



UNIVERSIDAD ESPECIALIZADA DE LAS AMÉRICAS

Decanato de Postgrado

Trabajo de Grado para obtener el Grado de Maestría en Ciencias en el
Desarrollo Infantil Temprano.

TESIS

**Atención temprana a neonatos prematuros nacidos en el
Hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega, Santiago de Veraguas.**

Presentado por:

Mojica Ábrego, Yigliola Florisel. cédula 9-213-556

Asesora:

Rosenda de Jiménez

Panamá, 2021

DEDICATORIA

Con mucho amor, dedico esta tesis a mi hija Gabriela Nazareth, eterna compañera y amiga, por ser fuente de inspiración para culminar uno de mis proyectos profesionales.

A mi madre Hilda y hermana Leibniz por enseñarme a no desmayar, a continuar con este espíritu combativo, y con la esperanza de lograr sueños y aspiraciones.

De igual manera a mi tía Militza por su apoyo y motivación.

No olvidar que servir a la niñez y la juventud de nuestro país, engrandece nuestro espíritu y nuestro deseo de servir sin poner condiciones.

VIGLIOLA FLORISEL MOJICA ABBREGO

AGRADECIMIENTO

A Jesús Nazareno que, con su infinita bondad y amor, me ha dado la fortaleza y sabiduría para lograr otra meta en mi vida profesional.

A la Universidad Especializada de las Américas, sede Veraguas, al hospital Luis Chicho Fábrega por permitirme llevar a cabo mi trabajo de investigación, en especial, la sala de neonatología y pediatría; a todo el personal de enfermería, médicos, a la licenciada en estimulación temprana y al cuerpo de docentes que, de una manera u otra, fueron puntos de apoyo para lograr las metas trazadas.

A nuestras asesoras doctora Rosenda de Jiménez, metodóloga; magíster Doris Caballero, especialista; y magíster Maydeé Zambrano por su apoyo, palabras de motivación y orientaciones ofrecidas durante todo el proceso de realización de este trabajo de grado.

YIGLIOLA FLORISEL MOJICA ABRÉGO

RESUMEN

La prematuridad es un problema que se ha incrementado en forma alarmante durante los últimos años y constituye la primera causa de muerte en los neonatos y la segunda en los menores de cinco años a nivel mundial.

Dado que Panamá ha experimentado recientemente una alta incidencia de partos prematuros, la presente investigación buscaba determinar las causas, analizar cómo atendían los padres a los bebés en casa al momento del alta de la unidad de cuidados intensivos y ofrecerles una propuesta de intervención que les dote de estrategias para realizar de manera adecuada la estimulación temprana en el hogar y disminuir así el riesgo de futuros problemas en la edad escolar.

El estudio corresponde al diseño mixto de tipo descriptivo, explicativo.

Los resultados revelaron como factor de riesgo asociado al parto prematuro, a la hipertensión arterial, preclamsia y rupturas prematuras de membranas ovulares; los mismos desencadenaron en cesárea. De igual forma, se muestra como causas de muertes más frecuentes de los neonatos prematuros a la neumonía y las fallas orgánicas.

Un 65% de los bebés nacieron con 34-36 semanas del período de gestación. Además, el 56% de las madres dice que el peso del bebé al nacer fue inferior a 5.5 libras y superior a 3.31 libras. Como causas del ingreso del bebé a la unidad neonatal se señala el bajo peso, ictericia, prematurez, síndrome de dificultad respiratoria.

En el Hospital se emplea el programa de apoyo dirigido a padres de neonatos, talleres “encaminados a orientar el afrontamiento y cuidado saludable de bebé, el canguro hospitalario, estrategias que promueven la cercanía y el contacto madre-hijo”. Sin embargo, los padres desconocen estrategias para estimular al bebé en casa.

Palabras claves: recién nacido prematuro, atención temprana, controles prenatales, estrategias para estimulación, unidad neonatal.

ABSTRACT

Prematurity is a problem that has increased alarmingly in recent years and is the first cause of death in newborns and the second in children under five years of age worldwide.

Given that Panama has recently experienced a high incidence of premature deliveries, the present investigation sought to determine the causes, analyze how parents took care of their babies at home at the time they left intensive care unit and offer them an intervention proposal that will provide them with strategies to adequately perform early stimulation at home and reduce the risk of future problems at school age.

The study corresponds to the descriptive, explanatory mixed design.

The results revealed as a risk factor associated with premature delivery to arterial hypertension, pre-eclampsia and premature ruptures of ovular membranes which triggered as caesarean. Likewise, it is shown as causes of more frequent deaths of premature infants to pneumonia and organic failures.

A 65% of babies were born with 34-36 weeks of the gestation period. In addition, 56% of mothers said that the weight of the baby at birth was below 5.5 pounds and above 3.31 pounds. As causes of the baby's entry to neonatal unit are shown underweight, jaundice, prematurity and respiratory distress syndrome.

In the hospital, the support program for parents of newborns is implemented, workshops "aimed at guiding parents to face and healthy care of the baby, kangaroo mother care, strategies to promote closeness and mother-baby contact. However, parents are unaware of strategies to stimulate the baby at home.

Key vocabulary: premature newborn, early attention, prenatal controls, stimulation strategies, neonatal unit, kangaroo mother care.

CONTENIDO GENERAL

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: ASPECTOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN	11
1.1 Planteamiento de la investigación	11
1.2 Problema de investigación	20
1.3 Justificación	21
1.4 Objetivos	23
1.4.1 Objetivo general	23
1.4.2 Objetivos específicos	23
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	25
2.1 Generalidades del parto prematuro	25
2.1.1 Madurez del nacimiento de acuerdo con el número de semanas	25
2.1.2 Algunas cifras o estadísticas a nivel internacional relacionadas con el parto prematuro	26
2.1.3 Factores de riesgo de gran influencia en un parto prematuro	28
2.1.4 Características de los nacidos antes de término	32
2.1.5 Secuelas de los niños nacidos pretérmino	37
2.1.6 Cuidados neonatales afectados por diversos factores de riesgo	41
2.1.7 Cociente intelectual de niños en edad escolar que tienen antecedentes de prematuridad	43
2.2 Atención temprana a neonatos prematuros	45
2.2.1 Definición de Atención Temprana	46
2.2.2 Objetivos de la Atención Temprana	46
2.2.3. Áreas que comprende la Atención Temprana	48
2.2.3.1 Prevención primaria	48
2.2.3.2 Prevención secundaria	49

2.2.3.3 Prevención terciaria	50
2.2.4 Programas de intervención de la Atención Temprana	51
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	57
3.1 Diseño y tipo de estudio	57
3.2 Población y tipo de muestra	58
3.3 Variables	58
3.4 Instrumentos y/o técnicas de recolección de datos	59
3.5 Procedimiento	59
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	62
CONCLUSIONES	82
RECOMENDACIONES	85
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
ANEXOS	100
APÉNDICE	126

INTRODUCCIÓN

La incidencia de los partos prematuros está en ascenso, y es una realidad a la que se enfrentan, cada día, las parejas que esperan la llegada de un bebé, pues casi nunca se preparan “para un nacimiento prematuro ni para la hospitalización de su hijo en una unidad de Cuidado Intensivo” (Ocampo, 2013, p.71).

Generalmente, los padres o cuidadores de los bebés prematuros se muestran inseguros, con miedo y no se sienten aptos para ofrecer la atención al bebé cuando se encuentran recluidos en las unidades de neonatología de los hospitales, a pesar de contar con el apoyo de un personal idóneo para la atención. Sin embargo, la situación se agudiza cuando se le da de alta al recién nacido, por tal motivo, los padres requieren mucho apoyo para hacerlo de manera asertiva.

La atención temprana a los niños prematuros y un oportuno seguimiento especializados a lo largo del crecimiento contribuye a reducir la problemas en la edad escolar porque "la mayor incidencia de déficit de atención y autismo es en nacimientos de prematuros producto de alto riesgo" Sierra, citada por Díaz (2012).

El estudio se ha estructurado de acuerdo con la modalidad de tesis mixta siguiendo los parámetros establecidos en el Manual de Trabajo de grado 2019 de UDELAS y el mismo se describe a continuación:

El capítulo I comprende los aspectos generales de la investigación e incluye planteamiento del problema, antecedentes, situación actual, problema de investigación, justificación, objetivos.

El capítulo II, marco teórico es el soporte de cada una de las variables del estudio y los indicadores abarca las generalidades del parto prematuro, madurez del

nacimiento de acuerdo al número de semanas, algunas cifras o estadísticas a nivel internacional relacionadas con el parto prematuro, factores de riesgo de gran influencia en partos prematuros, características de los nacidos antes de término, secuelas de los niños nacidos pretérmino, cuidados neonatales afectados por diversos factores de riesgo, cociente intelectual de niños en edad escolar que tienen antecedentes de prematuridad, atención temprana a neonatos prematuros, definición de atención temprana, objetivos de la atención temprana, áreas que comprende la atención temprana, prevención primaria, prevención secundaria y programas de intervención de la atención temprana.

El capítulo III comprende el marco metodológico, en el que se incluye el diseño y tipo de estudio, población y tipo de muestra, variables, instrumentos y/o técnicas de recolección de datos y procedimiento.

En el capítulo IV se detalla el análisis y discusión de resultados de la investigación, las conclusiones y recomendaciones.

En el anexo se presenta la propuesta de intervención, la cual no pudo ser ejecutada.

CAPÍTULO I

CAPÍTULO I: ASPECTOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento de la investigación

En el mundo la prematuridad constituye un problema que va en aumento y a la vez es considerada “la principal causa de mortalidad neonatal y la segunda de muerte antes de los cinco años” (párr.1).

Datos y cifras de “la Organización Mundial de la Salud” (2018) estiman “que cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros, (antes de que se cumplan las 37 semanas de gestación”, cifras que va aumento cada año). Dichos datos, también advierten que las complicaciones relacionadas a la prematuridad en el 2015 provocaron “aproximadamente un millón de muertes, tres cuartas partes de esas muertes podrían prevenirse con intervenciones actuales y coestoefficaces” (párr.2).

Por otro lado, Goldenberg, Culhane, Iams y Romero (2006) citado por Gatta, Miscioscia, Svanellini, Peraro y Simonelli (2017) respecto a los nacimientos prematuros afirman:

Alrededor del 5% de estos niños nacen antes de las 28 semanas, el 15% entre las 28 y 31 semanas, y alrededor del 20% entre los 32 y las 33 semanas; finalmente, entre el 60 y el 70% de ellos nacen entre las semanas 34 y 36 semanas de gestación. (p.1)

Como parte de los antecedentes de investigaciones realizadas al respecto se citan las siguientes:

Miranda-Del-Olmo, Cardiel-Marmolejo, Reynoso, Oslas y Acosta-Gómez (2003) concluyeron que las pacientes que son internadas en el hospital son “de bajos recursos, con estudios académicos mínimos y no llevan control prenatal; son menores de 25 años” lo que conlleva a “riesgo de nacimientos prematuros muy alto”. Además, advierten que “por fortuna, los recién nacidos prematuros que se reportaron representan solo entre 3 y 4% de todos los nacimientos”. De igual forma

sostiene que “la historia perinatal como, método diagnóstico prenatal, nos permitirá identificar el verdadero riesgo de nuestros neonatos, lo que posibilitará proveer los recursos para su inmediata atención y disminuir tanto la morbilidad como la mortalidad” (p.22).

Méndez, Martínez y Bermúdez (2007) concluyeron que el síndrome de dificultad respiratoria “El SDR es la principal causa de ingreso y de muerte y; sepsis la segunda. Más de la mitad de los pacientes prematuros presentó bajo peso al nacimiento” (p.46).

Villanueva, Contreras, Cuevas y Rosales (2008) encontraron “que el parto prematuro es la principal causa de mortalidad neonatal y morbilidad neurológica a corto y largo plazos”, Asimismo señalan que “su frecuencia varía entre 5 y 12% en las regiones desarrolladas del mundo, pero puede ser de hasta 40% en las regiones más pobres”. Aunque “tiene muchas causas, y el principal factor de riesgo es el antecedente de parto prematuro, también se da la vaginosis bacteriana que se asocia con corioamnionitis”. (p.542)

Continúan los autores señalando que, aunque en diversos casos no son claras las causas; no obstante, “la influencia de las enfermedades infecciosas, sobre todo las intrauterinas, son muy importantes”. También argumentan que “el acceso a un control prenatal temprano y adecuado es particularmente relevante para muchas mujeres con alto riesgo de parto prematuro: madres jóvenes, pobres y sin apoyo social”. (p.542)

Sánchez y Llorca (2010) presentan un artículo con el propósito de brindar “la atención interdisciplinaria a los bebés prematuros de alto riesgo y el apoyo a sus familias”. Además, advierten su deseo de cooperar con un “modelo de intervención con estos sujetos desde que se encontraban en las incubadoras, con una semana de vida, hasta los dos años” (p.5)

Ovalle, Kakarieka, Rencoret, Fuentes, Del Río, Morong, y Benítez (2012) concluyeron que “la infección bacteriana ascendente fue el factor más común asociado a partos prematuros espontáneos a las 22-34 semanas, mientras que la preeclampsia es el factor más común asociado con los partos prematuros médicamente indicados”. (p.24)

Ocampo (2013), en su estudio encontró “que las mujeres vivieron la gestación como una sorpresa de corta duración y final inesperado, percibieron a su hijo distante y ajeno, lo cual es diferente a lo que viven las madres de niños nacidos sanos y a término”. Las circunstancias que las madres experimentaron en el alumbramiento y con “la hospitalización de su hijo” aplazaron el empoderamiento de la madre “del rol de madre cuidadora debido a las restricciones para estar a su lado en la UCIN y participar de su cuidado”. Los resultados dejaron en evidencia la urgencia de “implantar estrategias institucionales de cuidado que propendan por la cercanía y el contacto madre hijo como el cuidado canguro intrahospitalario”. (p.69)

Pérez, López y Rodríguez (2013) encontraron que “la incidencia de prematuridad se incrementó de 6.5% en 2011 a 7.4% en 2012” y, además “se requiere identificar los factores de riesgo para establecer medidas de prevención”. (p.299)

Ticona-Rendón y Huanco-Apaza (2013) determinaron que “la incidencia de recién nacidos a término precoz en hospitales del Ministerio de Salud en el Perú se encuentra en el promedio internacional”. (p.1)

Minguet-Romero, Cruz-Cruz, Ruíz-Rosas y Hernández-Valencia (2014) concluyeron que “las estrategias para abordar el problema de la prematuridad son: la prevención del parto y el cuidado perinatal para disminuir la mortalidad del recién nacido y aumentar su calidad de vida”. De igual forma, también advirtieron

que “es necesario reforzar la consejería anticonceptiva en las adolescentes, espaciar los nacimientos, y la detección y tratamiento de las infecciones genitourinarias” (p.465).

Ticona-Rendón, Huanco - Apaza (2016), en su estudio determinaron que “el neonato prematuro tardío representa el 70% del total de recién nacido prematuro y presentan significativo riesgo de morbilidad y mortalidad neonatal, en comparación con los recién nacidos a término en el Hospital Hipólito Unanue en Tacna”. (p.37)

Escobar-Padilla, Gordillo-Lara y Martínez-Puon (2016), en su investigación encontraron que “los antecedentes maternos, como el control prenatal, la preeclampsia, la ruptura prematura de membranas, el embarazo gemelar, la placenta previa, la cervicovaginitis, el parto pretérmino previo y la infección del tracto urinario son los factores de riesgo con mayor significación estadística”. (p.425).

Stefana (2016) afirmó que:

En la situación de un nacimiento prematuro que requiere una hospitalización en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), los padres juegan un papel fundamental tanto en el apoyo de su pareja como en la relación madre hijo, favoreciendo un sano desarrollo neuropsicológico del bebé. Por tanto, es necesario estructurar los programas de apoyo dirigidos a los padres de bebés prematuros. (p.135)

Estévez, Román, Moreno y Palacios (2016), como contribución de su investigación, hacen “una propuesta dirigida a cubrir las necesidades de estos bebés y sus familias, tanto durante su estancia en las Unidades Neonatales como tras el alta, en el hogar familiar”. Además, con la misma intención:

Se elabora una serie de materiales que intentan promover la autonomía y la confianza de padres y madres en el afrontamiento y cuidado saludable de su bebé prematuro, así como apoyar y complementar el trabajo de seguimiento que los profesionales de Neonatología realizan con estos bebés y sus familias. (p.107)

Aramburu, Carrascal, Díez, Ferrari, Hervás y Huin (2016-2017), en su estudio, trabajaron “con un paciente de 2 años, con dificultades en el área de desarrollo psicomotor y cognitivo, concretamente a nivel de psicomotricidad gruesa y psicomotricidad fina”. Los resultados obtenidos demuestran un progreso en las áreas ante mencionadas en cuanto a “los aspectos de gateo, precisión bimanual y juego simbólico”, dejando en evidencia que “el tratamiento en estimulación basado en el Modelo de Ocupación Humana es efectivo en la intervención con pacientes prematuros con este tipo de afectación”. (p.1).

Grandi, Nascente y Cardoso (2017) en su trabajo encontraron que “la reducción de la mortalidad fetal está asociada con el incremento observado de los nacimientos vivos prematuros en la Argentina” (p.386).

“Estadísticas sanitarias de la Organización mundial de la Salud” (2013) indican “que de las 6.3 millones muertes estimadas de niños menores de cinco años en 2013, las complicaciones del nacimiento prematuro representaron casi 1.1 millones de muertes” (p.1).

De igual forma, se advierte que “las complicaciones directas del nacimiento prematuro representaron 965.000 muertes durante los primeros 28 días de vida, con unas 125.000 muertes adicionales entre el primer mes y los cinco años” aunque también destaca como “otra causa de muerte de niños pequeños la neumonía”. (p.1)

En opinión de “la Dra. Joy Lawn, de la Escuela de Londres de Higiene y Medicina Tropical, miembro del equipo de investigación y asesora de la organización Save the Children”, todo lo relacionado a las infecciones neonatales, específicamente, lo concerniente a los nacimientos prematuros puede cambiar al emplearse

“enfoques médicos y de salud pública totalmente diferentes”, se requiere invertir en prevención y atención al nacimiento prematuro. (p.1)

Datos estadísticos del “Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)” compartidos en investigaciones por García-Morales, Castellanos, Gutiérrez-Padilla y Padilla-Muñoz (2017) señalan que:

En total unos 35,000 niños y niñas mueren cada año en América Latina por complicaciones del nacimiento prematuro. Brasil encabeza la lista de países con el mayor número de bebés que mueren por complicaciones del parto prematuro en la región, con 9,000 cada año, seguido por México (6,000), Colombia (3,500), Argentina (2,400), Venezuela (2,200), Perú (2,000), Guatemala (1,900), Bolivia (1,600), Ecuador (1,500) y Honduras (1,100). En América latina, las tasas de mortalidad infantil en menores de cinco años por complicaciones del nacimiento prematuro son: Costa Rica y Chile 27.2 y 27.1 por ciento, respectivamente; Argentina 26.0 %, Venezuela 24.6%, Honduras y Paraguay 24 y 23.9%, respectivamente; Colombia 23.1%, Brasil 21.9%, Nicaragua 20-6%, Ecuador y Perú 19.7 y 19.6%, respectivamente; México 18.5% Uruguay 17.6% El Salvador 17.5%, Panamá 15.9%, Bolivia 15.3% y Guatemala 12.6%. (p.124)

García-Morales, Ángulo-Castellanos, Gutiérrez-Padilla y Padilla Muñoz en (2017) advierten que “el Dr. Andrés de Francisco, de la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño (ASMRN)” afirma que a pesar de las inversiones realizadas por la OMS, en el período comprendido del 2000 al 2013, para disminuir la “mortalidad infantil en menores de cinco años”, el impacto no ha sido el esperado, pues las muertes por “complicaciones del nacimiento prematuro” continúan en ascenso “unos 7,600 recién nacidos mueren diariamente; tenemos una epidemia de muertes de prematuros y recién nacidos que representa uno de los mayores desafíos de salud del siglo 21, dos tercios de estas muertes podrían evitarse, sin cuidados intensivos”. (p.124)

Díaz (2012) afirma que:

Los costos económicos, emocionales y las secuelas de un embarazo de alto riesgo que desencadena un nacimiento prematuro son altos. Dependiendo de la gravedad, la estancia en un hospital puede variar de tres días a cuatro

meses y el costo promedio por día estaría entre \$150 a \$3 mil para la recuperación de cada neonato. (párr.1)

Continúa señalando la autora que “los prematuros son niños que nacen antes de las 37 semanas de gestación y pesan menos de 1,500 gramos. Sus frágiles cuerpos son vulnerables a las infecciones y tienen que ser alimentados a través de una sonda hasta que recuperen peso” (párr.2).

