de niños con riesgo de padecerlos tanto por causas orgánicas como biológicas o ambientales. Esta intervención precoz consiste en crear un ambiente estimulante, adaptado a las capacidades de respuestas inmediatas del niño para que éstas vayan aumentando progresivamente y su evolución sea lo más parecida a la de un niño normal. (Tribuna Médica, 1978).

La intervención precoz es un conjunto de actividades dirigidas a los niños que presentan trastornos en su desarrollo psicomotriz de cualquier etiología, de manera que reciban de forma efectiva y continua todo aquello que pueda facilitar la capacidad de desarrollo que cada niño tiene. (Catalunya, 1985). El objetivo es favorecer al máximo el desarrollo del niño y su interacción dentro del medio familiar y social, mejorando las condiciones neurológicas y relacionales. Esta intervención incluye diferentes técnicas y terapias adecuadas a cada deficiencia particular. (1985).

1.2.2 RASGO HISTORICO

Fueron tres las naciones las que a través de sus equipos y publicaciones más influyeron en la evolución y desarrollo de estas técnicas. Hablamos de los EE.UU., Argentina y Uruguay.

A iniciativa de Eloísa García Etchegoyhen de Lorenzo se creó en 1963 en Uruguay la primera clínica oficial de diagnóstico, orientación y ayuda en el hogar para niños preescolares con retardo mental orientándose sus funciones en las líneas del diagnóstico, información orientación individual, familiar y evaluación.

Inicialmente los programas de Intervención Precoz se crearon como una necesidad de tratar niños con desviaciones en el desarrollo, más tarde los programas se ampliaron a los niños, que por sus condiciones biológicas o psicológicas (factores de riesgo) tuvieron riesgo de presentar alteración en su desarrollo, es decir se crearon con fines preventivos y de tratamiento. Hay que decir que en los últimos años los programas de estimulación temprana también se dan en niños con desarrollo normal para mejorar su nivel de desarrollo.

En los niños la Intervención Precoz trata de proporcionarle habilidades prácticas a través de las áreas de intervención perceptivo-cognitiva, motoras, de lenguaje y social, y a la familia le brinda experiencias de adaptación, asimilación y aprendizaje que permitan lograr al máximo un potencial de desarrollo en el niño, este tratamiento implica una estimulación continuada y global de las distintas áreas del desarrollo.

CAPITULO 2

2.1 Breve descripción de las diferentes patologías del desarrollo, que se han vinculado con el nacimiento de niños prematuros.

La mayoría de las complicaciones están relacionadas con la inmadurez funcional de los sistemas orgánicos.

Pulmones.- Enfermedad pulmonar crónica o displasia broncopulmonar (DBP).

La DBP es un trastorno pulmonar crónico que afecta principalmente a los bebés prematuros que requieren tratamiento permanente con oxígeno suplementario. En muchos RN prematuros, la producción de surfactante no es suficiente para evitar el colapso alveolar y la atelectasia, lo que se traduce en el desarrollo del síndrome de sufrimiento respiratorio (v. Alteraciones respiratorias, más adelante).

El riesgo de DBP aumenta en los bebés que siguen necesitando oxígeno 36 semanas después de su concepción (es decir, cuando las semanas de embarazo más las semanas después de su nacimiento superan las 36 semanas). Estos bebés acumulan líquido en los pulmones y sufren cicatrices y lesiones pulmonares que pueden observarse mediante radiografías. Por lo general, sus pulmones se curan durante los dos primeros años de vida, aunque algunos desarrollan una enfermedad pulmonar crónica similar al asma.

SNC. La escasa coordinación de los reflejos de succión y deglución de los niños nacidos antes de la semana 34 de gestación puede obligar a alimentarlos por vía i.v. o sonda gástrica. La inmadurez del centro respiratorio del tronco cerebral es la responsable de las crisis de apnea (apnea central; v. Apnea del RN prematuro en Alteraciones respiratorias, más adelante). La apnea puede ser también consecuencia de la obstrucción hipofaríngea (apnea obstructiva) sola o en combinación con la apnea central (apnea mixta). En los lactantes prematuros, la matriz germinal periventricular tiene tendencia a la hemorragia, que puede extenderse hacia los ventrículos cerebrales (hemorragia intraventricular). También pueden ocurrir infartos de la sustancia blanca periventricular (leucomalacia periventricular), por causas aún mal conocidas. La hipotensión, la perfusión cerebral insuficiente o inestable y los picos de PA (como ocurre cuando se administran rápidamente líquidos o coloides por vía i.v.) pueden contribuir al infarto o a la hemorragia cerebrales.

Infección. Los bebés prematuros tienen sistemas inmunológicos inmaduros incapaces de combatir de manera eficiente las bacterias, los virus y otros organismos que pueden causar infecciones típicas, como neumonía (infección pulmonar), sepsis (infección de la sangre) y meningitis (infección de las membranas que rodean el cerebro y la médula espinal). Los bebés pueden contraer estas infecciones de sus madres al nacer o infectarse después del nacimiento. La sepsis y la meningitis son cuatro veces más frecuentes en los RN prematuros que en los nacidos a término. Los lactantes prematuros tienen una especial susceptibilidad a desarrollar enterocolitis necrotizante (v. Enterocolitis necrotizante, más adelante).

Enterocolitis necrotizante (ECN). Algunos bebés prematuros desarrollan este problema intestinal potencialmente peligroso (por lo general, de dos a tres semanas después del nacimiento), que lleva a dificultades de alimentación, hinchazón abdominal y otras complicaciones. Cuando se comprueba mediante pruebas por imágenes, como radiografías, y análisis de sangre que el bebé tiene ECN, se lo trata con antibióticos y se lo alimenta por vía intravenosa mientras su intestino se cura. En algunos casos, es necesario realizar una cirugía para extirpar secciones lesionadas del intestino.

Regulación de la temperatura. La superficie corporal de los RN es excepcionalmente grande en relación con su masa corporal; por tanto, cuando son expuestos a temperaturas inferiores a las del ambiente térmico neutro, pierden calor rápidamente y les resulta difícil mantener su temperatura corporal (v. también Hipotermia, más adelante).

Aparato digestivo. La pequeña capacidad del estómago del RN prematuro, junto con la inmadurez de los reflejos de succión y de deglución, impide la adecuada alimentación oral o mediante una sonda nasogástrica y conlleva riesgo de aspiración. Casi todos los prematuros toleran la leche materna, fórmulas comerciales o fórmulas especiales para prematuros. Los prematuros de pequeño tamaño han sido alimentados con éxito por sonda, con la leche de su propia madre, que les proporciona factores inmunológicos y nutricionales ausentes en las fórmulas obtenidas con leche de vaca modificada.

Riñón. En el RN prematuro, la función renal es inmadura, por lo que su capacidad para concentrar y diluir la orina son menores que en el RN a término.

Hiperbilirrubinemia- Ictericia. Los bebés prematuros tienen más probabilidades que los bebés nacidos a término de desarrollar ictericia ya que sus hígados no se encuentran lo suficientemente maduros para eliminar un producto de desecho llamado bilirrubina de la sangre. Además, los bebés prematuros pueden ser más sensibles a los efectos nocivos del exceso de bilirrubina. Los bebés con ictericia se caracterizan por tener un color amarillento en la piel y en los ojos. La ictericia suele ser leve y, por lo general, no es nociva. No obstante, si el nivel de bilirrubina es muy alto puede causar daño cerebral. Por lo general, esto puede evitarse ya que a través de los análisis de sangre se puede comprobar si las concentraciones de bilirrubina son muy altas y, en ese caso, se puede tratar al bebé con luces especiales (fototerapia) que ayudan a su organismo a eliminar la bilirrubina. Ocasionalmente, el bebé puede necesitar una transfusión de sangre.

Síndrome de dificultad respiratoria (SDR). Los bebés con SDR carecen de una proteína llamada surfactante que impide que los pequeños sacos de aire que hay en los pulmones se colapsen. El tratamiento con surfactante ayuda a los bebés a respirar con más facilidad y, desde que fue introducido en 1990, las muertes a causa de SDR han disminuido en aproximadamente la mitad.⁴

Apnea. A veces, los bebés prematuros dejan de respirar durante 20 segundos o más. Esta interrupción en la respiración se denomina apnea y puede ir acompañada de una reducción en el ritmo cardíaco. Los bebés prematuros están bajo observación constante para detectar cualquier caso de apnea. Si el bebé deja de respirar, el personal de enfermería lo estimulará dándole palmaditas o tocándole las plantas de los pies.

Hemorragia intraventricular (HIV). Las hemorragias cerebrales son comunes en algunos bebés prematuros, en particular aquellos nacidos antes de las 32 semanas de gestación. Normalmente, estas hemorragias se producen durante los primeros tres días de vida y, por lo general, pueden diagnosticarse mediante un examen por ultrasonido. Casi todas las hemorragias son leves y se resuelven solas, provocando pocas o ninguna consecuencia permanente. Las hemorragias más graves pueden hacer que los ventrículos cerebrales (unas cavidades del cerebro que están llenas de líquido) se dilaten rápidamente y aumenten la presión sobre él, lo cual puede producir daño cerebral (como parálisis cerebral o problemas de aprendizaje y conducta). En estos casos, los cirujanos suelen introducir un tubo en el cerebro para

drenar el líquido y reducir el riesgo de daño cerebral. En los casos más leves se utilizan medicamentos que permiten reducir la acumulación de líquido.

Conducto arterial permanente (CAP). El CAP es un problema cardíaco comúnmente observado en los bebés prematuros. Antes del nacimiento, una arteria grande llamada ductos arteriosus o conducto arterial hace que la sangre se desvíe y no pase por los pulmones ya que el feto recibe el oxígeno que necesita a través de la placenta. Normalmente, el conducto se cierra poco después del nacimiento para que la sangre pueda circular hacia los pulmones y absorber oxígeno. En los bebés prematuros, el conducto no siempre se cierra adecuadamente, lo cual puede llevar a insuficiencia cardíaca. El CAP puede diagnosticarse mediante un tipo especial de ultrasonido conocido como ecocardiografía o con otras pruebas por imágenes. Los bebés con CAP se tratan con un medicamento que ayuda a cerrar el conducto, aunque puede requerirse cirugía si el medicamento no resulta eficaz.