La misma autora advierte que “la posibilidad de que una mujer tenga un embarazo de alto riesgo se estima en 30%”, de acuerdo con las estadísticas de la Caja de Seguro Social (CSS) en Panamá. Dicho “porcentaje ha incrementado el nacimiento de niños prematuros de 12.3% en 2009 a 15% en 2011, sin incluir los ingresos de otros hospitales” (párr.3 y 4).

También la autora manifiesta que:

un aspecto que influyó en que este porcentaje no se disparara al 17% fue el temor de acudir al Complejo Hospitalario Metropolitano de la CSS por las infecciones y muertes asociadas a la bacteria Klebsiella pneumoniae carbapenemasa (KPC), explicó Iván Sierra, jefe de Neonatología. (párr.5).

Existe coincidencia “en las cifras en el último quinquenio tanto para el Hospital Santo Tomás como para el Complejo”; es decir, “de cada 100 mujeres embarazadas, 30 califican en alto riesgo” y lo mismo sucede con “el porcentaje de prematuros, 15%” en las dos instituciones (Díaz, 2012, párr.6).

Tres de cada cuatro embarazadas de alto riesgo son ingresadas a Cuidados Intensivos, en el Complejo estimándose un coste aproximado diario para el prematuro de ciento cincuenta a ciento ochenta dólares, pero que dependiendo de la complejidad es muy variable oscilando entre mil setecientos a tres mil dólares, explicó Sierra.

Sierra citado por Díaz (2012) advirtió que para que un embarazo desencadene en alto riesgo y, posteriormente, en prematuridad juega un papel fundamental el desarrollo del embarazo, porque no es lo mismo una mujer que vive con todas las condiciones favorables, que una que trabaja y está de pie todo el día.

Ángel Cedeño quien fungía como jefe del Departamento de Ginecoobstetricia entrevistado por Díaz (2012), “apunta a dos factores: la cobertura en salud y la promoción”. "Tiene que haber cobertura y calidad de cobertura. La población es responsable, pero hay que involucrarla con estrategias de promoción adecuadas".

Asimismo, Sierra señaló que los bebés prematuros tienen más riesgo de sufrir “problemas de capacidad intelectual, por lo que se les incluye en un programa de estimulación y se les da seguimiento especializado a lo largo de su crecimiento para minimizar los problemas en la edad escolar”, porque "la mayor incidencia de déficit de atención y autismo es en nacimientos de prematuros, producto de alto riesgo" (párr.12).

En vista de la alta incidencia de nacimientos prematuros en Panamá, se dio un incremento de consultas llegando a atender 10 mil pacientes al año, en Neonatología del Complejo, razón por la que Dr. Felipe Bernett, coordinador nacional del programa de Alto Riesgo Neonatal, tomó la decisión de descentralizar la atención y crear módulos: 40 módulos de atención de alto riesgo en las instalaciones de la CSS, para dar seguimiento a 21 mil pacientes.

Continúa el Dr. Bernett diciendo que "Las pobres señoras vienen del interior sin dormir y sin comer; eso no es correcto y si por humanidad se les puede brindar la atención donde viven, es oportuno que se haga".

En una publicación de la revista *Ellas* del 30 de octubre de 2015, se señala que la C.S.S, desde 2012, puso en práctica el programa que beneficia a los recién nacidos prematuros. De igual forma se advirtió que: “la Sala de Neonatología del Complejo Hospitalario Arnulfo Arias Madrid es un lugar lleno de sentimientos y vivencias. En cada esquina aletea el misterio de la vida y de ese amor primero que une a un bebé con sus padres”(párr.2).

Cuando “los niños nacen antes de completar “el debido tiempo de gestación pueden tener una serie de consecuencias o problemas entre los que destacan las secuelas neurológicas, que se acentúan entre más temprano se dé el parto prematuro” (La Prensa, 2013, párr.1).

Al referirse a niños prematuros se habla “de niños que nacen inmaduros, es decir que ninguno de sus órganos funciona al 100%, subraya la doctora Teresa del Moral, de Miller School of Medicine de la Universidad de Miami, Estados Unidos, en su disertación Factores prenatales y pronóstico del prematuro de bajo peso, durante el IV Congreso Centroamericano de Neonatología y el XV Congreso Nacional de Medicina Perinatal, realizados paralelamente en Panamá” en 2013 (párr.2-3).

Además, la Dra. Del Moral “recalca que la incidencia de los partos prematuros va del 7% al 10% y que los recién nacidos muy prematuros, por ejemplo, de unas 23 semanas de nacido, tienen una posibilidad de sobrevivencia del 50%, en cuidados intensivos de alto nivel” (párr.4).

La directora médica de policlínica de la Caja de Seguro Social en Nuevo Vedado, en David, Chiriquí, Dra. Shiara Esquivel, advirtió que se venía registrando un alto índice de niños prematuros para el 2014; en los seis primeros meses se reportaron 319 niños prematuros, mientras que para la misma fecha en el 2015 se elevó a 385 casos.

También la titular agregó que al finalizar el 2014 se atendieron 645 casos, mientras que para el 2015, en el mismo período, el control de niños prematuros fue de 979.

Por otra parte, Peña (2016) señaló que:

De cada 10 neonatos prematuros que ingresan a la sala de neonatología del Hospital del Niño (HN), el 30% no logra sobrevivir, esto debido a que los bebés son muy inmaduros, no han logrado desarrollar su sistema inmunológico y en muchas ocasiones no desarrollan todos sus órganos. En otras palabras, de cada diez pacientes que nacen con 24 a 26 semanas de gestación, tres fallecen y sobreviven siete.

Según personal del HN, por día, esta sala recibe unos seis pacientes inmaduros, lo que representa que en un mes atienden 180 neonatos prematuros. (párr.1 y 2)

Todo lo señalamientos anteriores, conduce a plantear la siguiente interrogante de investigación.

1.2 Problema de investigación

¿Cómo es la atención temprana en los recién nacidos prematuros en el Hospital Luis Chicho Fábrega?

De la gran pregunta de investigación, se desprenden las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles son los principales factores de riesgos asociados a parto pretérmino o prematuros en el Hospital Luis Chicho Fábrega?
- ¿Cuáles son las principales causas de ingreso de los recién nacidos prematuros a la unidad neonatal del Hospital Luis Chicho Fábrega?
- ¿Qué factores de riesgos implica la no atención temprana a los neonatos prematuros?
- ¿Cómo atienden los padres o cuidadores a los recién nacidos prematuros en casa para desarrollar sus diferentes áreas?

- ¿Por qué ha aumentado considerablemente el número de partos prematuros en el Hospital Luis Chicho Fábrega durante el primer trimestre del año 2017?

1.3 Justificación

Actualmente son más y muy frecuentes los nacimientos de recién nacidos prematuros en Panamá por diversas causas o factores de riesgos de los cuales algunos casos se pueden identificar y otros no.

Ocampo (2013) advierte que las personas que esperan un hijo piensan que el embarazo y el alumbramiento tomarán un rumbo natural, “por lo que casi nunca están preparadas para un nacimiento prematuro ni para la hospitalización de su hijo en una unidad de Cuidado Intensivo”. (p.71) Pallas (2012) sostiene que:

La prematuridad es uno de los problemas de salud más prevalentes en la población infantil de los países desarrollados. Entre un 8 y un 10% de los nacimientos ocurren antes de la semana 37 de gestación y justifican el 75% de la mortalidad perinatal y el 50% de la discapacidad infantil (p.154).

Baxter, Madriz y Mora (2011) sostienen que:

Diferentes estudios han señalado que el nacimiento prematuro puede tener secuelas sobre el desarrollo del niño o la niña. En la actualidad, investigadores, médicos, enfermeras y pedagogos, ven en la estimulación temprana una herramienta para la prevención y tratamiento de las consecuencias de un nacimiento anticipado (p.11).

Según las estadísticas del año 2017, en Hospital Luis Chicho Fábrega ingresaron a la sala de neonatología 1720 recién nacidos por diversas razones como problemas respiratorios, sepsis, bajo peso, ictericia malformaciones entre otras.

Durante los últimos años, se han incrementado en forma alarmante en el Hospital Luis Chicho Fábrega los nacimientos prematuros, por tal razón, con la presente investigación, se beneficiarán directamente los padres o cuidadores del bebé prematuro, pues según Berro (2017), “la familia se ve alejada de los cuidados e intercambios con su bebé por la estancia de estos en las unidades de cuidados

intensivos y las posibilidades de intimidad con la madre y el padre prácticamente desaparecen” (p.8).

Para Taborda (2013) en conjunto madres-padres-cuidadores se perciben pocos seguros, miedosos e incluso incapaces de relacionarse y atender a su bebé, motivos por los que los profesionales a cargo de tales cuidados, durante la permanencia del bebé en las unidades de cuidados intensivos, sienten la necesidad de empoderarlos en el cuidado y atención a su bebé, urge apoyarlos; es necesario disponer de programas, recursos y tecnología que favorezcan su rol en casa y sirva a la vez de complemento al trabajo que realizan los profesionales en las unidades de neonatología.

Entre más inmaduro sea el niño sobreviviente, asimismo se aumentan los riesgos de secuelas, por lo que la labor del cuidador es de vital importancia.

El aporte de la investigación consiste en un programa de intervención temprana dirigido a padres o cuidadores de recién nacidos prematuros conformado por recursos, materiales y actividades que ayuden a abordar el cuidado, promover el bienestar y la salud de los bebés para cubrir las necesidades de este y de su familia.

1.4 Objetivos

Seguidamente se presentan los objetivos que fundamentan esta investigación.

1.4.1 Objetivos generales

- Analizar cómo es la atención temprana en bebés prematuros en el Hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega.
- Elaborar una propuesta de intervención dirigida a padres o cuidadores para realizar una estimulación efectiva en los recién nacidos prematuros.

14.2 Objetivos específicos

- Identificar las causas del ingreso del bebé a la unidad neonatal en el Hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega.
- Identificar los principales factores de riesgos asociados a parto pretérmino o prematuros.
- Determinar las causas del aumento considerablemente del número de partos prematuros en el Hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega.
- Señalar las estrategias que aplican los padres o cuidadores de los recién nacidos prematuros en casa para su estimulación temprana sus diferentes áreas.
- Sugerir a los padres de familias o cuidadores estrategias para una efectiva intervención en casa para una estimulación efectiva en los recién nacidos prematuros.

CAPÍTULO II

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

En este segundo capítulo, se enmarcan los fundamentos teóricos de la atención temprana a neonatos prematuros, estudio realizado en el Hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega de la provincia de Veraguas, república de Panamá.

2.1. Generalidades del parto prematuro

Minguet, Cruz, Ruiz y Hernández (2014), sostienen que:

El nacimiento de un niño prematuro implica un gasto elevado para las familias y los sistemas de salud por las posibilidades de discapacidad visual, auditiva y problemas de aprendizaje. La tasa de nacimientos prematuros, según la OMS, va de 5 a 18%, por lo que se estableció que deberá reducirse. (p.465)

Esta realidad tan importante en el desarrollo infantil temprano conduce a una profundización de las generalidades del parto prematuro, con miras a visualizar su relación con las dificultades para el neonato, sus padres de familia y su atención y cuidados en el presente y a futuro. A continuación, se presentan estos aspectos generales del parto prematuro:

2.1.1. Madurez del nacimiento de acuerdo con el número de semanas

Aramburu, Carrascal, Diez, Ferrari, Hervás y Huin (2017) describen la clasificación del nacimiento del bebé de acuerdo con el número de semanas de nacido:

Se consideran prematuros a los nacidos entre las 28 y las 37 semanas de gestación, mientras los que nacen antes de la semana 28 son denominados niños inmaduros. Un embarazo a término abarca a los niños nacidos entre la 37 y 42 semana de la gestación. Por último, como posmadurez se consideran aquellos que tienen más de 42 semanas. (p.6)

Leonardo y Zeña (2018), también presentan una clasificación del grado de prematuridad: “Según el Ministerio de Salud del Perú (MINSA), de acuerdo con la

incidencia y grado de prematuridad, se clasifica en: Prematuridad leve (34-36 semanas), Prematuridad moderada (30-33 semanas), Prematuridad extrema (26-29 semanas) y Prematuridad muy extrema (22-25 semanas)” (p.19).

2.1.2. Algunas cifras o estadísticas a nivel internacional relacionadas con el parto prematuro

Yurdakok (1998), citado por Méndez, Martínez y Bermúdez (2007), muestran cifras a nivel internacional sobre la prematuridad:

La prematurez afecta entre el 5 y 10 % de todos los nacimientos a nivel internacional. La mayoría de las enfermedades serias y muerte se concentra en el 1-2% de los recién nacidos prematuros de 32 semanas y peso <1500g. (p.47)

“El 10% de todos los recién nacidos en EEUU son prematuros, el 7% son niños de bajo peso y el 1% de muy bajo peso”. (Álvarez y Martínez, 2002, p.54)

“En aquellos pretérminos y niños de bajo peso, sin secuelas aparentes, se detectan posteriormente problemas en sus años escolares en un 10-20% de casos, según su peso al nacimiento”. (Álvarez y Martínez, 2002, p.54)

Escobar-Padilla, Gordillo-Lara y Martínez-Puon (2017) señalan que:

El trabajo de parto prematuro ocupa del 40 al 50% de todos los partos pretérmino; la ruptura prematura de membranas ovulares y la incompetencia cervical explican del 25 al 40% restante y el parto prematuro inducido es responsable en un rango que oscila entre 20 y 25% de los casos. (p.424)

El Comité Científico de Enfermería Neonatal del Hospital Garrahan (2009), citado por Gómez (2016), plantea la incidencia de los partos prematuros en los índices de mortalidad infantil:

Si bien en comparación con la cantidad total de nacimientos, estos números representan un porcentaje muy bajo, la realidad es que contribuyen altamente a la tasa de mortalidad infantil (20 a 50% de los niños que fallecen antes del año, a su vez, entre los que sobreviven se evidencia un alto porcentaje de morbilidad, inclusive a largo plazo (50%). (p.13)

Pallás (2012) expone las secuelas de la prematuridad y la relaciona con la mortalidad perinatal y la discapacidad en los niños a futuro, en el siguiente planteamiento:

La prematuridad es uno de los problemas de salud más prevalentes en la población infantil de los países desarrollados. Entre un 8 y un 10% de los nacimientos ocurren antes de la semana 37 de gestación y justifican el 75% de la mortalidad perinatal y el 50% de la discapacidad en la infancia. (p.153)

Por último, cabe destacar la visión a futuro de la Organización Mundial de la Salud (OMS) hacia la reducción de los partos prematuros, descrita por Minguet, Cruz, Ruíz y Hernández (2014):

La tasa de nacimientos prematuros en 184 países afiliados a la OMS va de 5 a 18%; 11 por eso la OMS estableció que deberá reducirse la tasa de mortalidad neonatal por parto prematuro en 50% en el periodo 2010-2025 en los países con tasa ≥ 5 x 1,000 nacidos vivos, lo que evitaría que 550,000 prematuros mueran cada año para el 2025. (p.467)

Mesa Martínez (2007, citado por Escobar-Padilla et al, 2017) afirma que “al año ocurren cerca de 13 millones de partos prematuros en el mundo; la mayor parte de esos nacimientos ocurren en países en desarrollo. Esto implica un grave problema de salud pública”. (p.424)

“Según datos de la OMS de 2014, casi 30.000 bebés prematuros nacieron en España, lo que supone prácticamente un 36% más que hace 20 años”. (Estévez, Román, Moreno y Palacios; 2016, p.107)

UNICEF (2013, citado por García-Morales et, al; 2017) revela cifras importantes de la prematuridad en los países de América Latina:

En total unos 35,000 niños mueren cada año en América Latina por complicaciones del nacimiento prematuro. Brasil encabeza la lista de países con el mayor número de bebés que mueren por complicaciones del parto prematuro en la región, con 9,000 cada año, seguido por México (6,000), Colombia (3,500), Argentina (2,400), Venezuela (2,200), Perú (2,000), Guatemala (1,900), Bolivia (1,600), Ecuador (1,500) y Honduras (1,100). En América latina, las tasas de mortalidad infantil en menores de cinco años por complicaciones del nacimiento prematuro son: Costa Rica y Chile 27.2

y 27.1 por ciento, respectivamente, Argentina 26.0%, Venezuela 24.6%, Honduras y Paraguay 24 y 23.9%, respectivamente, Colombia 23.1%, Brasil 21.9%, Nicaragua 20.6%, Ecuador y Perú 19.7 y 19.6%, respectivamente, México 18.5%, Uruguay 17.6%, Salvador 17.5%, Panamá 15.9%, Bolivia 15.3% y Guatemala 12.6%. (p.124)

Grandi, Nascente y Cardoso (2017) establecen una relación entre los nacimientos prematuros en América Latina y la tasa de mortalidad a nivel mundial en el siguiente episodio real:

El número de niños nacidos muertos anuales se mantiene sin cambios desde 2011 y es inaceptablemente alto; se estima que en América Latina en 2015 la tasa de mortalidad fetal (>28 semanas) fue de 8,7 por 1000 nacidos vivos. La falla en incluir de forma consistente indicadores de muerte fetal en las estadísticas vitales nacionales e iniciativas para después de 2015 muestra que los niños nacidos muertos están ocultos para la agenda mundial. Los avances en medicina fetal y cuidados intensivos neonatales están siendo disponibles rutinariamente, por lo que en los recién nacidos que no crecen bien en el útero el parto puede anticiparse, reduciendo las muertes fetales, especialmente las tardías, pero a expensas de un aumento de las tasas de nacimientos prematuros. (p.387)

Estos autores realizaron un estudio en el que encontraron que existe un grado de relación significativo de los partos prematuros con los embarazos múltiples a cualquier edad y los embarazos en mujeres con más de 35 años.

Los registros estadísticos a nivel mundial son cifras alarmantes y que invocan a todas las naciones a organizarse para buscar mecanismos más efectivos de atención temprana.

2.1.3. Factores de riesgo de gran influencia en un parto prematuro

Baxter, Madriz y Mora (2011) afirman que “antecedentes maternos socioeconómicos y demográficos, de embarazos previos, de control y evolución del embarazo y de partos desfavorables también se relacionan con los nacimientos prematuros” (p.18).

Por otro lado, la figura 1 muestra los factores de riesgo de los neonatos prematuros, planteados por Aramburu, Carrascal, Diez, Ferrari, Hervás y Huin (2017):

Figura N°1. Factores de riesgos relacionados con el parto prematuro.

Tipología	Factores
Factores de riesgo relacionados con la madre	<ul style="list-style-type: none"> • Parto prematuro espontáneo. • Rotura prematura de membranas. • Causas iatrogénicas: <ul style="list-style-type: none"> - Problemas maternos: Preclamsia. - Problemas fetales: Problemas de crecimiento intrauterino. • Enfermedades de transmisión sexual (ETS). • Edad de la madre: Durante la adolescencia y después de los 35 años. • Antecedentes de fumadora. • Antecedentes obstétricos adversos (abortos previos). • Sangrado vaginal persistente. • Parto prematuro previo. • Embarazo múltiple. • Incompetencia cervical. • Enfermedad cardíaca. • Anemia.
Factores socioeconómicos	<ul style="list-style-type: none"> • Grado de escolaridad. • Estado civil. • Apoyo familiar. • Ingresos. • Vivienda en ámbito rural. • Dificultades para acceder a servicios sanitarios.

Fuente: (Aramburu et al., 2017, p.6).

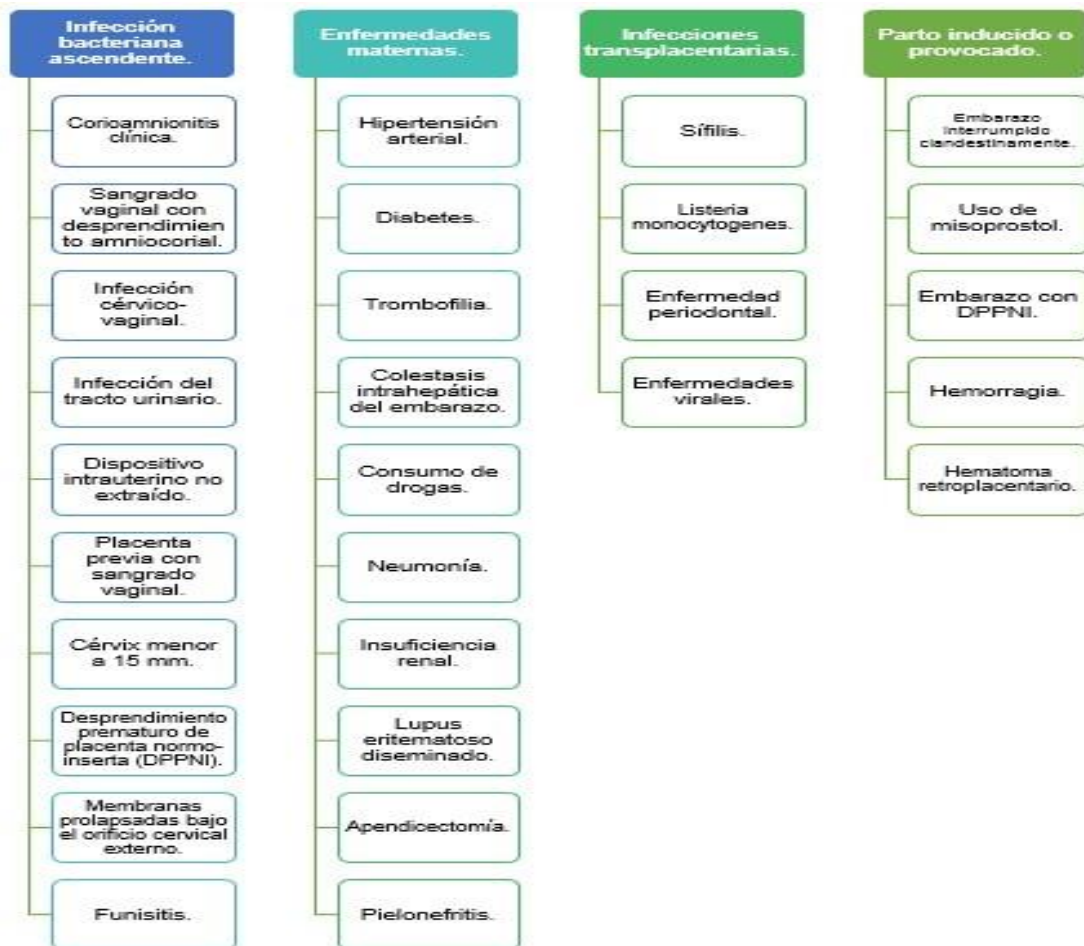
En cuanto a los estilos de vida de madres de bebés prematuros, Escobar Padilla, Gordillo-Lara y Martínez-Puon (2016) resaltan los siguientes factores:

El parto pretérmino está asociado a variables sociobiológicas, historia obstétrica y complicaciones del embarazo actual. Se pueden distinguir las condiciones maternas, obstétricas o fetales que llevan al término prematuro del embarazo. Se han relacionado con estos factores demográficos, entre los que se incluyen: la edad materna (mujeres menores de 15 y mayores de 35 años), si hubo parto pretérmino previo y condiciones asociadas con el estilo de vida, como el bajo nivel socioeconómico, el tabaquismo, el alcoholismo, la drogadicción, la desnutrición crónica, así como la falta de atención prenatal. (p.424)

Por su parte, Pazmiño (2017) señala algunas condiciones fisiológicas o de salud a las que se exponen los nacidos prematuros: “Los recién nacidos prematuros son vulnerables a sufrir distrés respiratorio, sepsis, hemorragia intraventricular, parálisis cerebral, ceguera, pérdida de audición como consecuencia de su prematurez” (p.22).

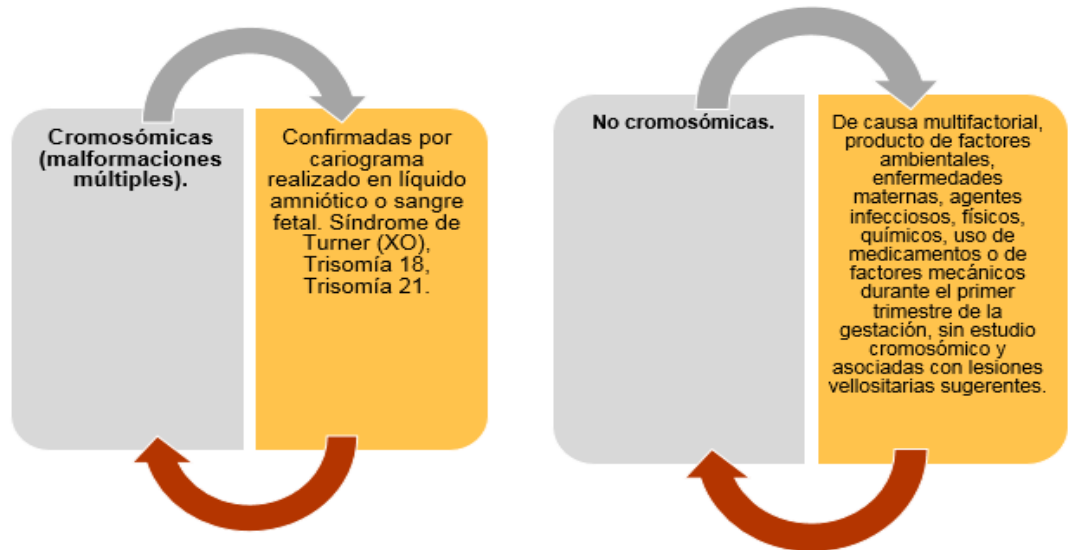
Seguidamente, las figuras 2, 3, 4 y 5 amplían el panorama de los diversos factores de riesgos que se asocian con la prematuridad:

Figura N°2. Factores maternos asociados con el parto prematuro.



Fuente: (Ovalle et al., 2012. p.20).

Figura N°3. Factores fetales asociados con el parto prematuro.



Fuente: (Ovalle et al., 2012. p.21).

Figura N°4. Factores ovulares asociados con el parto prematuro.

Patología	Factores asociados	Descripción
Patologías placentarias	<i>Desprendimiento prematuro</i> <i>placenta normoinsera idiopático (DPPNI)</i>	Separación total o parcial de la placenta del útero en embarazos sin patologías materno-fetales y con manifestaciones de asfixia aguda, shock fetal. Lesiones placentarias encontradas: hematoma y hemorragia retroplacentaria, infartos vellositarios, hemorragia subcorial, trombosis intervellositaria.
	<i>Patología placentaria</i> <i>vascular</i>	Embarazos sin patologías materno-fetales, con manifestaciones de asfixia crónica y RCIU severo, con o sin DPPNI y con lesiones placentarias inespecíficas: arteriopatía fetal trombótica, trombosis intervellositaria y arterial fetal, depósito aumentado de fibrinoide perivellositario, infartos vellositarios, hematoma y hemorragia retroplacentaria.
	<i>Deciduitis crónica</i>	Embarazos sin patologías materno-fetales, con o sin RCIU y asociados con lesiones histopatológicas placentarias específicas: deciduitis linfoplasmocitaria, corioamnionitis, perivellositis y vellositis crónicas, trombosis intervellositaria, aumento fibrina intervellositaria. Síndrome conocido como "coriodeciduitis crónica": se postula que se desarrolla secundario a infección de la cavidad uterina que persiste entre embarazos y que se reactiva en la siguiente gestación.
	<i>Placenta previa</i>	Embarazo con placenta previa, sangrado vaginal y sin lesiones placentarias específicas
<i>Patología del cordón umbilical y membranas ovulares</i>	Embarazo sin patología materno-fetal y con inserción anormal de las membranas ovulares	

Fuente: (Ovalle et al., 2012. p.22).

Figura N° 5. Otros factores asociados con el parto prematuro.



Fuente: (Ovalle et al., 2012. p.22).

2.1.4. Características de los nacidos antes de término

Pérez-Ramírez (2016) hace un recuento general de las características físicas de los niños nacidos prematuramente. Las figuras 6 y 7 registran las categorías de estas características con sus respectivos rasgos:

Figura N° 6. Características físicas de los nacidos antes de término.

Somatometría	<ul style="list-style-type: none">-Peso 2,500 – 4,000 gramos.-Talla 48 – 52 cm.-Perímetro cefálico 32 – 36 cm.-Perímetro torácico 31 - 35 cm
Piel	<ul style="list-style-type: none">-La piel es suave y al momento del nacimiento puede estar cubierta de una sustancia blanquecina, grasosa, llamada vernix caseoso o unto sebáceo que va disminuyendo con la edad gestacional.-La temperatura de la piel es de 36° C a 36.8° C.-Todo el cuerpo, especialmente la cara, los hombros y el dorso, pueden estar cubiertos por un vello fino llamado lanugo.
Cabeza	<ul style="list-style-type: none">-Su forma, en el momento del nacimiento, depende del tipo de parto y de la presentación.-Es grande y constituye cerca de la cuarta parte de su tamaño total.-En las representaciones cefálicas, en un principio su apariencia asimétrica se debe a que los huesos del cráneo se moldean durante el trabajo de parto.
Cara	<ul style="list-style-type: none">-La facies normalmente es simétrica, pero puede ser asimétrica cuando el maxilar inferior del feto ha estado mucho tiempo apoyado contra un hombro.
Ojos	<ul style="list-style-type: none">-Con frecuencias, a las pocas horas de nacer están cerrados por efecto de la luz y por edema palpebral.
Orejas	<ul style="list-style-type: none">-Los pabellones auriculares generalmente son pequeños.-La forma y cantidad de cartilagos son variables, siendo este último suficiente en el recién nacido de término como para impedir la deformación.

Fuente: (Pérez-Ramírez, 2016, p.5).

En cuanto a la somatometría, la figura anterior revela que los bebés prematuros presentan talla pequeña y bajo peso al nacer; tienen la piel muy delicada, su cabeza sobresale en tamaño en comparación con el resto de su cuerpo, puede

tener asimetría en su cara, ojos cerrados y orejas con cavidades pequeñas y muy sensibles al ruido.

Figura N°7. Otras características físicas de los nacidos antes de término.

Nariz	-La nariz es poco prominente y muy flexible, generalmente es pequeña con un puente nasal muy aplanado. -La respiración es exclusivamente nasal, por lo que se obstruye con facilidad por acumulación de secreciones secas.
Boca	-Normalmente es simétrica. -Los labios son húmedos, brillantes de color rojo violáceo y muy bien delimitados, junto con el tubérculo de succión, que aparece en el labio superior, por acumulación, pero desaparece en pocas semanas.
Cuello	-Predomina el tono flexor sobre el extensor. -Es posible moverlo pasivamente en todas direcciones. -Es extremadamente corto apareciendo como un pliegue cuando el niño está en reposo.
Tórax	-El tórax es característicamente cilíndrico, como un barril, con diámetros anteroposteriores y transversales similares.
Abdomen	-Es también cilíndrico y habitualmente globuloso.
Columna	-Es completamente flexible tanto en su eje dorsoventral como lateral.
Extremidades	-En general son simétricas y tienden a mantener durante algún tiempo la posición que tenían en el útero, que por lo común es en flexión total.
Genitales femeninos	-Por lo menos en un tercio de las niñas nacidas a término, la vulva está entreabierta por un menor desarrollo de los labios mayores, y en estos casos el clítoris y los labios menores están relativamente más desarrollados. -El meato uretral queda por debajo del clítoris.
Genitales masculinos	-Los genitales masculinos son de tamaño, aspecto y coloración bastante variables durante el período neonatal. -Los testículos pueden encontrarse en las bolsas o escroto o en el conducto inguinal, pero cuando esto último ocurre, pueden descenderse con maniobras suaves o con calor.
Año	-La actividad de los elevadores del año también está bien desarrollada, observándose la retracción del año y del perineo cuando se estimula la zona con un objeto punzante. -La mayoría de veces el recién nacido elimina el meconio en las horas que siguen al nacimiento.

Fuente: (Pérez-Ramírez, 2016, p.6).

También, Pazmiño (2017) hace referencia a diversas características clínicas que presentan los nacidos antes de término. Estos rasgos se encuentran categorizados de acuerdo con una serie de patrones funcionales de salud, los cuales se muestran en la figura 8:

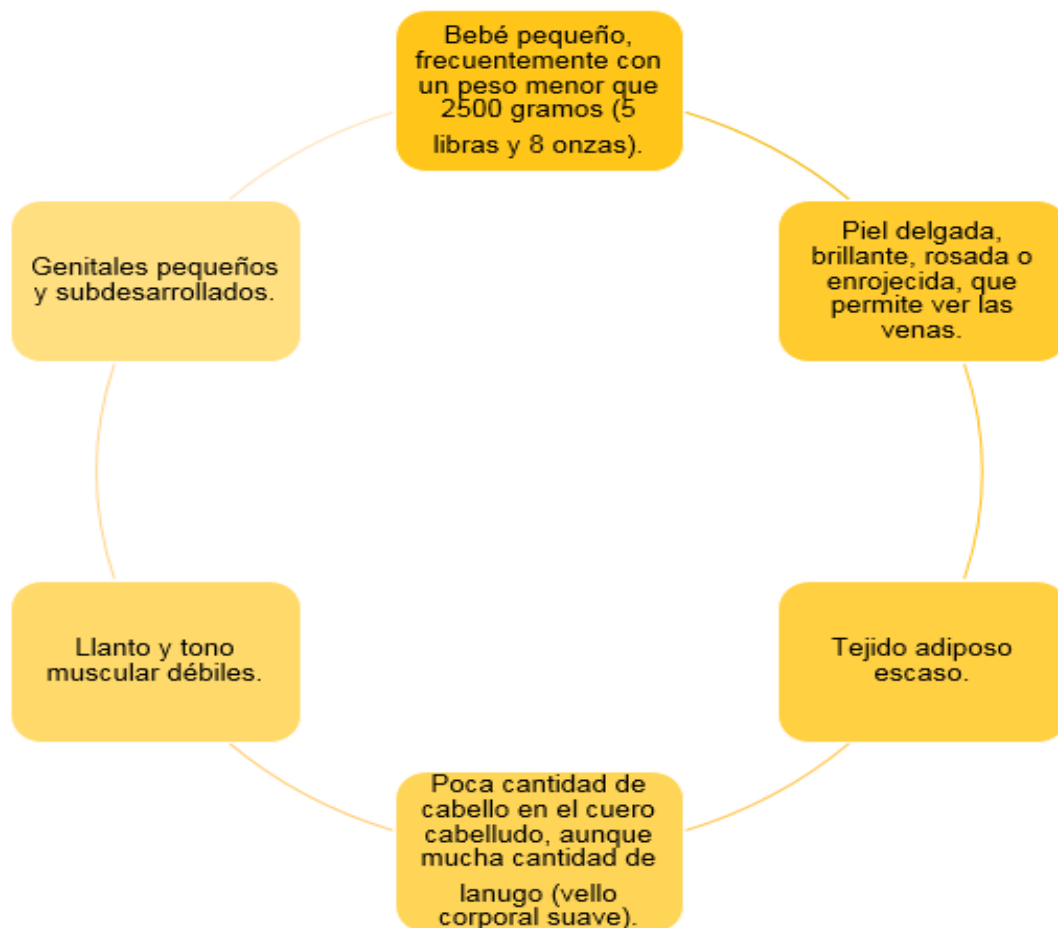
Figura N°8. Rasgos categorizados por una serie de patrones funcionales de salud en los nacidos antes de término.

Patrón funcional de salud	Descripción
Percepción y control de la salud	En esta población se ha observado que la mayoría de padres de prematuros proceden de nivel socioeconómico bajo, por ende, las madres carecen de ayuda médica prenatal, enfermedades infecciosas no tratadas, nutrición deficiente, por lo tanto, en estos neonatos, la sepsis y meningitis son cuatro veces más frecuentes debido a la necesidad de aplicar medios invasivos como: catéteres, tubos, venoclisis, entre otras. Para conservar y recuperar la salud, en definitiva sus mecanismos de defensa son mínimos.
Nutricional y metabólico	El recién nacido prematuro generalmente tiene un peso inferior a 2500 g; tiene piel fina, brillante rosada o rojiza, escasa cantidad de grasa subcutánea y pelo, cartílago auditivo externo no desarrollado, escasa coordinación de los reflejos de succión y deglución, principalmente en pequeños menores de 34 semanas de gestación, la superficie corporal es grande en relación a su masa corporal, la grasa parda es escasa para mantener su temperatura corporal, poca implantación de cabello en el cuero cabelludo. Estos pequeños en la unidad de estudio son nutridos principalmente a través de alimentación forzada, midiendo residuo gástrico, ya que esto científicamente da mejores resultados y menos accidentes.
Eliminación	La función pulmonar y renal son inmaduras, lo que disminuye la capacidad para reunir la orina, desarrollando la probabilidad de retención de líquidos y trastornos electrolíticos, así como trastornos respiratorios, hipomotilidad intestinal.
Actividad y ejercicio	Acción espontánea, tono muscular decadente, las extremidades no mantienen su posición flexionada. A nivel respiratorio colapso alveolar y atelectasia debido a la baja producción de surfactante, datos característicos de inmadurez del centro respiratorio, responsables de crisis de apnea, dando lugar a requerir apoyo ventilatorio. Desenvuelven con mayor frecuencia hiperbilirrubinemia, frecuencia cardíaca baja, anemia, llanto débil y puede presentar taquipnea transitoria. El sistema inmunitario es inmaduro, de 30 a 90 % de recién nacidos antes del término presentan hipocalcemia e hipoglicemia.
Reposo y sueño	Letargo, sueño interrumpido por maniobras frecuentes, sobresaltos.
Cognoscitivo y perceptual	Puede haber presencia de crisis convulsivas como consecuencia de hemorragia cerebral, presentan fontanelas amplias, existe desconocimiento por parte de los padres de las necesidades del recién nacido y cómo atenderlas.
Autopercepción y autoconcepto	Existe preocupación de los padres y temor para el cuidado del recién nacido prematuro, autoestima baja.
Función y relación	Es frecuente que el estado civil de los padres de neonatos prematuros es la soltería.
Sexualidad y reproducción	En los varones, genitales pequeños, subdesarrollados y los testículos sin descenso. En las niñas los labios mayores no cubren aún los menores.
Afrontamiento y tolerancia al estrés	El estrés por frío del recién nacido prematuro agota con rapidez las reservas de grasa originando incremento en las necesidades metabólicas, consumo de oxígeno, acidosis metabólica, hipoxemia e hipoglicemia. Por lo regular los padres expresan la incapacidad para cuidar al recién nacido, lo que puede originar crisis, que se manifiesta por conducta inadaptada, ansiedad, depresión y síntomas somáticos.
Valores y creencias	Mitos y creencias de los padres relacionados con el cuidado del recién nacido.

Fuente: (Pazmiño, 2017, p.17).

Por último, cabe destacar las características inmediatas o aparentes en un bebé nacido prematuramente. Estas se presentan en la figura 9, según Rodríguez Vinuesa (2018):

Figura N°9. Características inmediatas o aparentes de los bebés nacidos prematuramente.



Fuente: (Rodríguez Vinuesa, 2018, p.11).

Todas las características mencionadas, anteriormente, describen un panorama claro de los rasgos que presenta un niño prematuro al nacer. Estas generalidades fisiológicas y de otro tipo, se constituyen en elementos importantes para los cuidados que deben tenerse con el neonato, tanto a nivel intrahospitalario como después del alta del bebé hacia su hogar.

2.1.5. Secuelas de los niños nacidos pretérmino

Al nacer antes de término, el niño puede presentar algunas consecuencias o secuelas de carácter vital en distintas dimensiones. En la figura 10 se registran las diferencias entre los niños nacidos de acuerdo con el período normal de gestación y las secuelas de los niños prematuros. Esta comparación genera una visualización específica en cada rasgo o característica, sobre los bebés prematuros:

Figura N°10. Características de los nacidos antes de término versus los nacidos a términos, de acuerdo con diversos patrones funcionales de salud.

NIÑOS NACIDOS A TÉRMINO	NIÑOS NACIDOS PRE TÉRMINO
Talla y peso van acorde a la edad.	El estrés causado por el nacimiento prematuro hace transitoriamente lento el crecimiento en la mayoría de los bebés
Contextura muscular fuerte, le es posible el gateo y uso de andador.	Contextura muscular demasiado rígida o demasiado flácida.
Cabeza y tronco erguidos.	La cabeza tiende a caer hacia adelante
Adaptación a la presencia de luz y ruido, pueden dormir sin dificultad.	Hipersensibilidad al ruido o la luz.
Selección de objetos y desarrollo de actividades con independencia.	Problemas de aprendizaje y adaptación social.
Temperatura corporal promedio de 36 grados.	Dificultades para mantener el calor por bajos niveles de grasa corporal, menor a los 36 grados.
Pulmones maduros, sonidos claros.	Problemas respiratorios a causa del sistema respiratorio inmaduro, ronquidos.
Gateo entre los 7 y 10 meses de edad.	Gateo posterior a los 13 meses
Entre los 12 y 15 meses ya producen sonidos de voz, a partir de los 18 meses ya se presentan las primeras palabras.	Se mantiene el balbuceo hasta más de los 18 meses de edad.
Formación de la pinza digital a partir de los tres meses en relación a la coordinación ocular.	Intenta tomar los objetos con las manos pero se le caen, no coordina bien la posición ocular.

Fuente: (Organización Mundial de la Salud, 2015; citada por Pérez-Ramírez, 2016, p.6).