Retinopatía de la premadurez (ROP). La ROP es un crecimiento anormal de los vasos sanguíneos del ojo que puede llevar a la pérdida de la vista y se produce principalmente en los bebés nacidos antes de las 32 semanas de gestación. La ROP puede diagnosticarse mediante un examen oftalmológico. La mayoría de los casos son leves y los ojos se curan solos con poca o ninguna pérdida de la visión. En los casos más severos, el oftalmólogo puede tratar los vasos anormales con láser o con crioterapia (congelamiento) para proteger la retina y preservar la visión.

Anemia. Los bebés prematuros a menudo son anémicos, lo cual significa que no tienen suficientes glóbulos rojos. Normalmente, el bebé almacena hierro durante los últimos meses de gestación y lo utiliza hacia el final del embarazo y después del nacimiento para producir glóbulos rojos. Los bebés prematuros pueden no haber tenido suficiente tiempo para almacenar hierro. Si el bebé es anémico, suele desarrollar problemas de alimentación y crecer más lentamente. La anemia también puede agravar los problemas cardíacos o de respiración. Estos bebés pueden tratarse con suplementos dietéticos de hierro, medicamentos que aumentan la producción de glóbulos rojos o, en casos severos, con transfusiones de sangre.

CAPITULO 3

3.1 Breve descripción del desarrollo normal, durante el primer año, como medio para detectar niños necesitados de Intervención Precoz.

Aspecto general de los recién nacidos

En la mayoría de los casos, los bebés parecen encontrarse en un estado de alerta tranquila aproximadamente durante la primera hora inmediatamente posterior al parto.

Durante las primeras semanas, se dará cuenta de que la mayor parte del tiempo su bebé tenderá a mantener los puños apretados, los codos, caderas y rodillas flexionados, y brazos y piernas replegados sobre la parte anterior del cuerpo. Esta postura se parece bastante a la posición fetal que mantuvo durante los últimos meses de embarazo. Los bebés que nacen prematuramente pueden presentar algunas diferencias en lo que se refiere a la postura, aspecto, actividad y comportamiento en comparación con los recién nacidos a término.

Los bebés nacen con una serie de respuestas instintivas a estímulos como la luz o el tacto, conocidas como **reflejos primitivos**, que desaparecen gradualmente conforme van madurando. Estos reflejos incluyen:

Reflejo de succión, que hace que el bebé succione con fuerza cualquier objeto que le pongan en la boca.

Reflejo de prensión, que hace que el bebé cierre la mano y apriete fuertemente los dedos cuando le aplican presión en la palma de la mano con un dedo u otro objeto.

Reflejo de Moro, o reacción de sobresalto, que hace que el bebé extienda súbitamente los brazos hacia los lados y luego los repliegue sobre el tronco cuando se sobresalta ante un ruido fuerte, una luz intensa, un olor fuerte, un movimiento repentino u otro estímulo.

Asimismo, debido a la inmadurez del sistema nervioso, a los recién nacidos les pueden temblar los brazos, las piernas o la barbilla, particularmente cuando lloran o están agitados. Durante las primeras semanas generalmente los bebés se pasan la mayor parte del tiempo durmiendo. Esto puede estar todavía más exacerbado durante el primer día o primer par de días de vida en los recién nacidos a cuyas madres les administraron ciertos tipos de medicamentos o anestesia durante el parto.

A menudo a los padres les preocupa **el patrón respiratorio** de su recién nacido, debido a la mayor atención que ha recibido últimamente el síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL). Pero usted debe tener en cuenta que es normal que la respiración de un bebé tan pequeño sea un poco irregular.

Cuando un bebé está despierto, su frecuencia respiratoria puede variar ampliamente, a veces excediendo las 60 respiraciones por minuto, sobre todo cuando está agitado o después de un episodio de llantos. Los recién nacidos también tienen períodos durante los cuales dejan de respirar de 5 a 10 segundos y luego vuelven a respirar por sí mismos. Esto se conoce como **respiración periódica**, lo que tiende más a ocurrir durante el sueño y se considera completamente normal. De todos modos, si el bebé se pusiera azul o dejara de respirar durante un período de tiempo más largo, se trataría de una emergencia,

A pesar de que no empezará a hablar hasta mucho más tarde, su recién nacido producirá una sinfonía de sonidos –sobre todo grititos de alta frecuencia– además de los llantos de rigor. Los estornudos y los hipos también son muy frecuentes, y en los recién nacidos no indican que el bebé padezca alguna infección, alergias o problemas digestivos.

Cabeza

Puesto que la cabeza es la parte del cuerpo que suele abrirse paso a través del canal del parto, puede verse afectada por el traumatismo del parto. El cráneo del bebé está formado por varios huesos independientes que a la larga se acabarán fusionando. Esto permite que la inmensa cabeza del bebé se deforme ligeramente al pasar por el estrecho canal del parto sin provocar lesiones ni en el bebé ni en la madre.

La cabeza de un bebé nacido por parto vaginal a menudo presenta algún grado **de deformidad o moldeamiento**, que es cuando los huesos del cráneo del bebé se deforman y se superponen parcialmente, haciendo que la parte superior de la cabeza del bebé tenga una forma alargada, abombada, ovalada o, incluso, “apepinada”. Este aspecto, que a veces puede resultar chocante, irá desapareciendo a lo largo de los primeros días de vida, a medida que los huesos del cráneo del bebé se vayan redondeando. La cabeza de los bebés que nacen por cesárea o de nalgas generalmente no presenta moldeamiento.

Debido a la separación existente entre los huesos que conforman el cráneo del bebé, se podrá palpar dos **fontanelas**, también conocidas como “puntos blandos o deprimidos”, en la parte superior de la cabeza del bebé. El de mayor tamaño, ubicado en la parte frontal de la cabeza, tiene forma de diamante y suele medir entre 2,5 y 7,5 cm de ancho. En la parte posterior de la cabeza los bebés tienen otra fontanela, de menor tamaño y en forma de triángulo. Las fontanelas acaban desapareciendo cuando se cierran los huesos del cráneo – generalmente entre los 12 y los 18 meses para la fontanela anterior y en torno a los 6 meses para la posterior.

Además de tener forma alargada u ovalada, la cabeza de un recién nacido puede tener una o varias protuberancias provocadas por el traumatismo del parto. Conocido como *caput succedaneum* o “tumor del parto”, se trata de una zona circular del cuero cabelludo hinchada y amoratada que generalmente se encuentra en la parte posterior de la cabeza, que es la que primero se abre paso por el canal del parto. Suele remitir en unos pocos días.

Un **cefalohematoma** es una masa de sangre que se ha filtrado bajo la membrana protectora que recubre uno de los huesos del cráneo. Generalmente está provocado por la presión que ejerce la cabeza del bebé contra los huesos pélvicos de la madre al atravesar el canal del parto. El edema se limita a un lado de la cabeza del bebé y, a diferencia del “tumor del parto”, puede tardar una o dos semanas en desaparecer. La rotura de las células sanguíneas del cefalohematoma puede determinar que el bebé presente una ictericia más pronunciada durante la primera semana de vida. Es importante recordar que tanto los “tumores del parto” como el cefalohematoma se producen cuando ha tenido lugar un traumatismo que ha afectado al exterior del cráneo, por lo que ninguno de ellos indica que se haya lesionado el cerebro del bebé.

Cara

La cara de un recién nacido puede verse un poco hinchada debido a la acumulación de fluido y al duro y dificultoso paso por el canal del parto. El aspecto del rostro del bebé suele cambiar significativamente durante los primeros días de vida a medida que el pequeño va eliminando el exceso de fluido y se va recuperando del traumatismo del parto. No debe preocuparse – las orejas arrugadas, las narices aplastadas o las mandíbulas asimétricas suelen recuperar sus formas normales con el paso del tiempo.

Ojos

Pocos minutos después del nacer la mayoría de los recién nacidos abren los ojos y empiezan a mirar a su alrededor. Los recién nacidos pueden ver, pero probablemente no enfocan bien, por lo que puede parecer que se les van o que bizquean durante los 2 o 3 primeros meses de vida. Al tener los párpados hinchados, algunos bebés no pueden abrir los ojos inmediatamente después de nacer.

A veces los padres se asustan al comprobar que el blanco de uno o ambos ojos del recién nacido está teñido de rojo. Este fenómeno, denominado **hemorragia subconjuntival**, ocurre cuando se filtra sangre bajo la membrana que recubre el globo ocular debido al traumatismo del parto. Se trata de algo completamente inofensivo similar a un morado, desaparece al cabo de varios días y generalmente no es indicativo de lesión ocular.

Orejas

Las orejas de un recién nacido, al igual que muchas otras partes de la cara, pueden estar aplastadas, arrugadas o presentar otras “deformaciones” morfológicas debido a la posición que adoptó el bebé dentro del útero materno durante la última etapa del embarazo. Puesto que a los recién nacidos todavía no se les ha desarrollado el cartílago que confiere estabilidad a las orejas de los niños mayores, no es nada raro que los recién nacidos tengan temporalmente las orejas arrugadas o parcialmente deformadas.

Nariz

Puesto que los recién nacidos suelen respirar por una nariz de pequeño tamaño y por unas vías nasales muy estrechas, pequeñas cantidades de fluido nasal o moco pueden hacerles respirar ruidosamente o parecer congestionados aunque no estén acatarrados ni tengan ningún otro problema de salud. Los **estornudos** también son habituales en los recién nacidos. Se trata de un reflejo completamente normal que no tiene por qué obedecer a una infección, alergias u otro problema de salud.