Aramburu et al. (2017) plantean diferentes patologías asociadas al parto prematuro. Estas se presentan en la figura 11:

Figura N°11. Patologías del recién nacido prematuro.

Patología	Descripción
Respiratorias	Son la primera causa de morbi-mortalidad del pretérmino que pueden deberse a diversos factores como la inmadurez neurológica central o la debilidad de la musculatura respiratoria. Otras patologías posibles son evolutivas como el neumotorax, la hipertensión pulmonar, actelectasia, enfisema intersticial, neumatoceles, edema de pulmón, neumonías infecciosas o aspirativas etc.
Neurológicas	Es la inmadurez del sistema nervioso central del pretérmino, que afecta a un sistema con escasa capacidad de adaptación postnatal por tener una cronología madurativa relativamente fija.
Oftalmológicas	Los pretérminos son una población de riesgo oftalmológico por el potencial daño de las áreas visuales centrales y por la prevalencia de alteraciones de la refracción, por lo que deben de ser revisados periódicamente.
Cardiovasculares	Las dos enfermedades más frecuentes son la hipotensión arterial precoz y la persistencia del ductus arterioso
Gastrointestinales	Existen trastornos de tolerancia con escasa capacidad gástrica, reflujo gastroesofágico y evacuación lenta. La prematuridad es el factor de riesgo individual más importante para la presentación de Enterocolitis Necrotizante
Inmunológicas	Se encuentran afectadas tanto la inmunidad específica como la inespecífica.
Metabólicas	Afecta a la termorregulación pudiendo causar tanto hipotermia como hipertermia. Además, los pretérminos más extremos tienen una pobre capacidad de regulación de la insulina.
Hematológicas	La serie roja del pretérmino tiene valores promedios inferiores a los del recién nacido a término, con una tasa de eritroblastos aumentada. La serie blanca del recién nacido pretérmino es muy variable y sus alteraciones no son específicas. Y las plaquetas al nacimiento están en rango de la normalidad.
Endocrinas	Se detectan signos de hiperfunción tiroidea, que puede encubrir un hipotiroidismo subyacente. Además, pueden encontrarse otras glándulas afectadas como la suprarrenal, la hipófisis y la del desarrollo gonadal.

Fuente: (Aramburu et al., 2017, p.7).

Por su parte, Rico, Herencia, García, González, Puyol y Torres (2010) describen una serie de problemas o dificultades de salud que pueden presentar los niños nacidos prematuramente, los cuales se muestran en la figura 12:

Figura N° 12. Grados de discapacidad o problemas de salud que pueden presentar los niños nacidos prematuramente.

Grave	El niño es altamente dependiente de los cuidadores. Existe pérdida neurosensorial de la audición, afectación grave de la visión y/o ceguera, y los trastornos motores le impiden caminar por sí mismo (6-20% de los niños prematuros): <ul style="list-style-type: none"> • Retraso mental (CI < 50 o menos de -3 DE) • Parálisis cerebral con imposibilidad de caminar • Ceguera uni- o bilateral • Sordera profunda • Trastornos graves del lenguaje
Moderada	El niño tiene una independencia razonable. La parálisis cerebral no le impide caminar. Si existe sordera neurosensorial puede corregirse o atenuarse con prótesis, y las alteraciones visuales no se acompañan de ceguera (8-57% de los niños prematuros): <ul style="list-style-type: none"> • Retraso mental moderado (CI 50-75 ó -2 DE) • Parálisis cerebral variable conservando la posibilidad de caminar • Hipoacusia uni- o bilateral susceptible de tratamiento • Trastornos moderados del lenguaje • Alteraciones visuales sin ceguera
Leve	El niño tiene un CI próximo al normal pero presenta dificultades para el aprendizaje de algunas materias (vg. matemáticas). Problemas motores leves con una mínima repercusión funcional. La visión está conservada pero puede presentar estrabismo leve o defectos corregibles de refracción. Retraso en la adquisición del lenguaje (8-23% de los niños prematuros). <ul style="list-style-type: none"> • CI (70-84). Aprendizaje lento • Trastornos de coordinación, comunicación y aprendizaje • Estrabismo leve y/o defectos de refracción
Otras alteraciones que valorar: alteraciones del crecimiento y desarrollo somáticos, problemas médicos relacionados con los tratamientos en el período neonatal (renales, vasculares, pulmonares, etc.), retrasos madurativos, problemas de tipo escolar (necesidad de educación especial o ayuda educativa), intelecto border-line, trastornos psiquiátricos y de comportamiento, problemas emocionales y de adaptación, síndrome de déficit de atención e hiperactividad, inquietud motora, dificultades manuales y en la vida adulta, etc.	
<i>CI: coeficiente (cociente) intelectual; DE: desviación estándar.</i>	

Fuente: (Rico et al., 2010, p.6).

La figura anterior explica los problemas generales de discapacidad que puede presentar el infante con antecedentes de prematuridad, a medida que va creciendo en los diversos ámbitos de su desarrollo. Estos mismos autores dieron a conocer un esquema de la cronología o aparición de estos problemas de discapacidad o dificultades. Estas se presentan en las áreas motora, cognitiva, visual, auditiva, social, emocional, entre otras. Estas discapacidades de los neonatos prematuros a futuro, se muestran en la figura 13:

Figura N°13. Cronología o aparición de las secuelas que pueden presentar los niños nacidos prematuramente.

Alteraciones motoras	<ul style="list-style-type: none"> • El 90% se detecta en los 2 primeros años; los casos no graves, más tarde • Los casos leves pueden resolverse
Alteraciones cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> • Pueden ser independientes de las motoras • Se clasifican mejor a partir de los 2 años
Alteraciones visuales	<ul style="list-style-type: none"> • Debidas a daño neurológico o retinopatía • El desprendimiento de retina es predictivo de ceguera • La retinopatía moderada/media puede acompañarse de miopía, estrabismo, astigmatismo y anisometropía
Alteraciones auditivas	<ul style="list-style-type: none"> • De difícil clasificación; las graves representan el 1-3%
Rendimiento escolar	<ul style="list-style-type: none"> • Se identifica a partir de los 6-8 años • Está influido por muchos factores de tipo ambiental
Desarrollo social, emocional y calidad de vida	<ul style="list-style-type: none"> • Refleja el estado de bienestar físico, mental y social y está muy relacionado con el nivel cultural de los padres y otros factores del ambiente
Etapas	<ul style="list-style-type: none"> • Hasta los 2 años: visión, audición, motor, cognitivo precoz y crecimiento • 3-5 años: inteligencia y comportamiento • 7-8 años: rendimiento académico y alteraciones en el aprendizaje • Más de 8 años: calidad de vida, aspectos sociales, relación con los padres, etc.

Fuente: (Rico et al., 2010, p.9).

Finalmente, en esta sección se enuncian algunas variantes de la normalidad del desarrollo de un niño prematuro, en las figuras 14 y 15, según Bravo (2016):

Figura N°14. Variantes de la normalidad del desarrollo en niños prematuros, en el desarrollo sensorial y motor.

Area	Descripción	
Alteración del desarrollo sensorial	Visión	<ul style="list-style-type: none"> • Se piensa que mucho de los problemas oftalmológicos de los niños prematuros se relacionan con la presencia de retinopatía y se da en muchos aunque no hayan padecido este problema.
	Audición	<ul style="list-style-type: none"> • Los niños prematuros tienen con frecuencia pérdidas auditivas de transmisión por derrames en el oído medio, que tienden a resolverse espontáneamente, pero si persisten debe plantearse su tratamiento, ya que también pueden limitar la aparición del lenguaje y su desarrollo.
Alteración del desarrollo motor	Hipertonía transitoria	<ul style="list-style-type: none"> • Se presenta alrededor de los 3 meses de edad corregida que progresa céfalo caudalmente y que se manifiesta inicialmente como retracción escapular (hombros hiperextendidos) y posteriormente va descendiendo hasta afectar a los miembros inferiores, no produce retracciones, no presenta asimetrías ni retrasa la adquisición de la sedestación y la marcha. • Desaparece antes de los 18 meses de edad corregida, sin repercutir en la evolución del niño. • Si el cuadro de hipertonía es asimétrico o retrasa las adquisiciones motoras o no tiene un patrón claro de progresión céfalocaudal, se debería enviar al niño para valoración neurológica y derivarlo a un centro de atención temprana.
	Retraso motor simple	<ul style="list-style-type: none"> • Algunos niños nacidos prematuros durante sus dos primeros años se retrasan en la adquisición de las habilidades motoras. • La característica de los niños con retraso motor simple es que presentan múltiples patologías de base de cierta gravedad o un retraso del crecimiento importante.
	Parálisis cerebral	<ul style="list-style-type: none"> • Aparece frecuentemente en los niños de bajo peso. Casi el 50 % de niños a los que se les diagnóstica parálisis tienen antecedente de prematuridad.

Fuente: (Bravo, 2016, p.28).

Figura N°15. Variantes de la normalidad del desarrollo en niños prematuros, en el desarrollo cognitivo y del comportamiento.

Área		Descripción
Alteración cognitiva y del comportamiento	Cociente Intelectual (CI)	<ul style="list-style-type: none"> • Existe una relación muy fuerte entre el nivel socio económico de los padres y el cociente intelectual, pero en los niños prematuros las diferencias con los controles, aunque se reducen, persisten al ajustar por el nivel socioeconómico. • Algunos estudios han mostrado de forma bastante consistente que proporcionalmente el CI se ve todavía más afectado en los niños muy prematuros de nivel socioeconómico más bajo, por lo que constituyen una población especialmente vulnerable. • En los prematuros de edad gestacional extrema (24-26 semanas de gestación) los factores biológicos son determinantes y son los niños en los que los programas de atención temprana tienen menos impacto.
	Alteraciones del comportamiento y psicopatología	<ul style="list-style-type: none"> • No es fácil identificar si estas alteraciones están en relación con la prematuridad o con la crianza que reciben estos niños. Se puede sospechar que por haber nacido prematuramente existe una cierta sobreprotección. • En un estudio reciente que compara a los 5 años una cohorte de prematuros de menos de 32 semanas con controles nacidos a término encontraron que los trastornos emocionales y del aprendizaje eran 1,6 veces más frecuentes en los niños prematuros.
	Hiperactividad y déficit de atención	<ul style="list-style-type: none"> • Actualmente se dispone de información consistente que demuestra que el síndrome de hiperactividad y déficit de atención es más frecuente en los niños prematuros que en la población general.
	Otras alteraciones del aprendizaje	<ul style="list-style-type: none"> • Se ha demostrado cómo los niños muy prematuros presentan dificultades en los procesamientos viso-espaciales y viso-motores. • Estos déficits tienen un impacto negativo en los procesos de aprendizaje, incluso en niños sin alteración sensorial o del desarrollo. • Aún a los 18 años se mantienen estas dificultades en el aprendizaje y una menor velocidad de respuesta ante nuevas tareas.

Fuente: (Bravo, 2016, p.28).

2.1.6. Cuidados neonatales afectados por diversos factores de riesgo

Ocampo (2013) sustenta una dura realidad en cuanto a los recién nacidos antes de término y su ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN):

En general, las personas que esperan un hijo suponen que tanto la gestación como el parto tendrán un curso normal, por lo que casi nunca están preparadas para un nacimiento prematuro ni para la hospitalización de su hijo en una Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN). (p.71)

Para seguir analizando los cuidados neonatales de bebés nacidos antes de término, Ocampo (2013) también describe el proceso por el que pasan las madres desde el embarazo, la hospitalización y salida del niño prematuro del hospital:

1) La gestación, que en general fue sorpresiva, corta e insuficiente para prepararse como madre; 2) Ser la madre de un “hijo ajeno”, que pertenece a las personas calificadas para cuidarlo en la UCIN, quienes de manera constante la excluyen y solo le permiten verlo durante breves espacios de tiempo; 3) Recobrar al hijo al ser dado de alta y poder actuar como madre ante la familia, los vecinos y amigos. A partir del egreso del hijo del hospital, el proceso continúa al 4) Asumir su cuidado en el hogar durante las 24 horas con mezcla de angustia, zozobra y entrega hasta llegar a sentir confianza en su papel de madre, al saber que puede ofrecerle a su hijo no solo su amor, sino todos los cuidados que lo mantendrán alejado del hospital y le ayudarán a crecer como un niño normal. (p.71)

Hechavarría, Cruz, Hernández y López (2018) plantean diferentes tratamientos rehabilitadores para neonatos con alto riesgo, en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) de un hospital. Estos procesos de rehabilitación son de suma importancia para el estudio de la prematuridad, puesto que estos bebés enfrentan y se exponen a estas dificultades o riesgos día a día a nivel mundial.

También, es oportuno enunciar algunos diagnósticos comunes de ingreso en recién nacidos prematuros de la UCIN, planteados por Méndez, Martínez y Bermúdez (2007):

Miranda, Cardiel, Reynoso, Oslas y Acosta (2003) comparan América Latina con los Estados Unidos en los nacimientos prematuros de bajo peso al nacer:

En los últimos 10 años, en Estados Unidos disminuyó la cantidad de pacientes de muy bajo peso al nacer. Esto debido a los avances en las modalidades de ventilación, la aplicación de surfactante, y en la monitorización no invasiva. Sin embargo, en América Latina se tiene acceso limitado a la infraestructura necesaria para la atención de este tipo de pacientes, por lo que la mortalidad se mantiene entre el 60-70%. (p.26)

Para los cuidados de los neonatos prematuros, la tecnología puede ser una alternativa viable para disminuir las tasas de mortalidad infantil a nivel mundial. Estados Unidos es un país pionero en herramientas médicas digitales para combatir los riesgos del parto prematuro y de una posible muerte del niño.

Algunas sesiones grupales propuestas por Estévez et al. (2016), y que se pueden aplicar a nivel intrahospitalario y después de la salida del neonato prematuro del hospital, para con sus padres, aparecen en la figura 16:

Figura N°16. Sesiones grupales de tratamiento de los padres de bebés prematuros, a nivel intrahospitalario y después del alta del niño.

Estrategia	Actividades
Dinámicas transversales	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación del servicio y las guías. - Presentación de asistentes y evaluación de necesidades. - Derechos y recursos de interés.
Contenido informativo	<ul style="list-style-type: none"> - Prematuridad, neonatología, aparatos y profesionales. - Información a disponer antes de volver a casa. - Atención temprana.
Contenido emocional	<ul style="list-style-type: none"> - Expectativas, impacto emocional, dificultades presentes y futuras. - Vínculo de apego. - Cuando la espera se alarga.
Habilidades y destrezas	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidados básicos. - Estimulación. - Papel de los padres y madres en neonatología. - Primeros días en casa: Reorganización del hogar y adopción de nuevos roles.
Relaciones interpersonales, conflicto y apoyo	<ul style="list-style-type: none"> - Relaciones de pareja. - Hermanos y hermanas: Los otros hijos e hijas. - Petición de ayuda.

Fuente: (Estévez et al., 2016. p.110).

2.1.7. Cociente intelectual de niños en edad escolar que tienen antecedentes de Prematuridad.

Uno de los aspectos que más se preguntan los padres de familia que tienen algún hijo prematuro, es el rendimiento académico a futuro. Generalmente, la prematuridad ocasiona dificultades de aprendizaje en la edad escolar. Prueba de ello es el planteamiento de Narberhaus y Segarra (2004), citados por Gómez y Vásquez (2015): “Los niños prematuros durante la infancia presentan un déficit en el rendimiento cognitivo general y en ciertas habilidades no verbales, destacando las dificultades en las tareas visoespaciales y visoperceptivas” (p.75).

Otro indicio de afectaciones en el cociente intelectual de niños en edad escolar que posean antecedentes de prematuridad es el proceso de mielinización de estos bebés. Castro y Barraza (2007), citados por Gómez y Vásquez (2015), describen este proceso de la siguiente forma:

Uno de los eventos más importantes entre los antes mencionados es la mielinización, ya que ayuda a pronosticar determinadas manifestaciones neurológicas al ser uno de sus logros fundamentales el conformar una transmisión sináptica precisa y veloz; por esto existe una clara relación entre el patrón de mielinización del sistema nervioso y la adquisición de nuevas habilidades funcionales. El proceso antes mencionado es de suma importancia en los niños prematuros ya que se cuenta con evidencia de alteraciones en su proceso de mielinización, lo que se relacionaría con las importantes dificultades a nivel neurosensorial, motor y cognitivo que presentan, sobre todo en la infancia temprana. (p.74)

La mielinización tiene largas secuelas que conducen a problemas a nivel neurológico, sensoriomotor e intelectual. Estas dificultades se verán reflejadas en la edad escolar a edades muy tempranas.

Con referencia a esta problemática educativa de los niños prematuros cuando ingresan a la escuela, Rendón (2003), citado por Gómez y Vásquez (2015), señalan las siguientes dificultades:

Durante la edad escolar los niños con antecedentes de prematuridad presentan pobre rendimiento académico, dificultades del desarrollo y pobre función adaptativa, lo que en conjunto contribuye a un retraso en el neurodesarrollo, asimismo, estos niños presentan dificultades en atención, función ejecutora, memoria, función motora gruesa y motora fina. (p.75)

Este hecho manifiesta que el daño cerebral perinatal que sufre el niño prematuro genera fallas en la funcionalidad de diversas dimensiones como las destrezas cognitivas, motoras, psicológicas, entre otras.

2.2. Atención temprana a neonatos prematuros

En este apartado de los fundamentos teóricos de esta investigación, se analizarán los procesos de atención temprana a los neonatos prematuros. Estos cuidados incluyen tanto la estadía del bebé en los próximos meses a su nacimiento, así como el que debe brindarle su familia luego de su salida del hospital. Al respecto, Baxter et al. (2011) plantean lo siguiente:

El tiempo de estadía de los bebés en el hospital puede ser desde semanas hasta tres meses, con lo que se insta a aprovechar ese tiempo en la capacitación de los padres a través de diferentes medios, por ejemplo, material impreso y audiovisual. (p.16)

Estos mismos autores señalan la importancia de una atención temprana oportuna para los neonatos prematuros, en el siguiente párrafo:

Las investigaciones y la teoría apuntan a que, cuánto más pronto se inicie la estimulación temprana, mayor impacto tendrá en la vida de los infantes, por la plasticidad del sistema nervioso central en los primeros meses de vida. De ahí que resulte vital capacitar y orientar a los padres de familia y docentes para que puedan ofrecer este apoyo a los niños y las niñas prematuros que presentan una condición de riesgo biológico. (Baxter et al., 2011, p.19)

Es una realidad evidente que los padres de niños prematuros más que cualquier tipo de padres de familia, se sienten llenos de temor, inseguridad e incapacidad para brindarles el cuidado que estos bebés requieren. Al respecto de esta actitud que deben tener los padres hacia la crianza de una criatura que haya pasado por un parto prematuro, Consejo de Europa (2006), citado por Estévez et al. (2016), definen el concepto de parentalidad positiva:

Al comportamiento de las madres fundamentado en el interés superior del niño o la niña, que cuida, desarrolla sus capacidades, no es violento y ofrece reconocimiento y orientación que incluyen el establecimiento de límites que permitan el pleno desarrollo del niño. (p.108)

Es importante que los padres de hijos prematuros sean totalmente informados del cuidado especial que conlleva su crianza. Jonson, Sandford y Tyndall (2008),

citados por Gómez (2016), tienen la siguiente opinión en cuanto a la información al momento de la salida de los bebés prematuros del hospital:

Cuando los niños son dados de alta en el hospital, es mejor que los padres reciban la información escrita y verbalmente acerca de cómo continuará la atención del niño en el domicilio. La combinación de la información verbal y escrita sobre el cuidado del bebé permite el suministro de información estandarizada a los pacientes y sus acompañantes, lo que, al parecer, mejora el conocimiento y la satisfacción. (p.12)

Antes de la salida de los bebés prematuros del hospital, el personal de enfermería cuenta con diversas herramientas para determinar los signos fisiológicos y neurológicos del neonato. Una de ellas es el Puntaje de Ballard. (Gómez, 2016, p.13)

2.2.1. Definición de Atención Temprana

El Libro Blanco de la Atención Temprana, citado por Álvarez y Martínez (2002), define la Atención Temprana (AT) de la siguiente forma:

“Conjunto de intervenciones optimizadoras y compensadoras dirigidas a los niños de 0-6 años que padecen Trastornos del Desarrollo ya establecidos o con riesgo de padecerlos (Niños de Riesgo Biológico y Niños de Riesgo Psicosocial) de modo que se facilite su adecuada maduración en todos los ámbitos y se les permita alcanzar el máximo nivel de desarrollo personal y de integración social”. (p.13)