Boca

Cuando el recién nacido abre la boca al bostezar o llorar, es posible que usted se dé cuenta de que tiene unos pequeños puntos blancos en el paladar, generalmente cerca del centro. Se trata de pequeñas masas de células denominadas **perlas de Epstein**.

Estos puntos, así como los **quistes** llenos de fluido que a veces están presentes en las encías de los recién nacidos, desaparecerán durante las primeras semanas de vida.

Cuello

Normalmente el cuello parece más corto en los recién nacidos porque tiende a quedar escondido entre los pliegues de piel y las rollizas mejillas.

Pecho

Puesto que la pared torácica de los bebés es muy fina, es posible que usted vea o note al tacto cómo la parte superior del tórax del bebé se mueve cada vez que le late el corazón. Esto es normal y no debería preocuparle.

Asimismo, los recién nacidos de ambos sexos pueden tener las **mamas abultadas**. Esto se debe a una hormona femenina denominada estrógeno que la madre transmite al feto durante el embarazo. Tal vez pueda palpar unas masas de tejido duro, en forma de disco, debajo de los pezones del bebé, y ocasionalmente los pezones pueden secretar una pequeña cantidad de fluido con aspecto lechoso. Este engrosamiento mamario casi siempre desaparece durante las primeras semanas de vida.

Brazos y piernas

Después del parto, los recién nacidos tienden a adoptar una postura similar a la posición fetal que adoptaron en el interior del útero durante la última etapa del embarazo: brazos y piernas flexionadas y replegados sobre el tronco. Generalmente tienen los puños apretados, y puede resultar difícil abrírseles porque el hecho de tocarles o colocarles un objeto en la palma de la mano desencadena un fuerte reflejo de prensión.

Abdomen

Es normal que el abdomen de un bebé sea bastante prominente y redondeado. Cuando el bebé llora o se esfuerce - por ejemplo, al defecar-, es posible que usted note que la piel que cubre la parte central del abdomen se proyecta hacia afuera entre las bandas de tejido muscular que conforman la pared abdominal en cada lado del abdomen. Esto casi siempre desaparece durante los primeros meses de vida a medida que el bebé va creciendo.

A muchos padres les preocupa el aspecto y cuidado del **cordón umbilical** del bebé. El cordón contiene tres vasos sanguíneos (dos arterias y una vena) rodeadas de una sustancia gelatinosa. Tras el parto, el cordón se pinza o se ata antes de cortarlo para separar al bebé de la placenta. En la mayoría de centros sanitarios, se aplica un líquido bactericida al muñón umbilical tras el parto. El muñón umbilical se desprende entre el décimo día y la tercera semana de vida.

Las **hernias umbilicales** son frecuentes en los recién nacidos, particularmente en los de raza negra. Un orificio en la pared abdominal en el lugar del cordón umbilical o futuro ombligo permite que una parte del intestino del bebé sobresalga a través del orificio cuando éste llora o hace esfuerzos, provocando que la piel que la recubre se proyecte hacia fuera. Generalmente estas hernias son inofensivas y no dolorosas. La mayoría de ellas se cierran solas durante los primeros años de vida.

Genitales

Los genitales de los recién nacidos de ambos sexos pueden parecer relativamente grandes e inflamados. ¿Por qué? Por varios motivos, incluyendo la exposición a las hormonas producidas por la madre y por el feto, las magulladuras e inflamaciones provocadas por el traumatismo del parto y el curso natural de desarrollo de estos órganos.

En las niñas los **labios mayores**, pueden verse hinchados. La piel de los labios puede estar lisa o bien algo arrugada. A veces, sobresale una pequeña porción de tejido rosa entre los labios –se trata del **colgajo himenal**, que no tiene ninguna importancia y que se acaba retrayendo y pasando a formar parte de los labios cuando crecen los genitales.

Debido al efecto de las hormonas maternas, la mayoría de recién nacidas tienen flujo vaginal. A pesar de que se trata de algo mucho más frecuente en los bebés de sexo masculino, la hinchazón de la ingle en una recién nacida puede indicar la presencia de una **hernia inguinal**.

En los niños, el escroto a menudo parece estar hinchado. Generalmente esto se debe a un **hidrocele**, una acumulación bastante habitual de líquido en el escroto que suele desaparecer entre el tercer y el sexto mes de vida. Eso podría indicar la presencia de una hernia inguinal, que suele requerir tratamiento quirúrgico. Los testículos de los recién nacidos pueden ser difíciles de palpar dentro de un escroto inflamado. Los

músculos unidos a los testículos tiran de ellos y hacen que se retraigan bruscamente hasta la región inguinal cuando alguien toca el área genital del bebé o cuando sus genitales se exponen al frío. Los bebés de sexo masculino es normal que experimenten frecuentes **erecciones**, a menudo justo antes de orinar.

Piel

El color y las manchas que tienen los recién nacidos en la piel pueden alarmar a algunos padres. El aspecto **moteado** o **jaspeado** de la piel, un patrón irregular de pequeñas áreas rojizas y pálidas. Por razones similares, los recién nacidos también pueden presentar **acrocianosis**, una tonalidad azulada en la piel de manos, pies y el área que rodea los labios, sobre todo si se encuentran en un ambiente fresco.

En el rostro y otras partes del cuerpo del recién nacido son habituales las marcas rojas, los rasguños, los moretones y las **petequias** (pequeñas motas rojas provocadas por hemorragias intradérmicas o subcutáneas). Todos ellos están provocados por el traumatismo asociado al hecho de tener que atravesar el estrecho canal del parto o por la presión que ejercen los fórceps que a veces se tienen que utilizar durante el parto. Todos ellos se curan y desaparecen durante la primera o dos primeras semanas de vida.

Es posible que la cara, los hombros y la espalda del recién nacido estén cubiertos por un vello fino y suave, denominado **lanugo**. La mayor parte del lanugo se pierde dentro del útero materno antes de que la madre dé a luz; por este motivo, el lanugo se ve más habitualmente en bebés prematuros. En cualquier caso, este pelo se pierde en pocas semanas.

La capa superior de la piel del recién nacido se irá descamando durante la primera semana o dos primeras semanas de vida. Se trata de algo normal y que no requiere ningún tratamiento especial. La **ictericia** neonatal, es decir, la coloración amarillenta de la piel y la esclerótica (el blanco de los ojos), es un trastorno habitual que normalmente no aparece hasta el segundo o tercer día de vida y desaparece en 1 a 2 semanas. La ictericia está provocada por la acumulación de bilirrubina (un producto de deshecho producido por la descomposición normal de los glóbulos rojos) en la sangre, la piel y otros tejidos, debido a la incapacidad temporal del hígado inmaduro del recién nacido para eliminar eficazmente esta sustancia del cuerpo. Aunque cierto grado de ictericia es normal y esperable, si un recién nacido presenta este problema

antes de lo esperable o su nivel de bilirrubina es más alto de lo normal, entonces el pediatra deberá proporcionarle seguimiento atento.

3.1.1 Principales características de la evolución esquemática del desarrollo:

Un mes

Reconoce la voz de su padre y su madre

Gira la cabeza estando boca abajo y la levanta unos segundos

Tiene los brazos doblados y las manos casi siempre cerradas

Su única reacción es abrir y cerrar las manos cuando está a gusto

Duerme gran parte del tiempo.

El niño realiza movimientos asimétricos de brazos y piernas.

Puesto de pie extiende las piernas.

Aprieta cualquier objeto colocado en su mano.

Frunce el ceño y rechaza con parpadeos a la luz intensa.

Detiene sus movimientos al oír un sonido.

Sonríe con la voz de su madre.

Llora por una causa de hambre, frío y sueño.

Cuando llora se tranquiliza al ser alzado o acariciado.

Succiona.

Demuestra estar atento.

Dos meses

Sonríe con frecuencia

Responde al tono de la voz y escucha los sonidos suaves

Patalea con fuerza

Levanta la cabeza durante unos 10 segundos

Pasa más tiempo despierto y atento a todo lo que ocurre

Parado no sostiene el peso de su cuerpo.

Sigue con la mirada objetos sin sonidos en ángulo de 90 grados.

Emite sonidos o agu cuando se le habla.

Sonríe ante cualquier rostro.

Al contacto con un objeto abre y cierra la mano.

Tres meses

Comienzan los gorgoteos y responde a la voz con sonidos espontáneos

Mantiene la cabeza levantada durante un minuto y se sostiene con los brazos

Fija más la mirada y sigue el movimiento con los ojos y con la cabeza

La cabeza acompaña al movimiento del tronco.

Apoyo inestable sobre antebrazo.

Manos abiertas y abren los brazos ante objetos.

Sigue con la mirada objetos cercanos, sin sonido en un ángulo de 180 grados.

Voltea al oír sonido de la campana.

Responde diferente a la voz molesta y a la voz alegre.

Juega con sus manos.

Se alegra cuando le van a dar el pecho.

Cuatro meses

Muestra curiosidad por todo lo que ve y oye

Tumbado boca arriba juega con sus pies

Agarra los objetos y se los lleva a la boca

Fija la vista ante el espejo

Emite pequeños chillidos para llamar la atención

Responde con risas al estímulo del juego

Toma un objeto con ambas manos.

Come o toma alimentos de la cuchara.

Cinco meses

El bebé controla totalmente los movimientos de la cabeza

Si le tumbas boca abajo, puede sostenerse manteniendo la cabeza erguida

Si lo sostenemos de pie, mantiene gran parte de su peso

Emite sonidos fuertes para llamar la atención

Escucha atentamente los diferentes sonidos

Ya reconoce a sus padres

Agarra todo lo que está a su alcance y se lo lleva a la boca

Utiliza los sonidos y los movimientos de los brazos y las piernas para atraer la atención

Dorso recto, apoyo hacia delante con descarga de peso.

Comienza a pararse con apoyo.

Reconoce su nombre.

Se repite así mismo y en respuesta a los demás.

Come galleta cuando se la ponen en la mano.

Juega con sus manos y los pies

Seis meses

Se sienta solo pero aún necesita apoyo

Extenderá los brazos hacia ti para que le abracés

Puesto de pie, se sujeta unos instantes

Agarra los juguetes con todos los dedos de la mano (pinza gruesa)

Observa todo lo que le rodea con interés

Si lo colocas tumbado se puede dar la vuelta solo

Sujeta el biberón con las dos manos

Coordina el movimiento de los ojos y de las manos

Localiza bien los sonidos girando la cabeza y girando la mirada

Gira fácilmente.

Coge un objeto en cada mano.

Toca sus imágenes en el espejo.

Bebe del vaso con ayuda.

Coge y golpea objetos y repite seriamente el golpe.

Mira cuando cae un objeto.

Siete meses

Se sostiene sentado más tiempo sin sujeción

Se apoya sobre las manos y puede separar una mano del suelo para alcanzar un objeto

Si le ofrecemos un dedo para agarrarse, se levanta por sí mismo para sentarse

Juega ante el espejo e intenta tocar su imagen

Sostiene los juguetes y se los pasa de una mano a otra

Puede levantar un objeto utilizando sólo dos dedos, el pulgar y otro

Entiende frases cortas o palabras sueltas

Repite sílabas como ga, da, ta

Dice pa-pa – ma- ma a cualquier persona.

Ocho meses

Intenta gatear

Se mantiene sentado un buen rato sin apoyo

Puede mantenerse levantado si se agarra a algo

Puede jugar con las dos manos y sostiene el sonajero durante varios minutos

Se estirará para alcanzar cosas que están fuera de su alcance

Su equilibrio mejora rápidamente

Vocaliza cuando ve personas o cosas, como si quisiera contactar con ellos

El bebé se habla a sí mismo y a los demás

Llora si le toma en brazos alguien que no conoce

Pinza índice y el pulgar torpe.

Llama o grita para establecer contacto con otro.

Lanza objeto a cierta distancia y disfruta con el sonido.

Nueve meses

Puede gatear mientras tiene un objeto en la mano

Se pone de pie agarrándose a algo

Cuando está sentado puede inclinarse hacia delante sin caerse

Puede agarrar objetos pequeños objetos con el pulgar y el índice (pinza fina)

Señala los objetos para que se los alcance

Emite sonidos cada vez más articulados

Se concentra unos minutos si le enseñas un cuento con dibujos o fotografías

Dejará caer las cosas una y otra vez y esperará a que tú se las devuelvas

Comprende el "NO".

Encuentra objetos ocultos

Diez meses

Domina el gateo y aumenta su radio de acción

Si le das la mano, puede andar por una habitación

Domina la pinza fina pudiendo sostener dos objetos pequeños en una sola mano

Le encantan los juegos de manos (cinco lobitos), puede decir adiós con la mano

Utiliza tanto monosílabos como sílabas repetidas

Camina apoyándose en las cosas.

Dice papá y mamá

Puede sentarse en bacín con ayuda.

Busca el juguete en la caja.

Once meses

Gatea por toda la casa

Puede incluso caminar

Estando tumbado puede sentarse sin ayuda

Señala objetos con el índice

Reconoce los nombres de sus padres

Le gusta comer utilizando los dedos

Aprende a repetir palabras de pocas sílabas

Pinza fina.

Responde a una orden simple e identifica objetos.

Imita gestos.

Come con las manos del plato.

Suelto con la mano empuja la pelota con el pie.

Explora sus juguetes.

Doce meses

Se mantiene de pie sin apoyos

Deja caer voluntariamente los juguetes y los recoge

Si lo sujetas de pie comenzará a dar pasos

El bebé ya controla totalmente los movimientos de la cabeza

Entiende el sentido de la mayoría de las palabras

Es capaz de manejar bloques de construcción

Camina solo con pobre equilibrio y piernas separadas.

Dice dos palabras sueltas además de papá y mamá.

Ofrece un juguete.

Forcejea hasta sacarse los zapatos.

Hace garabatos en papel.

CAPITULO 4

4.1 Descripción de dos o tres Programas Típicos de Intervención Precoz en Prematuros

4.1.1 Programa de Intervención Precoz en Áreas de Cuidados Intensivos

Este programa es una herramienta para la estimulación del desarrollo del niño a través de sus actividades cotidianas y que mediante su involucramiento garanticen la continuidad y mantenimiento de los resultados lo que hará de los padres no simples espectadores sino agentes de cambio.

Cuidado del Macroambiente

Disminuir luces y ruidos.

Mantener temperaturas ambientales adecuadas para el recién nacido (25-27°).

Establecer horarios e penumbra

Horario día-noche.

Cuidado al Microambiente

Evitar sobre estimular al Recién Nacido (manejo en paquete).

Favorecer períodos de descanso y sueño

Mantener la posición en flexión utilizando rollos de tela (nidos).

Recién nacido mayor a 32 semanas utilizar chupón para la autorregulación.

Manipular al recién nacido en forma gentil

Favorecer el apego de los padres con el recién nacido

Cuidado en la administración de medicamentos (ototóxicos).

Mantener eutermia.

Estimulación Sensoperceptiva

Musicoterapia

Hablarle en forma cariñosa

Cantarle

Contarle cuentos

Jugar con cascabeles

Ruidos graciosos

Estimulación Táctil

Masajes en forma gentil

Besos y caricias de sus padres

Abrazarlo y mecerlo

Presión palmar o cosquilleo en las palmas de las manos

Hablar cerca de la piel

Estimulación visual

Aproximación de rostros (20 a 25cm)

Aproximación de objetos

Cambios de posición

Contrastes de luz y sombra

Colocar móviles con colores vivos y contrastantes

Colocar objetos brillantes

Colocar juguetes grandes de colores vivos.

Estimulación del lenguaje

Acudir cuando lllore

Satisfacer rápido sus necesidades

Calmar el llanto con palabras

Cantarle

Limpiarle y alimentarle siempre que lo necesite

4.1.2 Programa Mama.-Canguro (piel a piel)

Método ideado en Colombia (1978), por los Drs. Edgar Rey Sanabria y Héctor Martínez.

Es un tratamiento multisensorial que ha mostrado efectividad en el manejo del recién nacido de bajo peso con las siguientes características:

Peso inferior o igual a 2000 gramos.

Haber superado cualquier enfermedad

Conservar una temperatura axilar entre 36.5 y 37.5 °C (mínimo en 24 horas)

Tener coordinación succión-deglución-respiración

Historia clínica completa y estudio de gabinete complementario

Esta técnica es conocida como la “incubadora humana”, consiste en colocar al niño en posición vertical, la mejilla del niño contra el pecho de la madre, de piel a piel entre los senos de su madre o de cualquier persona sana motivada. El propósito es:

Acercamiento madre-hijo.

Estimulación Permanente

Favorecer termorregulación

Disminuir necesidades de oxígeno complementario

Disminuir el gasto cardíaco

Facilitar la ganancia de peso

Mayor incremento ponderal.

Mejoría en el estado neuroconductual.

Aumenta producción de leche materna.

Acorta la estancia hospitalaria para disminuir las infecciones nasocomiales

Signos precoces de desarrollo infantil alterado.

Es importante enfatizar que para poder implementar técnicas de estimulación se debe valorar, en forma individual, a cada recién nacido, ya que la prioridad estriba en mantener la estabilidad hemodinámica, sin embargo se puede dar la estimulación por

períodos cortos e ir gradualmente aumentando estos de acuerdo al estado del neonato.

Es difícil reconocer las alteraciones del desarrollo en los primeros 6 meses de la vida, especialmente si el daño es leve, se describirán algunos signos tempranos de anormalidad motora que pueden ser sugestivos de alerta sobre la posibilidad de que el niño presente alguna alteración neurológica posterior como las siguientes:

Presencia de asimetría en postura o movimiento

Alteraciones de deglución o succión.

Alteraciones en el llanto (llanto raro)

Falta de consolabilidad.

Cabeza constantemente hacia atrás

Alteración en el tono muscular.

Manos empuñadas.

Atrapamiento del pulgar.

Antebrazos en aducción

Piernas juntas difíciles de separar

Persistencia de reflejo de apoyo positivo con pies en extensión de tobillos o equino (separa de puntas).

Falta de rodamientos.

Alteración en respuestas auditivas y/o visuales.

Movimientos anormales en extremidades y oculares.

4.1.3 PROGRAMA DE EJERCICIOS DIRIGIDO A LOS PADRES

Al mes

Al mes de nacido, su hijo dormirá prácticamente todo el día. No obstante, hay algunos ejercicios muy básicos que podrá comenzar a realizar. De partida, un niño de un mes debe apretar el dedo de su mamá o de cualquier persona, en forma refleja. Otra posibilidad de favorecer el desarrollo de su motricidad es cuando esté acostado de espaldas. En esa posición, déjelo que mueva los brazos y piernas, y tómelo las manos para juntarlas y separarlas varias veces. Igualmente, tómelo las piernas y muévaselas lentamente hacia arriba, sin doblar las rodillas. Luego bájelas con suavidad.

También haga un rollo con una toalla y ponga al niño boca abajo sobre él a la altura del pecho y con los brazos por encima. Tómelo de las caderas e impúselo suavemente hacia delante y hacia atrás.

Y si lo que quiere es estimular el desarrollo del lenguaje, aproveche este momento para fijarse si su hijo emite algún sonido como “aa” o “ggg” y repetirlo.

Para estimular el desarrollo de la coordinación motora gruesa, aproveche el momento del baño, que no sólo es importante para la higiene, sino además es un juego y un ejercicio. Tome a su hijo de manera que se sienta seguro y déjelo gozar del agua un momento.

Cuando esté despierto, déjelo tendido de espaldas en la cama y muéstrelle algún objeto de color fuerte. Fíjese que mire lo que le está mostrando y muévalo lentamente hacia un lado, tratando de que él la siga con la mirada.