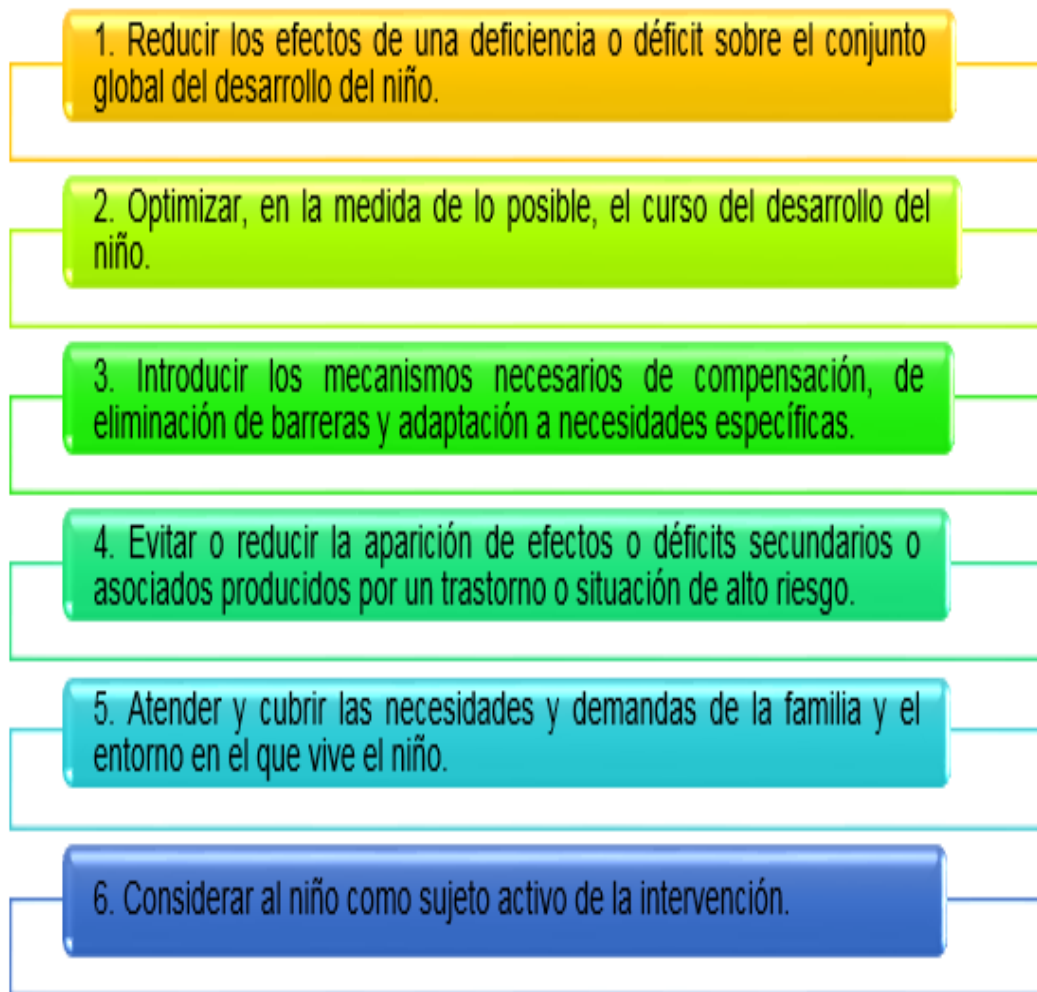
2.2.2. Objetivos de la Atención Temprana

El Libro Blanco de la Atención Temprana, citado por Álvarez et al (2002), también describe el objetivo principal de la AT:

El principal objetivo de la Atención Temprana es que los niños que presentan trastornos en su desarrollo o tienen riesgo de padecerlos, reciban, siguiendo un modelo que considere los aspectos bio-psicosociales, todo aquello que desde la vertiente preventiva y asistencial pueda potenciar su capacidad de desarrollo y de bienestar, posibilitando de la forma más completa su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal. (p.17)

A partir del objetivo mencionado en el párrafo anterior referente a la Atención Temprana, se desprenden 6 objetivos específicos que están orientados a un mejor cuidado del niño en sus diferentes etapas a edades iniciales, los cuales aparecen en la figura 17:

Figura N°17. Objetivos específicos de la Atención Temprana.



Fuente: (Grupo de Atención Temprana, 2000. p.17).

Los principios de la Atención Temprana para bebés prematuros se describen en la figura 18, según Ramey y Ramey (1992), citados por Sánchez-Caravaca (2006):

Figura N°18. Principios que deben regir la Atención Temprana para el cuidado de neonatos prematuros.

Intensidad	•Cuanto más frecuente y mayor es la calidad de los servicios mayor es su eficacia.
Momento de inicio	•La intervención tiende a ser más eficaz cuanto antes se inicie.
Servicios directos frente a servicios indirectos	•Cuando se prestan a los padres o a los hijos los servicios de la intervención.
Mantenimiento de las mejoras en el entorno.	•Es necesario establecer un sistema social de soporte o mecanismos permanentes para aumentar y mantener las mejoras cognitivas y socioemocionales alcanzadas a lo largo de la intervención temprana.
Generalización	•Es preciso proporcionar múltiples servicios a las familias y a los niños para mejorar la eficacia de la intervención, antes que pensar en la idea simplista del currículum de los programas como único agente de mejora.
Atención a las diferencias individuales.	•Los programas que dan respuesta a las diferencias y necesidades individuales tienen más posibilidades de ser eficaces.

Fuente: (Ramey y Ramey, 1992; citados por Sánchez-Caravaca, 2006, p.90).

2.2.3. Áreas que comprende la Atención Temprana

La atención temprana abarca diferentes áreas que abordan los cuidados del niño y su contexto. Estas áreas que comprende la atención temprana son:

2.2.3.1. Prevención primaria

Se enfoca en evitar los trastornos y deficiencias que pueden aparecer en el niño por diversas condiciones. Esta área incluye servicios de salud, sociales y educativos, los cuales se describen a continuación en la figura 19:

Figura N°19. Prevención Primaria en Atención Temprana.

Servicio	Descripción
Servicios de salud	Son competencia de los servicios de salud los programas de planificación familiar, de atención a la mujer embarazada, los de salud materno-infantil, detección de metabopatías y vacunaciones, información de los factores de riesgo y de su prevención, atención pediátrica primaria y las actuaciones hospitalarias y sanitarias en general. Han sido las actuaciones en este ámbito las que han permitido la práctica erradicación de la poliomielitis, disminución drástica de algunas infecciones intrauterinas, eliminación de los cuadros de parálisis cerebral infantil secundarios a incompatibilidad Rh, detección y tratamiento precoz de algunas metabopatías, etc. Los avances más recientes están evitando la infección en la etapa fetal del virus de la inmunodeficiencia adquirida a los niños de madres afectas.
Servicios sociales	<p>Son competencia de los servicios sociales las intervenciones destinadas a la prevención de situaciones de riesgo social y de maltrato, por acción u omisión, al menor. La actuación de los Servicios Sociales se enmarca muchas veces en una labor de atención a la familia, siendo estos programas, al considerar el conjunto familiar, especialmente relevantes, por la importancia reconocida de la familia en el bienestar y desarrollo del niño. En esta línea se sitúan los centros materno -infantiles.</p> <p>Los Servicios Sociales intervienen también de forma especial en la prevención de los trastornos del desarrollo infantil, a través de los programas dirigidos a colectivos que se hallan en situación de riesgo por condiciones sociales, como madres adolescentes, población emigrante, etc.</p>
Servicios educativos	<p>Son competencia de los servicios educativos las actuaciones de apoyo al niño y a la familia desde los centros de Educación Infantil, utilizados de forma mayoritaria por la población a partir de los 3 años de edad y por una parte de la misma en edades anteriores. La labor de estos centros en la prevención de los trastornos en el desarrollo puede ser fundamental para las poblaciones de alto riesgo, al ofrecer un entorno estable y estimulante a un sector de la población infantil que a menudo sufre de condiciones adversas en el seno de la familia.</p> <p>Un importante nivel de actuaciones preventivas desde Educación tiene lugar a través de la formación de los alumnos y alumnas de secundaria, bachillerato y formación profesional, en los ámbitos de salud, educativos y sociales, y especialmente en planificación familiar.</p>

Fuente: (Grupo de Atención Temprana, 2000. p.21).

2.2.3.2. Prevención secundaria

El Grupo de Atención Temprana (2000) plantea el objetivo principal de la prevención secundaria en el siguiente fundamento teórico: “La prevención secundaria en Atención Temprana tiene por objetivo la detección y el diagnóstico precoz de los trastornos en el desarrollo y de situaciones de riesgo” (p.23). El área de la prevención secundaria de la Atención Temprana abarca servicios de

obstetricia, neonatología, pediatría, servicios educativos, el entorno familiar, servicios sociales y servicios sanitarios, los cuales se muestran en la figura 20:

Figura N°20. Prevención Secundaria en Atención Temprana.

Servicio	Descripción
Servicios de obstetricia	La prevención secundaria de los trastornos en el desarrollo infantil debería iniciarse en los servicios de Obstetricia, con la atención a la embarazada por parte de los profesionales sanitarios (obstetras y matronas), sobre los que recaen las funciones de detección de situaciones de riesgo y las de información, apoyo y orientación a las futuras madres. Cuando sea oportuno se procederá a la derivación o coordinación con servicios especializados en atención a embarazos de alto riesgo biológico, psicológico o social, que aportarán las ayudas sanitarias, sociales y psicológicas necesarias.
Servicios de neonatología	En las unidades o servicios de Neonatología reciben atención niños con alto riesgo de presentar deficiencias, trastornos o alteraciones en su desarrollo en función de determinadas condiciones genéticas y de situaciones adversas en el ámbito biológico u orgánico: infecciones intrauterinas, bajo peso, hipoxia, hemorragias cerebrales, infecciones postnatales.
Servicios de pediatría	El equipo pediátrico, a través de las visitas regulares al niño en los primeros años de vida y de los programas de control del niño sano debería ser sin duda el principal agente de la detección temprana. La observación directa del niño y la información aportada por los padres en una entrevista abierta a sus inquietudes y dirigida a obtener aquellos datos más relevantes, permite confirmar la normalidad del desarrollo infantil o establecer la situación de sospecha de desviación en el mismo.
Servicios educativos	Cuando el niño o niña asiste a la escuela infantil, los maestros y educadores de la misma constituyen un importante agente de detección. En esta etapa pueden apreciarse problemas en las capacidades y comportamientos básicos para el aprendizaje: Habilidades motoras, de socialización, de lenguaje, dificultades atencionales y perceptivas y limitaciones cognitivas o emocionales que antes no habían sido detectadas.
El entorno familiar	El medio familiar constituye sin duda una vía importante de detección, pues en muchas ocasiones son los propios padres, o personas cercanas al niño, los que en la interacción diaria con su hijo en su contexto natural pueden observar que existe una diferencia o desviación entre el comportamiento de su hijo y el de otros niños.
Servicios sociales	Los Servicios Sociales, a partir de su relación con familias con problemática psicosocial y con la comunidad en general, se hallan en una posición óptima para la detección de factores de riesgo social para el desarrollo infantil, como pueden ser las situaciones de muy bajos ingresos económicos familiares, madres adolescentes, drogodependencia, marginación social familiar, etc.
Otros servicios sanitarios	Con frecuencia los niños y niñas que presentan trastornos en su desarrollo que no han sido identificados realizan su primera consulta a otros servicios sanitarios, al ser derivados a un especialista. Estas consultas brindan la oportunidad de reconocer la existencia de un trastorno global en el desarrollo del niño, del cual el síntoma por el cual es referido constituye un elemento.

Fuente: (Grupo de Atención Temprana, 2000. p.23).

2.2.3.3. Prevención terciaria

El Grupo de Atención Temprana (2000) hace referencia a la prevención terciaria como el conjunto de todas las actividades orientadas a supervisar el desarrollo del infante, su entorno familiar y los factores externos que forman parte de su vida. En cuanto a este mecanismo de prevención terciaria, el Grupo de Atención

Temprana (2000) enfatiza otros aspectos preponderantes para el cuidado del niño:

Otro objetivo fundamental de la intervención es conseguir que la familia conozca y comprenda la realidad de su hijo, sus capacidades y sus limitaciones, actuando como agente potenciador del desarrollo del niño, adecuando su entorno a sus necesidades físicas, mentales y sociales, procurando su bienestar y facilitando su integración social. La intervención debe ser planificada con carácter global y de forma interdisciplinar, considerando las capacidades y dificultades del niño en los distintos ámbitos del desarrollo, su historia y proceso evolutivo, así como las posibilidades y necesidades de los demás miembros de la familia y los recursos de que se dispone; y el conocimiento y actuación sobre el entorno social. (p.36)

Esto describe la importancia del entorno y el rol de la familia en la crianza y cuidado del niño. Estos dos elementos constituyen factores cruciales en la atención temprana.

2.2.4. Programas de intervención de la Atención Temprana

Pallás (2012) plantea una serie de recomendaciones orientadas al cuidado de los niños antes de término:

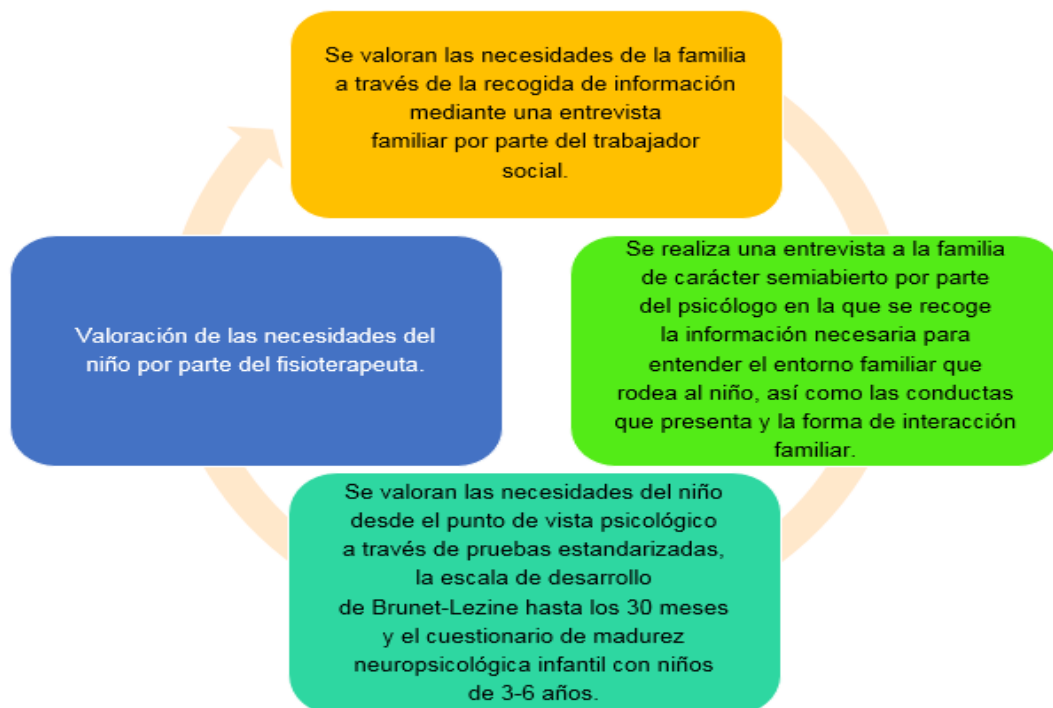
- El especialista o pediatra debe conocer claramente el programa de seguimiento que se le va a dar al niño prematuro, supervisando que verdaderamente acuda a los chequeos y tratamientos necesarios.
- Monitorea frecuentemente el crecimiento después del alta del bebé prematuro. Esto se debe realizar con el fin de que los que tienen crecimiento insuficiente, pueden presentar futuros problemas de neurodesarrollo, mientras que los que presentan un crecimiento abrupto o muy rápido, a futuro estarían propensos a la obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, etc.
- Se debe practicar el método canguro, donde la madre puede producir más leche mientras tenga un mayor contacto con su bebé. Esto es muy importante, ya que la leche materna se considera el mejor alimento para el lactante.

También, Ramírez-Cordero (2016) hace referencia a una adecuada alimentación para el infante que posee antecedentes de prematuridad, en el siguiente planteamiento:

Para lograr un buen desarrollo en el niño juega un papel preponderante además de los estímulos, una sana alimentación, un ambiente seguro que le brinde estabilidad emocional al niño desde su nacimiento, considerando que es en esta etapa donde el cerebro del niño tiene un aprendizaje mucho más significativo y relevante para toda su vida debido a que interviene en el desarrollo. (p.22)

Inicialmente, para la intervención o cuidado de los neonatos prematuros, Rico et al. (2010) enuncian las siguientes medidas en la figura 21:

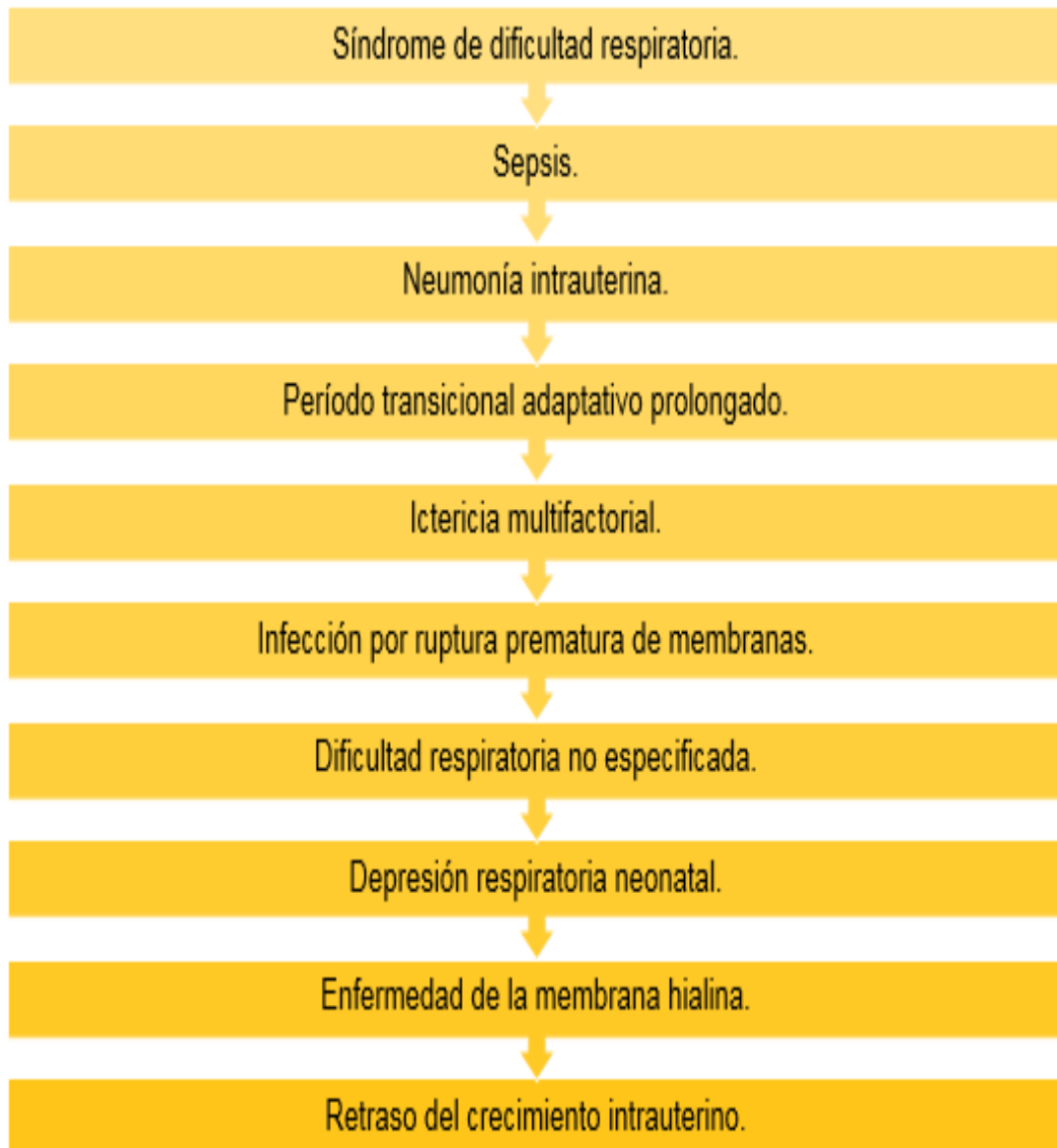
Figura N°21. Intervención inicial en el cuidado de los neonatos prematuros.



Fuente: (Rico et al., 2010, p.11).

Cuando los niños prematuros ingresan a la Unidad de Cuidados Neonatales de un centro hospitalario, se pueden identificar diversas situaciones o diagnósticos. Los más comunes de ellos se muestran en la figura 22:

Figura N°22. Diagnósticos de ingreso en recién nacidos prematuros de la UCIN.