Ya que está de espaldas, muéstrelle ahora dos cascabeles. Al moverlos harán ruido y su hijo le prestará atención. Es también una buena ocasión para ponerle el chupete en la mano, llevársela hasta la boca y luego sacárselo.

A los dos meses

A los dos meses, la mejor estimulación es la demostración de afecto, las caricias, los besos, la cercanía con su hijo. Se sugiere tomar un objeto y tratar de que él lo siga con la vista, moviéndolo lentamente de arriba hacia abajo y de un lado hacia otro. Otro ejercicio de estimulación: siéntelo sobre la cama apoyado con almohadas y llámelo de vez en cuando o haga ruidos para que mire a su lado.

Si el tiempo está bueno y hay algún árbol en el patio de su casa o en las cercanías, póngalo debajo, pues le gustará ver cómo se mueven las hojas y escuchar el sonido de los pájaros.

Para favorecer la sociabilidad de su hijo, deje que sus hermanos y visitas lo tomen en brazos. Recuerde que el niño además necesita moverse, así es que no lo envuelva con mucha ropa.

Y mientras lo muda aproveche para que desarrolle su motricidad. Ayúdelo a pasar de la posición de espaldas a boca abajo. Tómelo uno de los brazos y póngalo hacia arriba, al lado de la cabeza. Empújelo suavemente hacia ese lado para que se dé vuelta. Repítalo tres veces y sujete su cabeza si es necesario. Cuando esté boca abajo, pásele un dedo a lo largo de la espalda.

Esto le ayudará a levantar la cabeza y los hombros. Y cuando esté de espaldas, pásele sus dedos por el estómago como si le estuviera haciendo rayas alrededor del ombligo. Mientras le hace ejercicios, cántele y sonríale. Jamás lo fuerce, sino que trate de obtener su cooperación y observe con atención cómo reacciona a los ejercicios.

A los tres meses

Al tercer mes ya están más conectados con el medio. Por lo tanto, más atento a las reacciones expresivas de la madre.

Sonríale y celébrele si se lleva el chupete a la boca o si toma las cosas entre sus manos. Aproveche, asimismo, los momentos en que lo muda para jugar a las escondidas. Puede ponerle un pañal limpio sobre su rostro para obligarlo a que se lo saque. Usted también puede taparse la cara y eso le provocará a él, mucha gracia. Si algo de lo que está usando en ese momento le llama la atención, páseselo para que juegue.

Cuando levante los pies del niño para mudarlo, haga que él se los mire y bájelos lentamente, tratando que los siga con la vista. Tenga siempre presente que si hace algún sonido, repítalo y cántele para que él trate de imitarla.

Mientras lo alimenta, deje que toque la mamadera y sienta su calor y su textura. Cámbielo de posición para que siempre vea cosas distintas y aproveche de contarle cosas. Asimismo, cuando lo pasee después de alimentarlo, deje que toque las cosas

que le llaman la atención, como cuadros, muebles o cortinas.

A los cuatro meses

Cada momento es adecuado para favorecer la relación con su niño, especialmente en esta etapa en que ve mejor y diferencia más sonidos.

Mientras lo alimenta procure estar relajada, ya que su hijo percibe cualquier alteración en su estado de ánimo. Aproveche ese momento para hablarle, pues aunque no entiende lo que le dice, aprende que las personas hablan de diferente forma cuando están alegres, cansadas o tristes. También puede cantarle.

Como ejercicios de estimulación para esta etapa, se recomienda que cuando lo acueste en la cuna o lo sienta en el coche, le deje distintos juguetes para que los tome. Si tiene más tiempo, juegue con él poniéndole un pañal encima de su rostro para que se lo saque.

Y otro más: ponga un objeto delante de él, arrójelo al suelo e incentíVELO a que mire hacia dónde cayó. Luego tiéndase y coloque al niño encima de su pecho boca abajo, animándolo a enderezarse haciendo fuerza con sus brazos.

A los cinco meses

En esta etapa, el niño realiza mejor sus movimientos y continúa el proceso de coordinación de la vista con la mano. Además de tomar objetos, se los intercambia de mano, los lanza al suelo o los coloca en distintas posiciones.

Por ello, cuando su hijo esté despierto, déjelo sentado en algún lugar para que mire a su alrededor y mueva sus brazos y pies. Juegue con él, escondiéndole objetos como el chupete, por ejemplo. Mientras lo alimenta puede sonreírle, hacerle cariño y, sobre todo, hablarle acerca de cómo se llaman las cosas y las personas que hay a su alrededor.

El momento del baño y la muda es una buena oportunidad para que haga ejercicios y fortalezca su desarrollo físico y su motricidad. Cuando esté de espaldas, ayúdelo a pedalear, estirar y encoger las piernas, así como a abrir y cruzar los brazos y a tratar de sentarse tomándose de sus dedos.

Póngalo boca abajo y muéstrelle algo que le llame la atención. Levantará su cabeza y moverá los brazos para tomarlo.

Frente a una mesa, tome al niño por la espalda e inclínelo suavemente hacia delante tres veces, hasta que toque la mesa con las manos y haga un poco de fuerza. Nunca fuerce al niño. Debe estimularlo a que participe cuando tenga ganas.

A los seis meses

A los seis meses, su hijo, seguramente, empezará a ingerir otros alimentos aparte de la leche materna. Por ello, es importante que lo deje “ensayar”. Pásele una cuchara para que vaya aprendiendo a tomarla y deje que saque trozos de fruta del plato con las manos.

Otro ejercicio de estimulación usado con frecuencia a esta edad, es colocar al niño frente a un espejo. Haga la prueba, verá que le gustará descubrirse. Justamente, la idea es que aprenda a reconocerse.

Para fortalecer el desarrollo de la visión, deje caer objetos que suenen. Si está sentado en la cama o en el suelo, sobre una alfombra, haga rodar una pelota rápidamente hacia él.

También póngalo de pie, sosteniéndolo con firmeza, para que dé sus primeros pasos. Colóquelo boca abajo y déjelo arrastrarse o gatear.

A los siete meses

A los siete meses, ya puede sacarlo a dar un paseo y nombrarle los objetos, animales y situaciones que se van presentando, además de sus cualidades. Asimismo, muéstrelle libros y revistas, y dígame cómo se llaman las figuras que allí aparecen. También ejercite su coordinación, pasándole dos objetos para que los tome en cada mano y un tercero, para que él determine cuál dejará de lado. Aproveche también de preguntarle por familiares que no están cerca, como por ejemplo: ¿dónde está el papá?

Al momento de la comida, es recomendable que lo alimente un familiar para fortalecer su sociabilidad. Este es un buen momento, además, para nombrarle las verduras y frutas que más le gustan.

En la medida en que sepa cómo se llaman las cosas, las nombrará con más facilidad.

A los ocho meses

Con seguridad a su hijo le llaman ahora bastante la atención todos los objetos que hay en la casa, incluso más que sus propios juguetes. Él está en una etapa de exploración que debe favorecerse.

Déjelo, por ejemplo, en el suelo con una caja llena de juguetes de distintos tamaños y objetos no peligrosos, como un teléfono viejo. A él le gustará hacer girar el disco o apretar las teclas, y a la vez imaginar que sostiene una conversación. Mientras lo muda o lo baña, nómbrele las partes de su cuerpo para que así interprete ese momento como un juego. Siéntelo en la cama y ejercite su firmeza, empujándolo suavemente hacia atrás o hacia los lados, de manera que se resista y a la vez se fortalezca.

A los nueve meses

A los nueve meses, su hijo ya pasará gran parte del día despierto. Entonces, es cosa de aprovechar cualquier momento para enseñarle algo nuevo. Un ejercicio bastante simple es pasarle distintos envases y objetos que se abran y se cierren de diferente forma y que contengan adentro algo que a él le guste, para así animarlo a que lo abra. También deje que el niño por sí mismo decida entre tomar una cuchara, un vaso con jugo o un trozo de pan. De esta forma lo estimula a que tome la iniciativa, se esfuerce y razone antes de realizar una acción.

Pero, lo más importante: acompañe siempre los ejercicios con mucho cariño, felicitaciones y recompensas. Si su hijo hace cosas nuevas y se porta bien, pero sus padres no le demuestran que están contentos, él perderá el entusiasmo por aprender.

A los diez meses

En esta etapa es muy importante estimular al niño para que diga palabras cortas. Algunos ejercicios útiles para desarrollar esta habilidad son nombrarle las partes del cuerpo, mostrarle objetos y decirle cómo se llaman, sacarlo a pasear e ir nombrando lo que sucede en la calle.

Al enseñarle las primeras palabras es recomendable usar un solo nombre para denominar una cosa, para no confundir al niño. No es recomendable usar diminutivos ni usar onomatopeyas, es decir, sonidos que representan palabras, como papú, por

ejemplo. Lo correcto es enseñarle que se llama auto.

A los once meses

A esta edad les encanta gatear, arrastrarse sobre sus manos y pararse con apoyo. Además les gusta trepar a los sillones o la cama. Los niños se entretienen mucho con sus juguetes y les gusta investigar lo que hay a su alrededor, por lo que es preferible que siempre haya alguien a su lado.

También en esta etapa desarrollan el concepto de "permanencia", es decir, se dan cuenta que las personas y objetos existen aunque no los vea. Por ello, aprende a reconocer los lugares donde están sus cosas preferidas.

Es capaz de obedecer órdenes básicas y responder a preguntas simples.

En esta etapa se sugiere:

Léale cuentos cortos y sencillos y repítaselos con cierta frecuencia.

- Pásele cubos para que arme y desarme torres.
- Sáquelo a pasear para que conozca a otras personas y se estimule su socialización.
- Enséñele a demostrar afecto a través de sus caricias.

Al año de vida

Para que el pequeño se desarrolle normalmente, sus padres deben estimular su inteligencia y sus sentimientos. Para ello hay que dejarle cerca objetos de distinto color, de diversos materiales, tamaños y formas, pero a la vez es necesario incentivarlo a relacionarse espontáneamente con los demás miembros de la familia y en general con todas las personas.

Enséñele ciertos ritos sociales, como saludar con la mano o dar besitos. Cuando lo haga sentirá que los demás se sienten a gusto con él y repetirá esos actos cada vez que pueda.

Asimismo, deje que otra persona de la familia lo alimente. Así favorecerá su interacción con los demás y no se aferrará sólo a sus padres.

Es bueno, además, que aprenda a expresar distintos sentimientos, como alegría, sorpresa o tristeza, y pídale cada vez que pueda que él le alcance algún objeto. A esta

edad está capacitado para tomar casi todo en sus manos.

El periodo en que el niño aprende a caminar es muy importante. Aproveche de incentivar la coordinación y los movimientos finos, pasándole cubos huecos de distinto tamaño para que él pueda poner uno dentro del otro. Además, muéstrole cuentos con figuras grandes y coloridas, para que él se entretenga y además diferencie los tamaños y las formas.

4.1.4 Programa de Intervención Precoz Múltiple

1.- Programa de Posiciones

- Estiramiento de los músculos extensores del cuello, con la barbilla hacia el pecho.
- Tronco Flexionado
- Protección de los hombros
- Flexión simétrica de los miembros pélvicos
- Colocar en posición adecuada con uso de contenedores
- Estimulación sensorial múltiple: se ofrece de manera ordenada y sistematizada

2.-Táctil

- Estimula la piel, favorece el inicio de la integración del esquema corporal
- Tocar toda la piel del niño con mucha suavidad, iniciando en los pies y piernas, simulando envolverlo con las manos; después se desliza hacia el tronco posteriormente a los brazos y por último la cabeza.
- No presionar los músculos

3.- Propioceptiva

- Estimular la vía visual para favorecer la integridad de la conducta visual
- Presiones articulares de distal a proximal.

4.- Visual

- Estimular la vía visual favorece la integridad de la conducta visual
- Estimular durante el baño o la alimentación colocando al bebé de frente al estimulador.
- Establecer contacto visual
- Utilizar listones de colores contrastes o móviles.

5.- Auditiva

- Estimula la vía auditiva para favorecer la integridad de la misma
- Estimular durante a vigilia con la voz de la madre, música suave, sonajas, cajas musicales.

6.- Vestibular

- Favorecer el desarrollo de las reacciones posturales
- Mantener en movimiento el mayor tiempo posible al bebé, meciéndolo suavemente.
- Ejercicios de rodeo

7.- Manejo de la Cavidad oral

- Facilita los movimientos de la lengua, estimular la succión y deglución
- Estabilizar manualmente la barbilla cuando en bebé este en posición semiflexionada.
- Facilitación táctil de los músculos faciales.
- Uso de succión no nutritiva (chupón)
- Uso de chupón durante la alimentación con sonda.

8.- Ejercicios para favorecer el neurodesarrollo y técnicas específicas para normalizar el tono.

- Serán prescritos por el médico rehabilitador y realizados por el terapeuta y un familiar previamente capacitado.

4.1.5 MASAJES PARA BEBES

Preparación

Escoge un periodo de tiempo en el cual tú y el bebé se encuentren relativamente relajados y tranquilos. Media hora después de que el niño haya comido.

Asegúrate de que la temperatura del cuarto esté tibia y agradable para que no sienta frío (25-28 grados centígrados). Desviste completamente al bebé. Si el ambiente está frío o húmedo, usa una cobijita para cubrir aquellas partes del cuerpo que no estén siendo masajeadas

Coloca al bebé en una superficie suave para que se sienta seguro y ambos puedan trabajar con comodidad. Ten algunas almohaditas a mano.

Es conveniente untarse un poco de crema de bebé en las manos y frotárselas para que estén suaves y tibias.

Básicamente el masaje fluye desde la cabeza hasta los dedos de los pies. Con delicadeza y suavidad trabaja con suaves toques en la cabeza, cara, mejillas, hombros, brazos, pecho, estómago y piernas.

Finaliza el contacto en la parte anterior del bebé con largos y ligeros toques desde la cabeza hasta los dedos de los pies.

Mientras lo acaricias obsérvalo dulcemente. Míralo al mismo tiempo que tus manos entran en contacto con su piel. De este modo estimulas en el niño todos sus sentidos y se establece una comunicación mas intensa, visual y táctil. Si te provoca hablarle hazlo, no te inhibas.

Recuerda que son necesarios, toques cuidadosos y amorosos, no un masaje mecánico, por ello es conveniente ser flexible y no mantener una rutina rígida en los ejercicios.

Si el bebé quiere voltearse o cambiar de posición en el transcurso del masaje, déjalo, no lo obligues a mantener una posición. Puedes volver a retomar estas áreas después.

Técnica

Presión a usar: cierra sus ojos y presiona sus párpados. La presión que se debe usar con el bebé no debe ser mayor a la que usas en tus párpados sin causar molestias. Luego procede a continuar los ejercicios en el bebé.

En las áreas pequeñas sólo usa las yemas de los dedos.

En las áreas grandes usa la parte grande de las manos (dedos y/o la palma). "Dar golpecitos" significa tocar suavemente la superficie de la piel, y "masaje" es mover suavemente los músculos debajo de la piel.

Descripción paso a paso

La Cabeza:

Toques en la coronilla, las sienes, la región occipital y la base del cráneo.

La frente, las cejas, los párpados.

La nariz.

Las mejillas.

Los oídos y el área alrededor de ellos.

El área alrededor de la boca.



La Mandíbula:

La región anterior del cuello.

Recuerda hacer el masaje con mucha suavidad. Da pequeños toques y masajea la parte de atrás del cuello con movimientos suaves y lentos desde la garganta hasta los hombros.

Coloca ambas manos suavemente en los hombros del bebé.

Acarícialo en dirección al pecho desde el cuello hasta los hombros.



Hombros y brazos:

Forma un anillo con tus dedos índice y pulgar en torno al bracito del bebé. Empieza la caricia por la zona de la axila y sigue hacia abajo a lo largo del brazo. Ten mucho cuidado al llegar al codo pues es una región muy sensible. Sólo en la muñeca practica movimientos giratorios, siempre con suavidad

**Estómago:**

Masajea en forma circular el área del estómago. (Los genitales quedan incluidos en el masaje que va desde el estómago hasta los muslos). Acaricia el vientre moviendo las manos en forma circular en el sentido del reloj y empezando siempre debajo de las costillas.

**Piernas:**

Acaricia cada pierna con toda la mano, presiona ligeramente los muslos, debes realizar movimientos giratorios sólo en los tobillos. Flexiona ligeramente las piernas y las rodillas ejerciendo una presión suave en los muslos sobre el tronco.

**Tobillos y pies:**

El masaje en la planta de los pies es sumamente relajante. Comienza presionando los deditos, luego recorre la planta y vuelve a los dedos. El masaje en los pies también ayuda a aliviar el dolor de estómago. Con el pulgar presiona ligeramente la planta del pie. Acaricia suavemente cada dedito.

Espalda:

Voltea al bebé boca abajo.

Comienza con movimientos largos y lentos que incluyan la cabeza, el cuello, la espalda y las piernas, siempre hacia abajo en una sola dirección.

Suministra pequeños golpecitos suaves en los hombros y la espalda masajeando suavemente con las yemas de tus dedos, con movimientos en pequeños círculos.

No masajee la columna vertebral, sólo coloca las manos y deja que el bebé sienta tu calor. Puedes hacer circulitos a lo largo de la columna.

Coloca tus manos debajo de las nalgas del bebé y a partir de allí acaricia las piernas presionando con delicadeza.

**Nalgas y piernas:**

Cuando llegues a los pies vuelve a empezar desde arriba. Ten cuidado al pasar la mano por la zona posterior a la rodilla pues si aprietas demasiado puede dolerle.

Con movimientos lentos y suaves, finaliza el masaje bajando desde la cabeza y la espalda hasta los dedos de los pies, cálida y amorosamente.



CONCLUSIONES

- El nacimiento de niños antes de completar el periodo de embarazo normal, va en constante aumento, por lo que no es de extrañar que el porcentaje de estos niños sea cada vez más significativo.
- De igual manera todas las estadísticas mundiales demuestran una mayor sobrevivencia de los niños considerados prematuros, lo que en forma lineal y directa aumenta la proporción de niños con discapacidades.
- La prevención secundaria se ha demostrado como la única arma efectiva para disminuir el grupo de niños afectados.
- La detección precoz de las alteraciones de desarrollo infantil, permiten el agrupamiento de los niños en riesgo y su posible inclusión a programas de Estimulación Temprana.
- La Estimulación Temprana en sus diferentes acepciones y tendencias, demuestran un rango apreciable de éxitos en la prevención de este grupo de trastornos.
- En nuestro medio al igual de lo que sucede en el resto del mundo la problemática va en aumento. El conocer los fundamentos teórico-prácticos de una adecuada aplicación de los lineamientos de la Estimulación Temprana nos permitirán brindar una alternativa de solución a este grupo de niños.
- Como sugerencia me permito recomendar la implementación de servicio de Estimulación Temprana en todas las dependencias donde se atiendan a niños prematuros.

ANEXO 1

Servicio de Neonatología Hospital Dr Gustavo Fricke Viña del Mar - Chile

ASISTENCIA DEL PREMATURO ORIENTADA AL DESARROLLO

Karina Millanao, Jenny Zárate , Sussy Zárate . Matronas Servicio de Neonatología Hospital Dr. Gustavo Fricke

4.- CUIDADO DEL DESARROLLO NEUROLOGICO Y VÍNCULO AFECTIVO

Objetivos

Prevenir que el cerebro sea dañado por la estimulación intensa y dolorosa.