Fuente: (Méndez et al., 2007. p.48).

A continuación, la figura 23 describe programas de intervención que contribuyen al cuidado de los neonatos prematuros, según Aramburu et al. (2017):

Figura N°23. Programa de intervención centrado en el niño prematuro.

Área	Descripción
Psicomotricidad	Pretende desarrollar las capacidades del individuo a través del movimiento. La principal finalidad es el desarrollo de competencias motrices, cognitivas y socio-afectivas.
Logopedia	Trabaja a nivel orofacial, incluyendo la succión para mejorar las áreas de alimentación, habla y comunicación.
Fisioterapia	Conjunto de terapias manuales que tiene como finalidad el desarrollo motor del niño buscando la prevención de las deformidades.
Terapia ocupacional	Favorece la adquisición de las habilidades y destrezas motoras, perceptivo-cognitivas y socio-afectivas. Además, potencia la autonomía e independencia en las actividades de la vida diaria y realiza adaptaciones en los ámbitos necesarios, asesoramiento y seguimientos periódicos.
Psicología	Es la disciplina que estudia los procesos mentales. Esta profesión abarca la dimensión cognitiva, afectiva y conductual, por lo que trabaja con la familia para que puedan afrontar la situación y lleven a cabo un manejo satisfactorio de las emociones.

Fuente: (Aramburu et al., 2017, p.8).

Algunos tratamientos de rehabilitación que se aplican en la Unidad de Cuidados Neonatales de los hospitales, en base a la atención de niños prematuros, se enuncian en la figura 24:

Figura N°24. Tratamientos de Rehabilitación en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).

Afección / Dificultad	Intervención
<p>Respiratoria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Calibre vías respiratorias reducidas. • Tapizado de mucosas frágiles. • Caja torácica maleable. 	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de higiene bronquial. • Cambios posturales. • Vigilar nutrición. • Vigilar estimulación excesiva y/o inadecuada.
<p>Postural</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posición rana aplastada (Greiner). • Acortamiento de psoas ilíaco y aductor medio. • Deformidad óseo-cartilaginosa del fémur por abducción prolongada de cadera. • Cabeza y cuello en hiperextensión. • Mirada hacia arriba. • Problemas de succión / deglución. • Limitación coordinación ojo-mano. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios de postura a supino prono y de cúbito lateral. • Posición cabeza línea media. • Simetría del eje corporal. • Control de mirada adelante y abajo. • Brazos en línea media.
<p>Sensorial-visual</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prematuridad extrema. • Grado de retinopatía. • Luz en UCIN. 	<ul style="list-style-type: none"> • Control postura cabeza y cuello. • Disminuir intensidad de la luz. • Favorecer diferencia entre iluminación día/noche. • Seguimiento ocular del rostro, linterna, disco blanco-negro.
<p>Sensorial – auditivo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prematuridad. • Exanguinotransfusión. • Fármacos ototóxicos. • Ruido en UCIN. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la intensidad de los ruidos. • Vivencia del ritmo y el sonido (cantarle, acunarlo, palmaditas). • Alarmas de incubadoras de preferencia lumínica.

Fuente: (Hechavarría et al., 2018. p.143).

De esta manera, se han presentado las generalidades más importantes de los bebés prematuros. Esto permite ir detectando secuelas y problemas a futuro, para tener los cuidados necesarios desde su nacimiento hasta edades tempranas.

CAPÍTULO III

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 Diseño y tipo de estudio

De acuerdo con la estructura que se presenta en el manual de trabajo de grado impreso en UDELAS 2019, el diseño de investigación corresponde al enfoque mixto o a la modalidad de tesis mixta porque contiene las particularidades de los enfoques cualitativo y cuantitativo; es decir, este “es un proceso que recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio para responder a un planteamiento”.

Asimismo, el estudio es explicativo porque busca dar respuesta a “las causas de los eventos y fenómenos físicos o sociales. Se enfoca en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se manifiesta, o por qué se relacionan dos o más variables”. “Se encuentra más estructurado que las demás investigaciones y proporciona un sentido de entendimiento del fenómeno a que hacen referencia” (p.85).

En este caso particular, el estudio es descriptivo y explicativo, porque, además de recoger información sobre los principales factores de riesgos asociados a partos prematuros, las causas de ingreso de los bebés prematuros a la unidad neonatal del Hospital Luis Chicho Fábrega, también se busca recopilar información sobre los factores de riesgos que implica la no atención temprana a los bebés prematuros; cómo se atiende en casa a los bebés prematuros para desarrollar sus diferentes áreas; y se busca explicar las causas del aumento considerable de partos prematuros y las secuelas, sino se ofrece atención oportuna a esa población.

3.2 Población y tipo de muestra

La población de la investigación estuvo conformada por 135 niños ingresados a la sala de neonatología en el último trimestre del año 2017, 12 enfermeras, 3 doctores especialistas, 2 internos, 2 estimuladoras: una del Instituto Panameño para Habilitación Especial y otra de la CSS, todos miembros del personal de la unidad neonatal del Hospital Luis Chicho Fábrega.

Según Ferrer (2000), el muestreo empleado en la investigación corresponde al de conveniencia, pues se trabajó con los bebés nacidos prematuramente que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Luis Chicho Fábrega y tienen la misma probabilidad de ser seleccionados.

Sin embargo, se seleccionó la muestra de 100 bebés, los cuales corresponden a los casos que se encontraban hospitalizados en el trimestre de recolección de la información (tercero).

3.3 Variables

Variable dependiente: atención temprana

Definición conceptual

El Grupo de Atención Temprana (2000), la define como:

El conjunto de procedimientos dirigidos a la población infantil de 0 a 6 años, la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. (p.13)

Definición operacional

Se midió con una encuesta y el libro de registros de la unidad neonatal (se precisa cada diagnóstico en el libro).

Variable independiente: recién nacido prematuro o pretérmino

Definición conceptual

Gómez, Martín y Vicente (s/f) señalan que “la Organización Mundial de la Salud” define como “recién nacido prematuro o pretérmino al bebé cuyo parto se produce entre la 22 y la 36.6 semana de gestación y nacido a término cuando el parto se produce desde la semana 37 a la 42” (p.1).

Definición operacional

Se medirá con una encuesta y el libro de registros de la unidad neonatal, los protocolos de atención temprana a los neonatos.

3.4 Instrumentos y/o técnicas de recolección de datos

La recolección de la información de la investigación se efectuó mediante encuestas con la escala tipo Likert y del libro de registros de la unidad neonatal, los protocolos de atención temprana a los neonatos.

Además, el procesamiento de la información se realizará mediante el programa Excel y el análisis se efectuará mediante la construcción de cuadros, gráficas y descripción porcentual de los mismos; y para la prueba de hipótesis, se aplicó el estadígrafo Z mediante proporciones.

3.5 Procedimiento

El desarrollo de esta investigación fue por etapas:

- Acercamiento a la sala de neonatología del Hospital Luis Chicho Fábrega para dialogar con la persona responsable de la unidad y solicitar su apoyo para la investigación.

- Elaboración y validación de los instrumentos confeccionados por la investigadora.
- Aplicación de las encuestas al personal de neonatología y revisión del registro de ingreso de la unidad neonatal, los protocolos de atención temprana a los neonatos.
- Luego se realizó el análisis de resultados con las encuestas aplicadas al personal de neonatología, el libro de registros de la unidad neonatal y los protocolos de atención temprana a los neonatos.

CAPÍTULO IV

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El presente capítulo muestra los principales resultados de la investigación sobre atención temprana a neonatos prematuros nacidos en el Hospital Dr. Luis Chicho Fábrega. A continuación, se muestran las gráficas y los cuadros de las encuestas aplicadas a las madres de los neonatos y el personal que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Luis Chicho Fábrega.

Para el objetivo específico **identificar los principales factores de riesgos asociados a parto pretérmino o prematuros; se efectuó un desglose cada uno tal como se muestra en el cuadro N°1.**

El 28% de los partos prematuros fueron desencadenados por hipertensión arterial, un 20% fue por rupturas prematuras de membranas ovulares, el 6% fueron embarazos múltiples, por enfermedades renales, un 4% fue por infecciones bacterianas ascendentes, por placenta previa, pérdida o ganancia de peso en el embarazo, por enfermedades del tracto urinario o por otros factores, aunque no los especificaron.

Cuadro N°1. Opinión de las pacientes que fueron recluidas en la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega sobre los factores que desencadenaron en el embarazo en partos prematuros. Año 2018

Factores que desencadenaron el embarazo en parto prematuro	f	%
Total	150	100
hipertensión arterial	42	28
preesclamsia	21	14
infecciones bacterianas ascendentes	6	4
placenta previa	6	4
ruptura prematura de membranas ovulares	30	20
anemia	0	0
sufrimiento fetal	3	2
pérdida o ganancia de peso en el embarazo	6	4
diabetes	3	2
embarazos múltiples	9	6
enfermedades cardíacas	3	2
enfermedades del tracto urinario	6	4
exceso o defecto de líquido amniótico	0	0
consumo de sustancias tóxicas	0	0
cervicovaginitis	0	0
enfermedades renales	9	6
todas	0	0
otras	6	4

Fuente: Encuesta aplicada a las madres de los neonatos prematuros. Año 2018

De acuerdo con el cuadro N°2 el 20% de las enfermeras señala como factores que desencadenaron el embarazo en parto prematuro a la hipertensión arterial, preeclampsia, todas las causas señaladas abajo en el cuadro, un 10% dice que la ruptura de membrana ovulares, pérdida o ganancia de peso en el embarazo, la diabetes.

Cuadro N°2. Opinión de las enfermeras de la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega respecto a los factores que generan partos prematuros. Año 2018

Factores que desencadenaron el embarazo en parto prematuro	f	%
Total	20	100
hipertensión arterial	4	20
preeclampsia	4	20
infecciones bacterianas ascendentes	1	5
placenta previa	0	0
ruptura prematura de membranas ovulares	2	10
anemia	0	0
sufrimiento fetal	1	5
pérdida o ganancia de peso en el embarazo	2	10
diabetes	2	10
embarazos múltiples	0	0
enfermedades cardíacas	0	0
enfermedades del tracto urinario	0	0
exceso o defecto de líquido amniótico	0	0
consumo de sustancias tóxicas	0	0
cervicovaginitis	0	0
enfermedades renales	0	0
todas	4	20

Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras de la sala de maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega. Año 2018

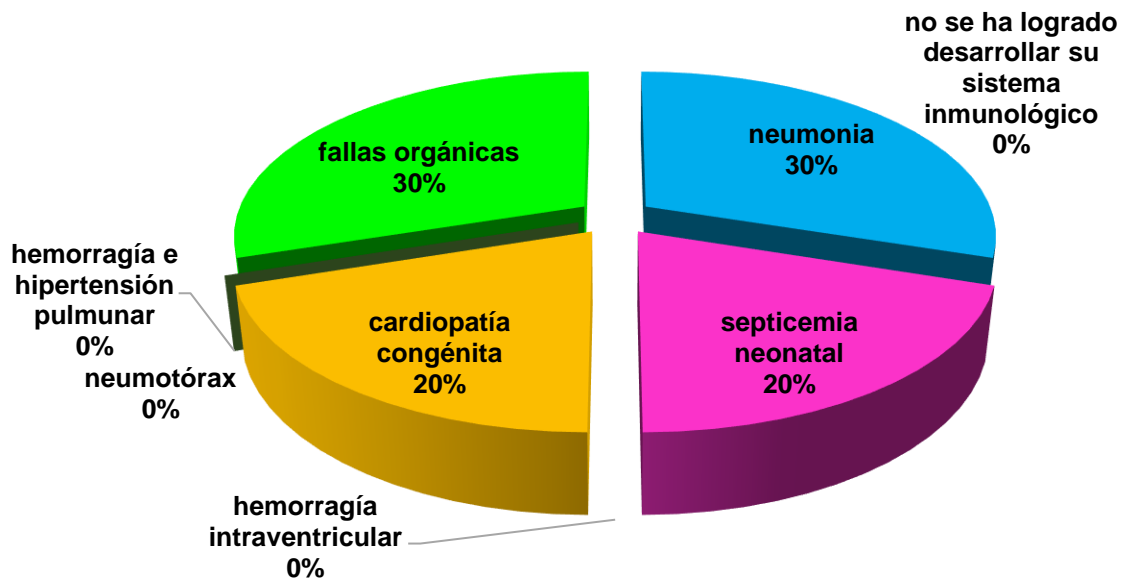
En el cuadro N°3 y la gráfica N°1 se aprecia que de acuerdo con las enfermeras de la sala de maternidad el 30% de las causas de muerte en los neonatos prematuros se debe a neumonía, fallas orgánicas, tan solo el 20% se atribuye a septicemia neonatal y cardiopatía congénita.

Cuadro N°3. Opinión de las enfermeras de la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega respecto a las causas de muerte más frecuentes de los neonatos prematuros. Año 2018

Causas de muerte más frecuentes de los neonatos prematuros	frecuencia	%
Total	10	100
neumonía	3	30
septicemia neonatal	2	20
hemorragia interventricular	0	0
cardiopatía congénita	2	20
hemorragia e hipertensión pulmonar	0	0
neumotórax	0	0
fallas orgánicas	3	30
no se ha logrado desarrollar su sistema inmunológico	0	0

Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras de la sala de maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega. Año 2018

Gráfica N°1. Opinión de las enfermeras de la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega respecto a las causas de muerte más frecuentes de los neonatos prematuros. Año 2018



Fuente: Cuadro N°3.

En cuanto al objetivo específico: **determinar las causas del aumento considerable del número de partos prematuros en el Hospital Dr. Luis Chicho Fábrega.**

Como parte de las causas del aumento considerable del número de partos prematuros se describen las edades de las madres al momento del embarazo, los cuidados y controles prenatales de la madre, los antecedentes médicos patológicos, mencionan los números, los temores durante el embarazo, las situaciones laborales y de estrés a las que estuvo expuesta durante el embarazo, y las causas propiamente dichas.

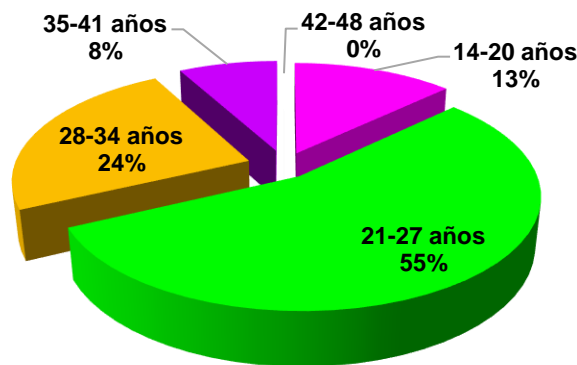
En el cuadro N°4 y la gráfica N°2 el 55% de las madres al momento del embarazo oscila entre 21- 27 años, un 24% estaba entre los 28-34 años, el 13% entre 14-20 años y, tan solo 8% se encontraba entre los 35 - 41 años.

Cuadro N°4. Edades de las madres recluidas en la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega al momento del embarazo. Año 2018

Edad de las madres al momento del embarazo	frecuencia	%
Total	100	100
14-20 años	13	13
21-27 años	55	55
28-34 años	24	24
35-41 años	8	8
42-48 años	0	0

Fuente: Encuesta aplicada a las madres de los neonatos prematuros. Año 2018

Gráfica N°2. Edades de las madres recluidas en la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega al momento del embarazo. Año 2018



Fuente: Cuadro N°4.

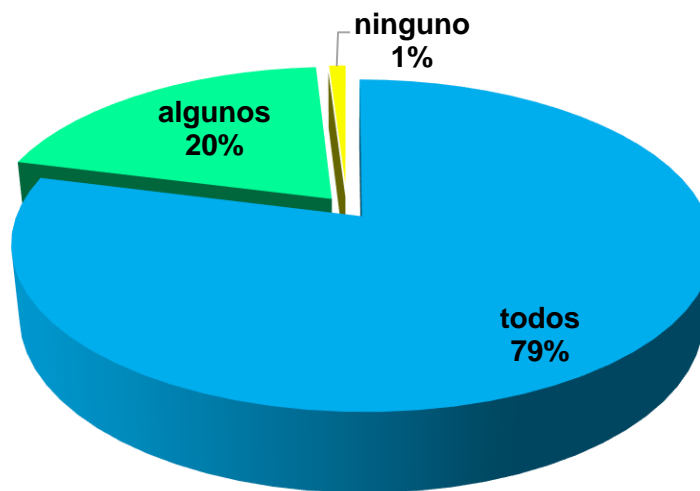
De acuerdo con el cuadro N°5 y la gráfica N°3 el 79% de las madres afirma haberse realizado todos los cuidados y controles prenatales, un 20% sostiene que solo algunos y el 1% no se hizo ninguno.

Cuadro N°5. Cuidados y controles prenatales que se realizaron las madres recluidas en la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega durante el embarazo. Año 2018

Cuidados y controles prenatales de la madre	frecuencia	%
Total	100	100
todos	79	79
algunos	20	20
ninguno	1	1

Fuente: Encuesta aplicada a las madres de los neonatos prematuros. Año 2018

Gráfica N°3. Cuidados y controles prenatales que se realizaron las madres recluidas en la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega durante el embarazo. Año 2018



Fuente: Cuadro N°5.

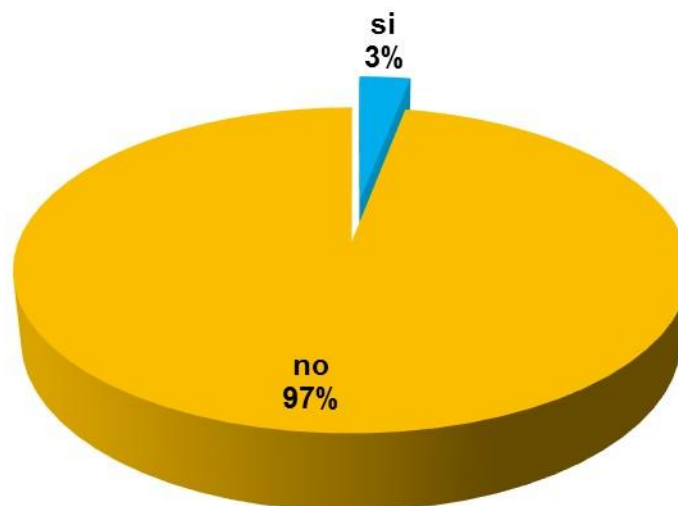
Según el cuadro N°6 y la gráfica N°4, un 3% de las madres manifestaron que sí tenían antecedentes médicos patológicos, aunque el 97% dijo que no los tenían.

Cuadro N°6. Opinión de las madres recluidas en la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega respecto a sus antecedentes médicos patológicos durante el embarazo. Año 2018

antecedentes médicos patológicos	frecuencia	%
Total	100	100
si	3	3
no	97	97

Fuente: Encuesta aplicada a las madres de los neonatos prematuros. Año 2018

Gráfica N°4. Opinión de las madres recluidas en la sala de maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega respecto a sus antecedentes médicos patológicos durante el embarazo. Año 2018



Fuente: Cuadro N°6.

El cuadro N°7 y la gráfica N°5 dejan en evidencia que el 60% de las madres señalan que algunas veces sintieron temores durante el embarazo, un 34% nunca lo sintieron, tan solo 6% afirma que siempre los sintió.

Cuadro N°7. Opinión de las madres recluidas en la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega, respecto a si sintió temores durante el embarazo. Año 2018

Sintió temores durante el embarazo	frecuencia	%
Total	100	100
siempre	6	6
algunas veces	60	60
nunca	34	34

Fuente: Encuesta aplicada a las madres de los neonatos prematuros. Año 2018

Gráfica N°5. Opinión de las madres recluidas en la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega respecto a si sintió temores durante el embarazo. Año 2018



Fuente: Cuadro N°7.

De acuerdo con el cuadro N°8 y la gráfica N°6, un 40% de los partos de las pacientes recluidas en la maternidad desencadenaron en cesárea, un 36% en urgencia, el 24% en parto vaginal.

Cuadro N°8. Opinión de las madres recluidas en la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega respecto a cómo se desencadenó su parto. Año 2018

El parto desencadenó	frecuencia	%
Total	100	100
urgencia	36	36
vaginal	24	24
cesárea	40	40
programado	0	0

Fuente: Encuesta aplicada a las madres de los neonatos prematuros. Año 2018

Gráfica N°6. Opinión de las madres recluidas en la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega respecto a cómo se desencadenó su parto. Año 2018



Fuente: Cuadro N°8.

El cuadro N°9 y la gráfica N°7 muestra que el 75% de las enfermeras manifiesta que los partos desencadenados en urgencias, solo el 25% son por cesárea.