Proveerle las experiencias cotidianas que, en la medida de lo posible, le ayudarán a desarrollarse normalmente en las 5 áreas (fisiológica, motora, estado sueño/insomne, atención, autorregulación) que son la base de su desarrollo motor, mental y social.

El feto, en su etapa intrauterina tiene: control respiratorio, térmico, digestivo; estímulos cutáneos, movimientos controlados, regulación del estado de conciencia, mantención de una postura en flexión y la suspensión de los efectos de la gravedad. Luego del nacimiento, pasa a otro ambiente completamente diferente, en el cual estará sometido a condiciones opuestas, tales como: acción de la gravedad, postura en extensión y ausencia del control en el sistema motor. De esta forma, cuando el nacimiento ocurre a una edad gestacional normal (> o igual a 37 semanas) y sin enfermedades el niño se adapta y se desarrolla en forma satisfactoria.

Cuando por algún motivo, este niño nace en forma prematura, hay una gran probabilidad de que su desarrollo sea anormal, principalmente a nivel motor .Hay algunos componentes que favorecen el desarrollo motor anormal del recién nacido pretérmino:

Asimetría de la cabeza (principalmente hacia la derecha)

Aumento de la extensión del cuello o del tronco

Retracción escapular

Eextensión de las caderas, rodillas y del dedo gordo del pie

Eversión de los pies.

Los componentes secundarios incluyen:

Complicaciones pulmonares (enfermedad de membrana hialina, neumonías congénitas, etc.)

Cardiocirculatorias (cardiopatías congénitas, hemorragia intraventricular, hipertensión pulmonar)

Síndromes genéticos

Hospitalización prolongada

Disminución o pérdida del vínculo padres-hijo entre otras.

Estos elementos determinan en su gran mayoría una inadecuada ganancia de peso y altura, alteraciones del ciclo sueño-vigilia, posturas anormales y patrones anormales de conducta, coordinación deficiente de los movimientos, anormal desarrollo del tono muscular y la dificultad de ejecutar habilidades funcionales (ej. rodar, alcanzar objetos, explorar el ambiente)

Los años 80 estuvieron marcados por la creencia de que la estimulación podía ser estresante para los prematuros y de que el ambiente de Enfermería era a veces sobreestimulante. Varios estudios señalaron que antes de iniciar programas de estimulación, era necesario eliminar los estímulos nocivos del ambiente que rodeaba al bebé y la estimulación debería ser individualizada para cada bebé.

La asistencia de soporte al desarrollo adapta tanto el medio de la UCIN como la forma en la cual se atiende al recién nacido para ofrecer una estrategia preventiva de la salud física y mental de los prematuros y de sus familiares. Esta estrategia ha demostrado ser muy prometedora al mejorar la evolución de los prematuros de muy bajo peso al nacer.

La necesidad de cuidar del desarrollo surgió cuando investigadores científicos estudiaron a prematuros hasta la edad escolar y encontraron que era más probable que estos niños, comparados con los de gestación completa, mostraran problemas con el aprendizaje, coordinación, lenguaje y comportamiento.

El desarrollo de todos los sentidos del recién nacido debe ser observado y avaluado durante el periodo de la hospitalización. Las intervenciones debieran ser guiadas por un kinesiólogo o terapeuta ocupacional especializado, tomando en cuenta la madurez y el lenguaje del paciente. Durante las intervenciones, los signos de stress y de fatiga deben ser evaluados.

Algunas sugerencias:

Estímulo	Intervenciones
Táctil	<p>Masajear suavemente las extremidades y el cuerpo del recién nacido durante los cuidados generales</p> <p>Incentivar el contacto con los padres, piel a piel.</p> <p>Incentivar y promover la lactancia materna</p> <p>Contener al niño durante la alimentación</p> <p>Acoger al niño cuando se encuentre estable.</p>
Visual	<p>Colocar cartones plastificados y lavables con imágenes en blanco y negro y otras con colores fuertes al alcance visual del recién nacido.</p> <p>Al atender al bebé, buscar facilitar que éste mire al rostro de la persona que le brinda los cuidados.</p> <p>Disminuir la iluminación para que el recién nacido abra los ojos.</p> <p>Colocar móviles en la cuna</p>
Auditivo	<p>Pasar música clásica suave por períodos breves, nomás de 10-15 minutos para inducir el sueño.</p> <p>En oportunidad de la visita de los padres, incentivarlos a hablarle suavemente al bebé por periodos breves.</p>
Oral	<p>Utilizar el chupete para facilitar la succión no nutritiva durante la alimentación por sonda, durante procedimientos y cuando el neonato está agitado.</p>
Motor	<p>Los ejercicios físicos del recién nacido deben ser guiados por un kinesiólogo especializado que realizará sesiones diarias, las cuales ayudan al desarrollo neuromuscular y a la relajación.</p> <p>Estos ejercicios deben ser iniciados cuando el paciente se encuentra estable.</p>

A continuación se detallan la succión no nutritiva, las terapias de masaje y la técnica Canguro.

A. Succión no nutritiva

La succión de la mano es uno de los comportamientos más comunes realizado por el feto y el recién nacido. Incluso algunos recién nacidos naces con abrasiones en las manos debido a la succión vigorosa. La succión no nutritiva es un comportamiento complejo que involucra la coordinación de varios músculos para la generación de patrones motores orales. Ya que este comportamiento es menos organizado en los prematuros, se les provee un chupete adecuado. Investigaciones informan que la succión no nutritiva calma al recién nacido cuando se encuentra en una situación

estresante. Promueve organización psicológica e incluso estimula el desarrollo y crecimiento.

A las 28 semanas de gestación, están perfectamente definidos los reflejos de puntos cardinales, succión y deglución, pero su respuesta puede ser lenta e imperfecta.

A las 32 semanas de gestación se observa reflejo nauseoso y constituye un mecanismo protector de la alimentación.

A las 34 semanas de gestación es posible la coordinación de la succión-deglución-respiración por la mielinización del bulbo raquídeo.

La succión no nutritiva, consiste en ofrecer al bebé un chupete para que succione entre alimentaciones por sonda o por vía oral, lo cual requiere una intervención simple del personal de enfermería, mejores resultados para que el niño alcance el estado de alerta, lo cual mejorará los resultados positivos de la alimentación.

El chupete debe tener el tamaño y forma apropiada para favorecer la evolución normal del complejo esfuerzo de la succión. Los chupetes demasiado cortos o bulbosos pueden propiciar un movimiento anormal de la lengua que quizás resulte difícil de eliminar durante la transición a la lactancia materna o artificial. Además un rodete exterior blando facilitará una estimulación peri bucal positiva y favorecerá la correcta posición del lactante cuando está en decúbito lateral o prono y con la cabeza girada hacia un lado.

También hay que estimular a las madres de los bebés prematuros para que dejen que el bebé comience a succionar la mama durante los períodos de interacción.

Efectos de la succión no nutritiva

Calmante: Uno de los primeros estudios sobre el uso de chupetes se basó en la siguiente premisa: La succión es incompatible con el llanto, el cual promueve desorganización psicológica, lo cual se reduciría cuando a los recién nacidos se les proporciona un chupete. Se comprobó que durante procedimientos dolorosos, la succión promueve una disminución de la frecuencia cardíaca y respiratoria. La autorregulación de estado es uno de los mayores beneficios de la succión no nutritiva, ya que optimiza los periodos de alimentación y de descanso promoviendo el crecimiento.

Menor morbilidad: Los hallazgos de investigación indican que hay una correlación entre la succión no nutritiva durante la alimentación por sonda y una disminución de la incidencia de enterocolitis necrotizante. Los autores sostienen que la succión no nutritiva tiene ese efecto porque promueve la movilidad gástrica y aumenta así la liberación de enzimas gástricas.

Aumento de peso y menores días de hospitalización: Se ha comprobado que durante la alimentación por sonda, la succión no nutritiva aumenta en intensidad. En un estudio, se comprueba que la estimulación oral durante la alimentación estimula actividad vagal, lo cual facilita la secreción de hormonas de absorción

gastrointestinal, que incluye la gastrina e insulina, lo cual facilita la absorción de nutrientes y el aumento de peso. La actividad vagal explica la relación entre la succión no nutritiva y el aumento de peso. También se ha demostrado el efecto de la succión no nutritiva en la alimentación con mamadera, en la cual hay mayor éxito en la alimentación; además se duermen antes, después de ser alimentados. Todos estos factores promueven el alta cuando es indicado.

B.- Terapia de masaje

Otra forma de calmar a los recién nacidos prematuros fue introducido por algunas enfermeras en la década de los ochenta. Consistía en la aplicación de leve presión sobre la espalda del bebé por un periodo de 10 minutos, con lo cual se documentó una disminución en los requerimientos de oxígeno.

La estimulación táctil tiene como objetivo promover sensación de seguridad, ganancia de peso, mejorar la función gastrointestinal y genitourinaria, el crecimiento neuromuscular y la maduración de los reflejos, también ayuda a desarrollar la percepción del medio.

Se ha denominado terapia de masaje por que la única estimulación táctil que es efectiva emplea presión, más que caricias suaves. Estas últimas son las más realizadas por los padres como una reacción instintiva a su “fragilidad”, pero no son agradables para los prematuros.

Un meta análisis de 19 estudios reveló que el 72% de los recién nacidos se beneficiaron con la terapia de masaje, los estudios restantes habían utilizado caricias suaves, en lugar de aplicar ligera presión.

El masaje se describe de la siguiente manera:

Está dividido en dos fases.

RN en PRONO. Se le aplica ligera presión por cinco periodos de 1 minuto cada uno sobre algunas regiones en la siguiente secuencia:

De la cabeza a la base del cuello y de la base del cuello a la cabeza

Desde la base del cuello hacia los hombros y desde los hombros hacia la base del cuello

Desde la base del cuello hasta los glúteos y desde los glúteos hasta la base del cuello

Desde los muslos hacia el pie y devuelta

Desde los hombros hacia las manos y devuelta

Se realiza el masaje con presión moderada, que esta sensación es preferida por los prematuros. El toque muy suave tiene respuestas como muecas, arqueado de la espalda e irritabilidad.

En la segunda fase los brazos y piernas de los prematuros son colocados en SUPINO y se realiza suave movimiento de bicicleta de las extremidades. Esta movilización

estimula también el sistema vestibular (orientación y equilibrio). La aplicación de pequeños y delicados estiramientos en las regiones de los músculos pectorales, diafragma, intercostales resulta en una mejor función respiratoria, en los músculos paravertebrales en estímulo para la extensión del cuello (primera adquisición motora de los recién nacido que los prepara para sustentar la cabeza). Es fundamental que todos estos estímulos respeten la conducta del bebé, en caso contrario dejarían de ser beneficiosos. Los niños sometidos a masajes en varios estudios demostraron tener un mayor incremento de peso, menores signos de estrés, respondían más a estímulos como la mirada dirigida. Promueve la mejoría de la función respiratoria, favoreciendo la mecánica de la misma, previene alteraciones articulares y musculares, mejora los patrones de movimientos, estímulos táctiles y del propio cuerpo, desarrolla el tono flexor normal y promueve la sensación de abrigo y proximidad y le brinda seguridad. A pesar de los descubrimientos positivos, el mecanismo de acción es aún desconocido. Estudios animales estudian factores de genéticos de crecimiento que sugieren una fuerte influencia entre la estimulación y el crecimiento.

C.- Método Canguro

El método Canguro es una práctica originada en Bogotá, Colombia Se estableció una filosofía de cuidados denominados "método Canguro" (o Skin-to-Skin), que fue introducido por dos pediatras Edgar Ray y Hector Martines de Bogotá (Colombia). Se basa en un profundo respeto por el proceso natural y por la capacidad de las madres y los bebés, en el cual los prematuros son colocados piel a piel con sus padres, se comienza alrededor de las 30 semanas corregidas para proveer estimulación táctil y vestibular, además calor de sus padres. Frecuentemente es posible llegar a amamantar a menor edad gestacional corregida.

Esta técnica se debe aplicar a prematuros que han alcanzado estabilidad fisiológica y no necesitan apoyo ventilatorio importante. El prematuro es colocado sobre el tórax de la madre, entre ambas mamas.

La técnica canguro mejora por igual el estado del neonato tanto si es realizada por el padre o por la madre. El contacto directo de la piel de la madre con su hijo en el tórax permite al prematuro experimentar las formas táctiles, auditivas, propioceptivas y rítmicas en la zona del latido cardiaco del progenitor; el flujo rítmico de grandes vasos y el contacto en la piel humana dentro de límites precisos. Además, se lleva al mínimo la estimulación auditiva y visual abrumadora que caracteriza al entorno de las salas.

La técnica Canguro integra dos enfoques: el de los programas de estimulación y los programas propioceptivos-rítmicos.

Estudios demuestran los efectos positivos de este método, que incluye organización psicológica, regulación de estado de patrones de sueño, impacto positivo en el amamantamiento permitiendo una mayor producción de leche, reducción de apneas y bradicardia, además de un menor consumo de oxígenos y facilita termorregulación.

Criterios para el contacto piel a piel

Los padres deben estar informados y motivados sobre el método.

Recién nacidos con temperatura estable dentro de la incubadora, dentro de parámetros normales

Evitar el contacto piel a piel en RN con catéteres umbilicales, drenaje torácico, medicación inotrópica, transfusión de sangre en progreso, parálisis medicamentosa y ventilación mecánica de alta frecuencia.

La madre y padre deben estar libres de infecciones cutáneas que puedan poner en riesgo al neonato de adquirir infecciones.

Intervenciones:

Verificar signos vitales, especialmente la temperatura axilar, la cual debe estar entre 36.5-37° C antes de iniciar el procedimiento.

Conseguir una silla cómoda y firme.

Utilizar un delantal abierto en frente para promover el libre acceso y el contacto piel a piel.

El personal debe asegurarse de que los electrodos, vía venosa y equipos estén bien fijados durante el traslado desde la incubadora hacia los brazos de sus padres. El traslado lo debe efectuar el funcionario para prevenir accidentes.

Ubicar al recién nacido verticalmente sobre el tórax materno o paterno para prevenir extubación e hipoxia

Cubrir al neonato con una manta protegiéndole las costillas y la cabeza con un gorrito, para prevenir la hipotermia.

Alentar a los padres a que se concentren en su hijo, en sus sentimientos y emociones evitando cualquier tipo de conversación con ellos.

Ofrecer apoyo en caso que los padres lo necesiten, sin interferir con la privacidad durante el procedimiento.

El tiempo de contacto piel a piel debe estar fundado en la estabilidad del neonato para tolerar el procedimiento.

Por lo tanto:

Mejora el estado de alerta

Mejora el sueño tranquilo

Brinda a la madre una sensación de eficacia

Permite el contacto madre-hijo

Mejora la confianza de los padres para la atención de su hijo

Permite alguna reparación del proceso de vinculación alterado

La técnica Canguro tiene posibilidad de:

Integrar perspectivas de autorregulación

Manipulación mínima

Estimulación táctil

Enriquecimiento sensorial

Contención vestibular, dentro del contacto físico del progenitor y su hijo.

Las madres y los padres que tienen la oportunidad para vivenciarlo, prefieren este método en comparación con la atención estándar de las incubadoras.

Regulación térmica igual o mejor

No hay incremento del consumo de oxígeno

Apnea y respiración periódicas menores

Mayores niveles de oxígeno y menor periodo de hipoxia y desaturación

Mejoría neuroconductual

No aumenta el riesgo de infecciones

Mayor producción de leche materna

EN RESUMEN

Tres de los tipos de estimulación más populares en una UCIN han sido fruto de mucha investigación a través de los últimos años. Los resultados sugieren que los prematuros se benefician no sólo de los efectos calmantes de estas técnicas, sino también conservando energía, y mostrando mayor incremento ponderal. Todas estas técnicas tienen un mecanismo de base en común que involucra un estímulo de la actividad vagal, asociado a un aumento en la secreción de hormonas de absorción gastrointestinal.

Aun se requiere investigación para determinar los mecanismos específicos, ya que el descubrimiento de éstos se puede lograr una mayor adherencia a estas técnicas en las distintas UCIN y se puede mejorar la educación de los padres. www.premTUROS.CL

ANEXO II

PLAN DE ESTIMULACIÓN PARA NIÑOS DE 0-36 MESES

ETAPA I: de 0 a 3 meses

Objetivos:

- Control mano-ojo-boca
- Control del cuello
- Estimulación visual, auditiva, táctil
- Aceptar el contacto físico, sonrisa social, balbuceos y vocalizaciones
- Vocalizar cuando se le habla
- Llevar las manos a la línea media

ETAPA II: de 4 a 6 meses

Objetivos:

- Aceptar la alimentación con cuchara
- Sonreír ante su imagen en el espejo
- Cooperar en juegos
- Balbucear con intencionalidad (repeticiones rítmicas y frecuentes)
- Jugar con su cuerpo y objetos
- Localizar los diferentes estímulos
- Lograr la reacción de brazos y piernas hacia abajo
- Obtener la posición sedente con apoyo, rolar del decúbito ventral al dorsal y viceversa.
- Mantener y transferir un objeto entre sus manos

ETAPA III: de 7 a 9 meses

Objetivos:

- Tomar la comida con la mano
- Entender una prohibición
- Responder a su nombre
- Balbucear imitando el habla del adulto
- Tirar de un cordel para atraer un objeto
- Lograr la posición sedente sin apoyo
- Adquirir la posición erecta tomado de algún objeto
- Gatear
- Utilizar la pinza inferior

ETAPA IV: de 10 a 12 meses

Objetivos:

- Beber solo de la taza, derramando
- Dar y recibir objetos
- Emitir tres o más palabras
- Mirar el lugar donde se escondió un objeto
- Lograr los primeros pasos
- Permanece arrodillado
- Lograr la pinza superior

(Estimulación Múltiple Temprana de María de la Luz Montes Castillo)

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Batshaw, Markl, MD Children with Disabilities, 5ª Edition, Brookes Editorial, Maryland, 2002.
2. - Perinatal Medicine of the New Milennium, Proceeding of the 5ª World Congress of Perinatal Medicine, Barcelona, Spain, 2001.
- 3.- Werner David, El Niño Campesino Deshabilitado, The Hesperian Foundation, California, 1990.
- 4.- Levitt Sophie, Tratamiento de Parálisis Cerebral y Retraso Motor, Editorial Médica Panamericana, 3ª Edición, Madrid, 2000.
- 5.- Chávez Torres, R; Neurodesarrollo Neonatal e Infantil, Editorial Médica Panamericana, 1ª Edición, Mexico, 2003.
- 6.- Arco Tirado Luis; Necesidades Educativas Especiales, 1ª Edición, Mac Graw Hill, Madrid 2004.
- 7.- Paula Pérez Isabel; Técnicas de Intervención en Educación Especial, 1ª Edición, Mac Graw Hill Ediciones, Madrid, 2003.
- 8.- Illingworth, Ronald, Desarrollo del Niño, Churchill Livingstone Editores, Londres 1992.
- 9.- Gesell Arnold, Diagnostico del Desarrollo Normal y Anormal del Niño, Editorial PAIDOS, México 1992.
- 10.- Lester Barry M PhD, Estimulación del Niño Pretérmino, Limites de Plasticidad; Interamericana Mac Graw Hill Editores, Clínicas Perinatológicas de Norteamérica, 1990.

INTERNET

1. <http://www.prematuros.cl>
2. <http://www.update-software.com/abstractsES/AB005495-ES.htm>
3. <http://www.aquimama.com/0-12/articulos/prematuros01.shtml>
4. <http://www.campus-oei.org/celep/celep3.htm#aa>
5. http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art5a003
6. http://www.miflotador.com/estimulacion_temprana_bebes.htm