Cuadro N°9. Opinión de las enfermeras de la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega respecto a cómo desencadenó el parto. Año 2018

Los partos desencadenan en	frecuencia	%
Total	4	100
urgencia	3	75
vaginal	0	0
cesárea	1	25
programado	0	0

Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras de la sala de maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega. Año 2018

Gráfica N°7. Opinión de las enfermeras de la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega respecto a cómo se desencadenó el parto. Año 2018



Fuente: Cuadro N°9.

Para el objetivo específico 3: **Identificar las causas del ingreso del bebé a la unidad de neonatología en el Hospital Dr. Luis Chicho Fábrega.**

Como parte de las causas del ingreso de su bebé a la unidad neonatal en el Hospital Dr. Luis Chicho Fábrega se detallan las semanas de gestación en que nació el bebé, el peso del bebé al nacer, y las causas como tales.

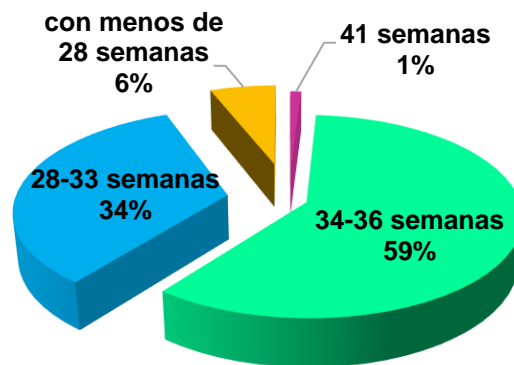
El cuadro N°10 y la gráfica N°8 muestran que el 65% de los bebés que ingresaron a la sala de neonatología nacieron entre 34-36 semanas, un 28% entre 28-33 semanas, el 6% con menos de 28 semanas, tan solo 1% nació con 41 semanas.

Cuadro N°10. Opinión de las madres recluidas en el Hospital Luis Chicho Fábrega respecto a las causas del ingreso de su bebé a la unidad de neonatología. Año 2018

Período de gestación en que nació su bebé	frecuencia	%
Total	100	100
41 semanas	1	1
34-36 semanas	65	65
28-33 semanas	28	28
con menos de 28 semanas	6	6

Fuente: Encuesta aplicada a las madres de los neonatos prematuros. Año 2018

Gráfica N°8. Opinión de las madres recluidas en el Hospital Luis Chicho Fábrega respecto a las causas del ingreso de su bebé a la unidad de neonatología. Año 2018



Fuente: Cuadro N°10.

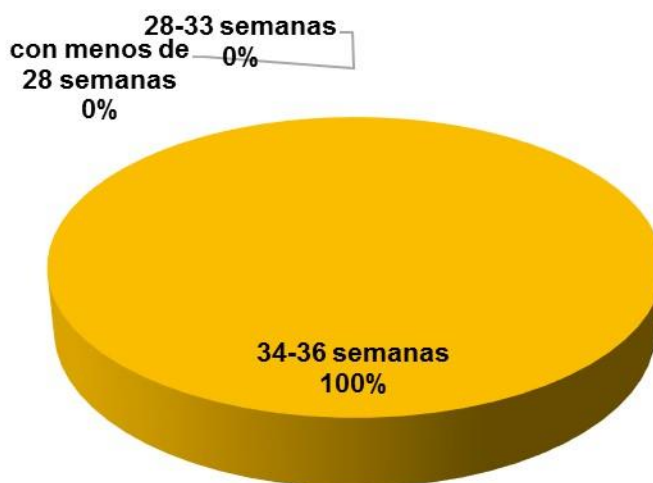
De acuerdo con cuadro N°11 y la gráfica N°9 las enfermeras de la sala de maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega advierten que el 100% de los partos tienen mayor incidencia entre las 34 - 36 semanas de gestación.

Cuadro N°11. Opinión de las enfermeras de la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega respecto a la mayor incidencia de nacimientos. Año 2018

mayor incidencia de nacimientos	frecuencia	%
Total	4	100
34-36 semanas	4	0
28-33 semanas	0	0
con menos de 28 semanas	0	0

Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras de la sala de maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega. Año 2018

Gráfica N°9. Opinión de las enfermeras de la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega respecto la mayor incidencia de nacimientos. Año 2018



Fuente: Cuadro N°11.

Según el cuadro N°12 y la gráfica N°10 el 56% de los bebés tenían un peso inferior a 5.5 libras y superior a 3.31 libras al nacer, un 23% menor a 3.31 libras

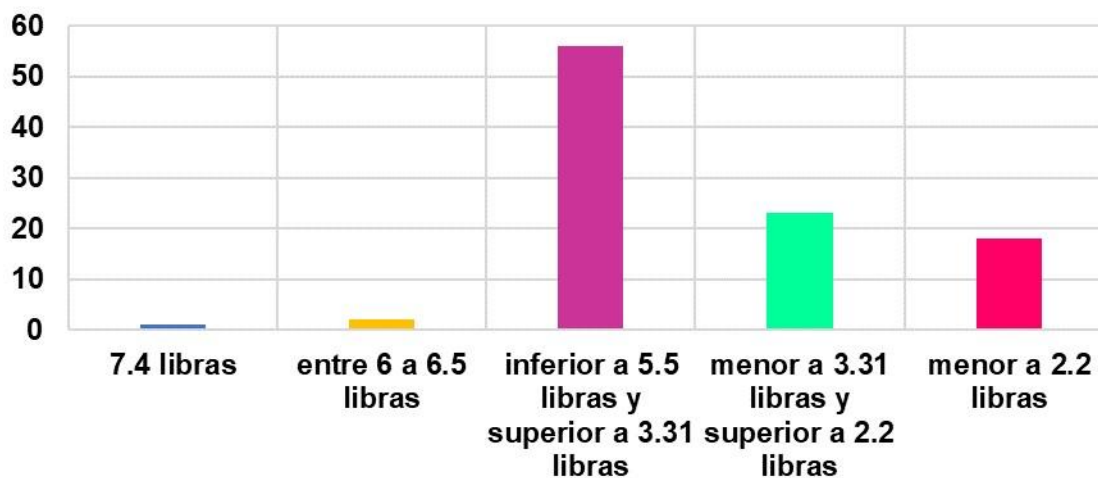
y superior a 2.2 libras, el 18% menor a 2.2 libras, 2% entre 6 a 6.5 libras, tan solo 1% 7.4 libras.

Cuadro N°12. Opinión de las madres recluidas en el Hospital Luis Chicho Fábrega respecto al peso del bebé al nacer. Año 2018

peso del bebé al nacer	frecuencia	%
Total	100	100
7.4 libras	1	1
entre 6 a 6.5 libras	2	2
inferior a 5.5 libras y superior a 3.31 libras	56	56
menor a 3.31 libras y superior a 2.2 libras	23	23
menor a 2.2 libras	18	18

Fuente: Encuesta aplicada a las madres de los neonatos prematuros. Año 2018

Gráfica N°10. Opinión de las madres recluidas en el Hospital Luis Chicho Fábrega respecto al peso del bebé al nacer. Año 2018



Fuente: Cuadro N°12.

El cuadro N°13 y la gráfica N°11 dejan en evidencia que un 50 % de las enfermeras de la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega manifiestan que

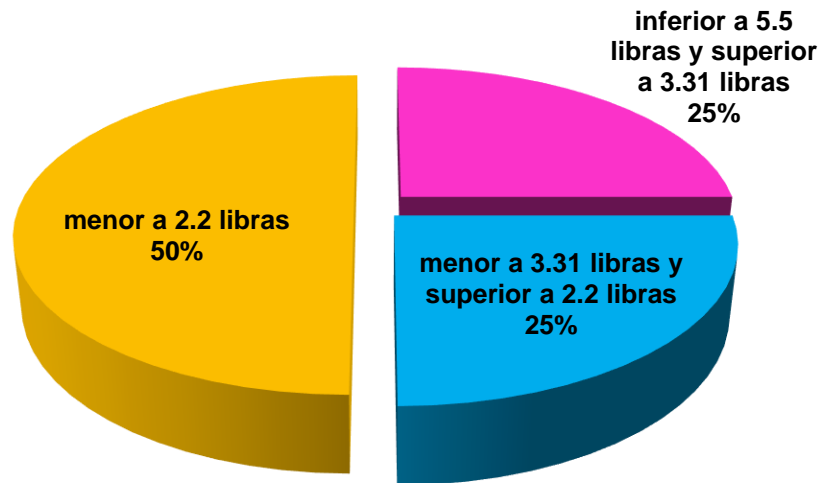
el peso de los recién nacidos es menor a 2.2 libras en tanto que el 25% dice que es inferior a 5.5 libras y superior a 3.31 libras o bien menor a 3.31 libras y superior a 2.2 libras. Es importante hacer énfasis en que el 100% de las enfermeras advierten que los bebés prematuros nacen bajo peso.

Cuadro N°13. Opinión de las enfermeras de la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega respecto al peso del recién nacido prematuro. Año 2018

peso del recién nacido prematuro	frecuencia	%
Total	4	100
inferior a 5.5 libras y superior a 3.31 libras	1	25
menor a 3.31 libras y superior a 2.2 libras	1	25
menor a 2.2 libras	2	50

Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras de la sala de maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega. Año 2018

Gráfica N°11. Opinión de las enfermeras de la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega respecto al peso del recién nacido prematuro. Año 2018



Fuente: Cuadro N°13.

De acuerdo con el cuadro N°14 y la gráfica N°12, el 24% de los bebés ingresaron a la unidad de neonatología por bajo peso, un 20% por ictericia, el 18% por prematuridad, un 17% por síndrome de dificultad respiratoria (SDR), 5% por

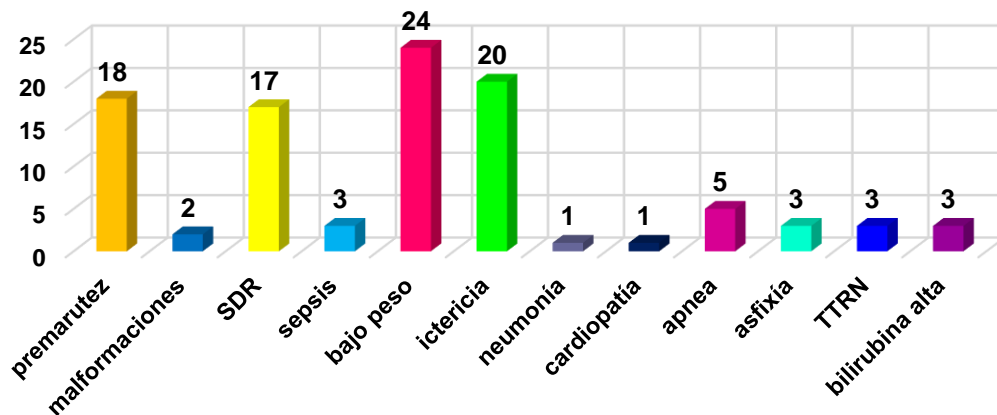
apnea, el 3% por sepsis, asfixia, taquipnea transitoria del recién nacido (TTRN), bilirrubina alta, tan solo un 2% por malformaciones.

Cuadro N°14. Opinión de las madres recluidas en el Hospital Luis Chicho Fábrega respecto a las causas del ingreso del bebé a la Unidad de Neonatología. Año 2018

Causas del ingreso de su bebé a la unidad neonatal	frecuencia	%
Total	100	100
prematurez	18	18
malformaciones	2	2
síndrome de dificultad respiratoria (SDR)	17	17
sepsis	3	3
bajo peso	24	24
ictericia	20	20
neumonía	1	1
cardiopatía	1	1
apnea	5	5
asfixia	3	3
taquipnea transitoria del recién nacido (TTRN)	3	3
bilirrubina alta	3	3

Fuente: Encuesta aplicada a las madres de los neonatos prematuros. Año 2018

Gráfica N°12. Opinión de las madres recluidas en el Hospital Luis Chicho Fábrega respecto a las causas del ingreso del bebé a la Unidad de Neonatología. Año 2018



Fuente: Cuadro N°14.

En el cuadro N°15 y la gráfica N°13 se observa que un 16% de las enfermeras afirma que los bebés ingresan a la unidad neonatal por prematurez, síndrome de distress

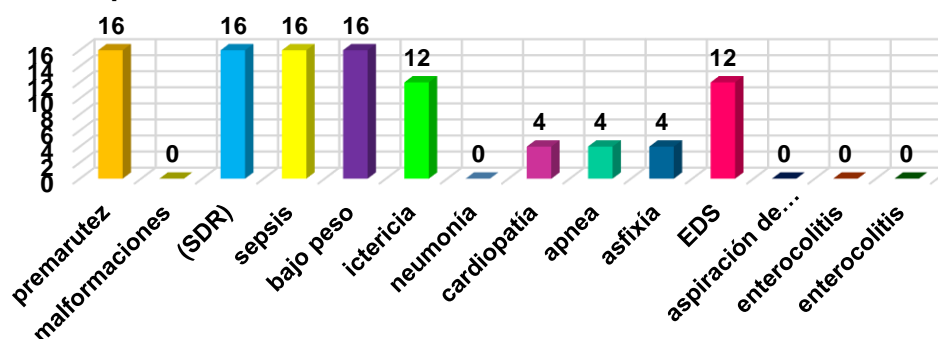
respiratorio (SDR), sepsis, bajo peso; el 12% dice que, por ictericia, por enfermedades de déficit surfactantes (EDS); tan solo 4% señala que, por cardiopatía, apnea, asfixia.

Cuadro N°15. Opinión de las enfermeras de la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega respecto a las causas del ingreso del neonato prematuro a la unidad neonatal. Año 2018

Causas del ingreso del neonato prematuro a la unidad neonatal	frecuencia	%
Total	25	100
prematurez	4	16
malformaciones	0	0
síndrome de distress respiratorio (SDR)	4	16
sepsis	4	16
bajo peso	4	16
ictericia	3	12
neumonía	0	0
cardiopatía	1	4
apnea	1	4
asfixia	1	4
enfermedades de déficit surfactantes (EDS)	3	12
aspiración de líquido meconial	0	0
enterocolitis	0	0

Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras de la sala de maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega. Año 2018

Gráfica N°13. Opinión de las enfermeras de la sala de maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega respecto a las causas del ingreso del neonato prematuro a la unidad neonatal. Año 2018



Fuente: Cuadro N°15.

En cuanto objetivo específico 4: **Señalar las estrategias que aplican los padres o cuidadores de los recién nacidos prematuros en casa para su estimulación temprana sus diferentes áreas.**

El cuadro N°16 y la gráfica N°14 dejan en evidencia que el 21% de las madres afirma que en la institución se emplean programas de apoyo dirigidos a padres de neonatos, estrategias, un 95 señala que talleres “que intentan promover la autonomía y confianza de padres-madres en el afrontamiento y cuidado saludable” del bebé prematuro, el 6% dice “apoyar y complementar el trabajo de seguimiento de los profesionales de neonatología”, tan solo 2% el canguro hospitalario.

Cuadro N°16. Opinión de las madres con bebés en la Unidad de Neonatología del Hospital Luis Chicho Fábrega respecto a las estrategias Institucionales empleadas para el cuidado del recién nacido prematuro. Año 2018

Estrategias institucionales empleadas para el cuidado del recién nacido prematuro	frecuencia	%
Total	100	100
canguro hospitalario	2	2
programa de apoyo dirigido a padres de neonatos	21	21
“apoyar y complementar el trabajo de seguimiento de los profesionales de neonatología”	6	6
Talleres que intentan promover la autonomía y confianza de padres y madres en “el afrontamiento y cuidado saludable” del bebé prematuro	9	9

Fuente: Encuesta aplicada a las madres de los neonatos prematuros. Año 2018

Gráfica N°14. Opinión de las madres con bebés en la Unidad de Neonatología Del Hospital Luis Chicho Fábrega respecto a las estrategias institucionales empleadas para el cuidado del recién nacido prematuro. Año 2018



Fuente: Cuadro N°16.

Según el cuadro N°17 y la gráfica N°15, el 40% de las enfermeras sostiene que se emplea el canguro hospitalario, estrategias que promuevan la cercanía y el contacto madre-hijo, un 10% advierte el uso de un programa de apoyo dirigido a padres del recién nacido prematuro, apoyar y complementar el trabajo de seguimiento de los profesionales de neonatología.

Cuadro N°17. Opinión de las enfermeras de la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega respecto a la mayor incidencia de nacimientos. Año 2018

Estrategias institucionales empleadas para el cuidado del recién nacido prematuro	frecuencia	%
Total	10	100
canguro hospitalario	4	40
programa de apoyo dirigido a padres del recién nacido prematuro	1	10
apoyar y complementar el trabajo de seguimiento de los profesionales de neonatología	1	10
Estrategias que promuevan la cercanía y el contacto madre-hijo	4	40
Materiales que intentan promover la autonomía y la confianza en el afrontamiento y cuidado saludable del bebé prematuro	0	0

Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras de la sala de maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega. Año 2018

Gráfica N°15. Opinión de las enfermeras de la sala de maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega respecto la mayor incidencia de nacimientos. Año 2018.



Fuente: Cuadro N°17.

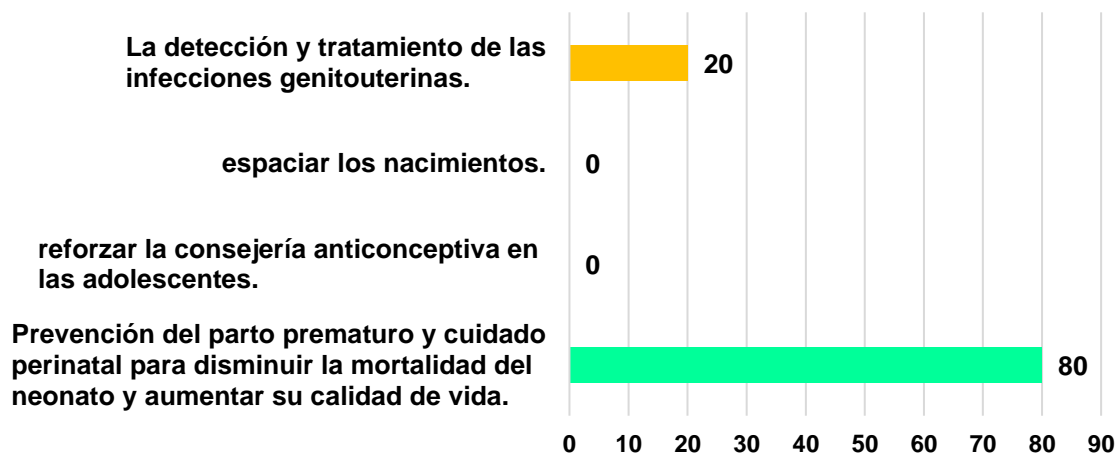
De acuerdo con el cuadro N°18 y gráfica N°16, un 80% de las enfermeras advierte que en la institución se emplea la precaución como medida para evitar el parto prematuro y cuidado perinatal para reducir la mortalidad del neonato y aumentar su calidad de vida. El 20% dice que la detección y tratamiento de las infecciones genitouterinas es una de las estrategias para abordar este problema.

Cuadro N°18. Opinión de las enfermeras de la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega respecto a las estrategias institucionales empleadas para abordar el problema de la prematuridad. Año 2018

Estrategias institucionales empleadas para abordar el problema de la prematuridad	frecuencia	%
Total	5	100
Prevención del parto prematuro y cuidado perinatal para disminuir la mortalidad del neonato y aumentar su calidad de vida.	4	80
reforzar la consejería anticonceptiva en las adolescentes.	0	0
espaciar los nacimientos.	0	0
La detección y tratamiento de las infecciones genitouterinas.	1	20

Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras de la sala de maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega. Año 2018

Gráfica N°16. Opinión de las enfermeras de la sala de maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega respecto a las estrategias institucionales empleadas para abordar el problema de la prematuridad. Año 2018



Fuente: Cuadro N°18.

Para el objetivo específico 5: **sugerir a los padres de familias o cuidadores estrategias para una efectiva intervención en casa para una estimulación efectiva en los recién nacidos prematuros.**

El cuadro N°19 y la gráfica N°17 dejan en evidencia que un 50% de las enfermeras de la sala de maternidad del Hospital advierten que es importante la atención temprana en el caso de los neonatos prematuros para poder desarrollar las áreas con diferentes estímulos y así lograr el desarrollo de todas las etapas; en tanto que el 25% sostiene que para prevenir alteraciones en las diferentes áreas y detectar rápidamente problemas futuros del aprendizaje, para hacer las intervenciones necesarias a tiempo.

Cuadro N°19. Opinión de las enfermeras de la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega respecto a las razones por las que es importante la atención temprana en el caso de los neonatos prematuros. Año 2018

Razones por la que es importante la atención temprana en el caso de los neonatos prematuros	frecuencia	%
Total	4	100
Para poder desarrollar las áreas con los diferentes estímulos y así lograr el desarrollo de todas las etapas.	2	50
reforzar la consejería anticonceptiva en las adolescentes.	0	0
para prevenir alteraciones en las diferentes áreas y detectar rápidamente problemas futuros del aprendizaje.	1	25
Hacer las intervenciones necesarias a tiempo	1	25

Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras de la sala de maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega. Año 2018

Gráfica N°17. Opinión de las enfermeras de la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega respecto a las razones por las que es importante la atención temprana en los neonatos prematuros. Año 2018



Fuente: Cuadro N°19.

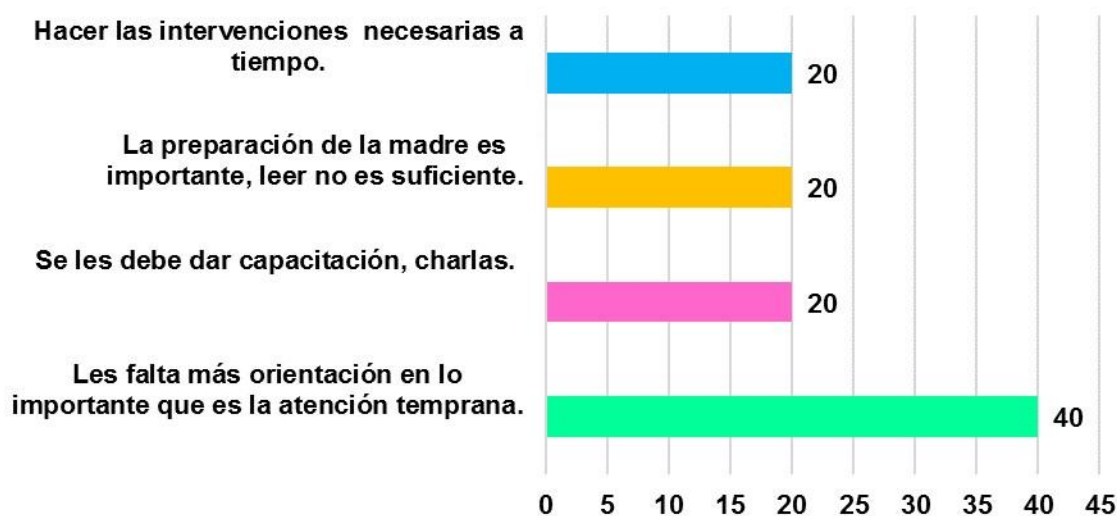
En el cuadro N°20 y la gráfica N°18 se aprecia que el 40% de las enfermeras afirma que a las madres le falta más orientación en lo importante que es la atención temprana, un 20% dice que se les debe dar capacitación, charlas; la preparación de la madre es importante; leer no es suficiente para hacer las intervenciones necesarias a tiempo.

Cuadro N°20. Opinión de las enfermeras de la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega respecto a la mayor incidencia de nacimientos. Año 2018

Razones por la que las madres de los recién nacidos no están capacitadas para ofrecerles la atención temprana a sus hijos al momento de dejar la unidad de neonatología del hospital	frecuencia	%
Total	5	100
Les falta más orientación en lo importante que es la atención temprana.	2	40
Se les debe dar capacitación, charlas.	1	20
La preparación de la madre es importante, leer no es suficiente.	1	20
Hacer las intervenciones necesarias a tiempo.	1	20

Fuente: Encuesta aplicada a las enfermeras de la sala de maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega. Año 2018

Gráfica N°18. Opinión de las enfermeras de la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega respecto la mayor incidencia de nacimientos. Año 2018



Fuente: Cuadro N°20.

CONCLUSIONES

De los principales resultados obtenidos en la investigación se presentan los principales hallazgos por objetivo.

En lo relacionado al objetivo identificar los principales factores de riesgos asociados a parto pretérmino o prematuros se tiene que:

- El 28% de las madres de los neonatos prematuros señalan que, a la hipertensión arterial como factor de riesgo asociado a su parto prematuro, un 20% dice que fue por rupturas prematuras de membranas ovulares (cuadro N°1, p.62).
- Por otro el 20% de las enfermeras de la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega sostienen que fue por hipertensión arterial, preeclampsia (cuadro N°2, p.63).
- El 30% de las enfermeras de la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega advierte que las causas de muertes más frecuentes de los neonatos prematuros son la neumonía y las fallas orgánicas (gráfica N°1, p.64).

Para el objetivo determinar las causas del aumento considerable del número de partos prematuros en el Hospital Dr. Luis "Chicho" Fábrega se reveló que:

- El 55% de las madres de los bebés prematuros oscila entre 21-27 años (gráfica N°2, p.65); 79% de las madres señala que se realizaron todos los cuidados y controles prenatales (gráfica N°3, p.66); un 97% de las madres manifiesta que no tenía antecedentes médicos patológicos (gráfica N°4, p.67); 60% de las madres algunas veces sintió temores durante el embarazo

(gráfica N°5, p.68); el 40% de los partos desencadenó en cesárea, un 36% en urgencia (gráfica N°6, p.69).

- Un 75% de las enfermeras manifiestan que los partos desencadenaron en urgencias, (gráfica N°7, p.70).

En lo que respecta al objetivo identificar las causas del ingreso del bebé a la unidad neonatal en el Hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega se muestra que:

- El 65% de las madres recluidas en el Hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega advierten que sus bebés nacieron con 34-36 semanas del período de gestación, el 28% entre 38-33 semanas (gráfica N°8, p.71).
- Un 56% de las madres dice que el peso del bebé al nacer fue inferior a 5.5 libras y superior a 3.31 libras, el 23% menos a 3.31 libras y superior a 2.2 libras (gráfica N°10, p.73).
- El 100% de las enfermeras señala que la mayor incidencia de nacimientos se dio entre 34-36 semanas (gráfica N°9, p.), un 50% afirma que el peso del bebé al nacer es menor a 2.2 libras (gráfica N°11, p.74).
- El 24% de las madres señala que su bebé ingresó a la unidad neonatal por bajo peso, 20% por ictericia, 18% por prematuridad, el 17% por síndrome de dificultad respiratoria (gráfica N°12, p.75).
- 16% de las enfermeras dice que los bebés ingresan a la unidad neonatal por prematuridad, síndrome de distress respiratorio, sepsis, bajo peso (gráfica N°13, p.76).

En cuanto al objetivo señalar las estrategias que aplican los padres o cuidadores de los recién nacidos prematuros en casa para su estimulación temprana sus diferentes áreas.

- 21% de las madres señalan que en la institución Hospitalaria Luis Chicho Fábrega se emplea el programa de apoyo dirigido a padres de neonatos, talleres “que intentan promover la autonomía y confianza de padres-madres en el afrontamiento y cuidado saludable” del bebé prematuro (gráfica N°14, p.77).

Sin embargo, el 40% de las enfermeras afirma que en la institución Hospitalaria Luis Chicho Fábrega se usa el canguro hospitalario, estrategias que promueven la cercanía y el contacto madre-hijo (gráfica N°15, p.78).

- Un 80% de las enfermeras advierte que en la institución para tratar la problemática de la premarutez se emplea la prevención del parto prematuro y cuidado perinatal para reducir la mortalidad del neonato y mejorar su calidad de vida (gráfica N°16, p.79).

Para el objetivo sugerir a los padres de familias o cuidadores estrategias para una efectiva intervención en casa para una estimulación efectiva en los recién nacidos prematuros surge la propuesta de intervención que se presenta en el anexo N° 1.

RECOMENDACIONES

- Sugerir programas institucionales en los que se les capacite continuamente a los padres porque muchos de ellos desconocen cómo ofrecer la atención temprana en casa, en forma adecuada a los neonatos prematuros cuando le son dados de alta de dicha unidad.
- Se recomienda a la sala de neonatología establecer programas de educación multidisciplinario dirigido a nivel de las instalaciones regionales que prepare a los padres para el momento que deban atender en casa a los bebés prematuros.
- Crear a nivel regional escuelas para educar a los padres de neonatos en cuanto a atención temprana y sus beneficios en los bebés.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N°.		Página
Figura N° 1	Factores de riesgos relacionados con el parto prematuro.	29
Figura N° 2	Factores maternos asociados con el parto prematuro.	30
Figura N° 3	Factores fetales asociados con el parto prematuro.	31
Figura N° 4	Factores ovulares asociados con el parto.	31
Figura N° 5	Otros factores asociados con el parto prematuro.	32
Figura N° 6	Características físicas de los nacidos antes de término.	33
Figura N° 7	Otras características físicas de los nacidos antes de término.	34
Figura N° 8	Rasgos categorizados por una serie de patrones funcionales de salud en los nacidos antes de término.	35
Figura N° 9	Características inmediatas o aparentes de los bebés nacidos prematuramente.	36
Figura N° 10	Características de los nacidos antes de término versus los nacidos a términos, de acuerdo a diversos patrones funcionales de salud.	37
Figura N° 11	Patologías del recién nacido prematuro.	38
Figura N° 12	Grados de discapacidad o problemas de salud que pueden presentar los niños nacidos prematuramente.	39
Figura N° 13	Cronología o aparición de las secuelas que pueden presentar los niños nacidos prematuramente.	40
Figura N° 14	Variantes de la normalidad del desarrollo en niños prematuros, en el desarrollo sensorial y motor.	40

Figura N° 15	Variantes de la normalidad del desarrollo en niños prematuros, en el desarrollo cognitivo y del comportamiento.	41
Figura N° 16	Sesiones grupales de tratamiento de los padres de bebés prematuros, a nivel intrahospitalario y después del alta del niño.	43
Figura N° 17	Objetivos específicos de la Atención Temprana.	47
Figura N° 18	Principios que deben regir la Atención Temprana para el cuidado de neonatos prematuros.	48
Figura N° 19	Prevención Primaria en Atención Temprana.	49
Figura N° 20	Prevención Secundaria en Atención Temprana.	50
Figura N° 21	Intervención inicial en el cuidado de los neonatos prematuros.	52
Figura N° 22	Diagnósticos de ingreso en recién nacidos prematuros de la UCIN.	53
Figura N° 23	Programa de intervención centrado en el niño prematuro.	54
Figura N° 24	Tratamientos de Rehabilitación en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).	55

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N°.		Página
Cuadro N°1	Opinión de las pacientes que fueron recluidas en la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega sobre los factores que desencadenaron el embarazo en partos prematuros. Año 2018	62
Cuadro N°2	Opinión de las enfermeras de la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega respecto a los factores que generan partos prematuros. Año 2018	63
Cuadro N°3	Opinión de las enfermeras de la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega respecto a las causas de muerte más frecuentes de los neonatos prematuros. Año 2018	64
Cuadro N°4	Edades de las madres recluidas en la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega al momento del embarazo. Año 2018	65
Cuadro N° 5	Cuidados y controles prenatales que se realizaron las madres recluidas en la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega durante el embarazo. Año 2018	66
Cuadro N° 6	Opinión de las madres recluidas en la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega respecto a sus antecedentes médicos patológicos durante el embarazo. Año 2018	67
Cuadro N° 7	Opinión de las madres recluidas en la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega respecto a si sintió temores durante el embarazo. Año 2018	68
Cuadro N° 8	Opinión de las madres recluidas en la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega respecto a cómo desencadenó su parto. Año 2018	69

Cuadro N°		Página
Cuadro N° 9	Opinión de las enfermeras de la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega respecto a cómo desencadenó el parto. Año 2018	70
Cuadro N° 10	Opinión de las madres recluidas en el Hospital Luis Chicho Fábrega respecto a las causas del ingreso de su bebé a la unidad de neonatología. Año 2018	71
Cuadro N°11	Opinión de las enfermeras de la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega respecto a la mayor incidencia de nacimientos. Año 2018	72
Cuadro N° 12	Opinión de las madres recluidas en el Hospital Luis Chicho Fábrega respecto al peso del bebé al nacer. Año 2018	73
Cuadro N°13	Opinión de las enfermeras de la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega respecto al peso del recién nacido prematuro. Año 2018	74
Cuadro N°14	Opinión de las madres recluidas en el Hospital Luis Chicho Fábrega respecto a las causas del ingreso del bebé a la Unidad de Neonatología. Año 2018	75
Cuadro N°15	Opinión de las enfermeras de la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega respecto a las causas del ingreso del neonato prematuro a la unidad neonatal. Año 2018	76
Cuadro N°16	Opinión de las madres con bebés en la Unidad de Neonatología del Hospital Luis Chicho Fábrega respecto a las estrategias Institucionales empleadas para el cuidado del recién nacido prematuro. Año 2018	77
Cuadro N°17	Opinión de las enfermeras de la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega respecto a la mayor incidencia de nacimientos. Año 2018	78

Cuadro N°		Página
Cuadro N°18	Opinión de las enfermeras de la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega respecto a las estrategias institucionales empleadas para abordar el problema de la premarutez. Año 2018	79
Cuadro N°19	Opinión de las enfermeras de la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega respecto a las razones por las que es importante la atención temprana en el caso de los neonatos prematuros. Año 2018	80
Cuadro N° 20	Opinión de las enfermeras de la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega respecto a la mayor incidencia de nacimientos. Año 2018	81

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica N°.		Página
Gráfica N°1	Opinión de las enfermeras de la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega respecto a las causas de muerte más frecuentes de los neonatos prematuros. Año 2018	64
Gráfica N°2	Edades de las madres recluidas en la maternidad del Hospital Luis Chico Fábrega al momento del embarazo. Año 2018	65
Gráfica N°3	Cuidados y controles prenatales que se realizaron las madres recluidas en la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega durante el embarazo. Año 2018	66
Gráfica N°4	Opinión de las madres recluidas en la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega respecto a cómo desencadenó su parto. Año 2018	67
Gráfica N° 5	Opinión de las madres recluidas en la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega respecto a si sintió temores durante el embarazo. Año 2018	68
Gráfica N° 6	Opinión de las madres recluidas en la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega respecto a cómo desencadenó su parto. Año 2018	69
Gráfica N° 7	Opinión de las enfermeras de la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega respecto a cómo desencadenó el parto. Año 2018	70
Gráfica N° 8	Opinión de las madres recluidas en la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega respecto a las causas del ingreso de su bebé a la unidad de neonatología. Año 2018	71
Gráfica N° 9	Opinión de las enfermeras de la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega respecto a la mayor incidencia de nacimientos. Año 2018	72

Gráfica N° 10	Opinión de las madres recluidas en el Hospital Luis Chicho Fábrega respecto al peso del bebé al nacer. Año 2018	73
Gráfica N°11	Opinión de las enfermeras de la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega respecto al peso del recién nacido prematuro. Año 2018	74
Gráfica N° 12	Opinión de las madres recluidas en el Hospital Luis Chicho Fábrega respecto a las causas del ingreso del bebé a la Unidad de Neonatología. Año 2018	75
Gráfica N°13	Opinión de las enfermeras de la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega respecto a las causas del ingreso del neonato prematuro a la unidad neonatal. Año 2018	76
Gráfica N°14	Opinión de las madres con bebés en la Unidad de Neonatología del Hospital Luis Chicho Fábrega respecto a las estrategias Institucionales empleadas para el cuidado del recién nacido prematuro. Año 2018	77
Gráfica N°15	Opinión de las enfermeras de la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega respecto a la mayor incidencia de nacimientos. Año 2018	78
Gráfica N°16	Opinión de las enfermeras de la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega respecto a las estrategias institucionales empleadas para abordar el problema de la premarutez. Año 2018	79
Gráfica N°17	Opinión de las enfermeras de la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega respecto a las razones por las que es importante la atención temprana en el caso de los neonatos prematuros. Año 2018	80
Gráfica N°18	Opinión de las enfermeras de la maternidad del Hospital Luis Chicho Fábrega respecto a la mayor incidencia de nacimientos. Año 2018	81

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez, M y Martínez, I. (2002). Programa de atención temprana a prematuros, recién nacidos de bajo peso y recién nacidos de muy bajo peso en pediatría de Atención Primaria [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/programa de atencion temprana a prematuros,recien nacidos de bajo peso y recien nacidos de muy bajo peso en pediatria de atencion primaria 1.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/programa%20de%20atencion%20temprana%20a%20prematuros,recien%20nacidos%20de%20bajo%20peso%20y%20recien%20nacidos%20de%20muy%20bajo%20peso%20en%20pediatria%20de%20atencion%20primaria%201.pdf)
- Aramburu, A., Carrascal, B., Díez, E., Ferrari, I., Hervás, M y Huin, M. (2016-2017). Programa de intervención en atención temprana: niños prematuros. Universidad de Burgos, España. Recuperado de <http://riubu.ubu.es/bitstream/10259/4423/1/Aramburu-Carrascal-D%C3%ADez-Ferrari-Herv%C3%A1s-Huin.pdf>
- Aumenta índice de niños prematuros. (21 de octubre de 2015). <http://www.css.gob.pa/web/21-oct-2015prematuros.html>
- Baxter, J., Madriz, L., y Mora., L. (2011). Prematuridad y estimulación temprana: ¿un binomio determinante para la prevención de la discapacidad? Innovaciones Educativas· Año XIII · Número 18 · pp.11-21. Recuperado en <http://dx.doi.org/10.22458/ie.v13i18.575>
- Berro, S. (2017). Programa de intervención en atención temprana para niños prematuros. Actas I Congreso Nacional en Atención Temprana. Asociación protectora de Personas con Discapacidad Intelectual de la Cuenca Minera. ASPROMIN Plena inclusión Andalucía. Recuperado de <http://congresoaspromin.com/casp/wp-content/uploads/2018/02/programa-de-intervenci%C3%93n-en-atenci%C3%93n-temprana-para-ni%C3%91os-prematuros.pdf>
- Bravo Olmedo, D. (2016). “Estimulación multisensorial en el desarrollo de los niños prematuros de 0 a 6 meses del Hospital del Seguro Ambato”. Requisito previo para optar por el Título de Licenciada en Estimulación Temprana. Ambato– Ecuador. Recuperado de <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/23750/2/Bravo%20Olmedo%20Diana%20Mariuxi%20Tesis%20en%20PDF.pdf>
- Cabrerizo De Diago, R. (2009). Estudio y evaluación del seguimiento y atención temprana de niños valorados por retraso psicomotor en la unidad de Neuropediatría del Hospital Miguel Servet de Zaragoza: Período de 199-2003. (Tesis doctoral), Universidad de Zaragoza, España. Recuperado de <https://zaguan.unizar.es/record/4505/files/TESIS-2010-008.pdf>

- Canales, N. (2018). Escala motora infantil de Alberta en el desarrollo motor grueso del niño prematuro. (Trabajo académico para optar el título de especialista en fisioterapia en pediatría), Universidad Peruana Cayetano Heredia. Recuperado de http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/3655/Escala_Canale_sTorres_Nilda.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Día Mundial del Niño Prematuro: Una iniciativa de Cada Mujer, Cada Niño. (17 de noviembre de 2011). Recuperado de <http://www.panama24horas.com.pa/mundo/dia-mundial-del-nino-prematuro-una-iniciativa-de-cada-mujer-cada-nino/>
- Díaz, I. (27 de octubre de 2012). Niños prematuros el coste de nacer antes de tiempo. Panamá América. Recuperado de <https://www.panamaamerica.com.pa/nacion/ninos-prematuros-el-costo-de-nacer-antes-de-tiempo-845337>
- Ellas. (30 de octubre 2015). Amor que cura, programa de padres canguros en Panamá. Niños prematuros. Recuperado de https://impresa.prensa.com/vivir/Ninos-prematuros_0_3613888754.html
- El Nacimiento Prematuro es Ahora la Principal Causa de Muerte en Niños Pequeños. Día Mundial del Nacimiento prematuro. Recuperado de https://www.unicef.org/venezuela/spanish/Dia_Mundial_del_Nacimiento_Prematuro_CdP_Conjunto.pdf
- Escobar-Padilla, Gordillo-Lara y Martínez-Puon. (2016). Factores de riesgo asociados a parto pretérmino en un hospital de segundo nivel de atención. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im174d.pdf>
- Estadísticas sanitarias mundiales 2013-OMS. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/82062/WHO_HIS_HSI_13.1_spa.pdf;jsessionid=DB6EB6C14B8371B573BAD90936E4B888?sequence=1
- Estévez, Román, Moreno y Palacios. (2016). Programa andaluz para la promoción de la parentalidad positiva en nacimientos prematuros. Apuntes de Psicología Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental, 2016, Vol. 34, número 2-3, págs. 107-112. Universidad de Cádiz, Universidad de Córdoba, ISSN 0213-3334 Universidad de Huelva, Universidad de Sevilla. Recuperado de <http://apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/601/447>

- Ferrer, J. (2000). Sección 02 de higiene y seguridad industrial. Recuperado de <http://metodologia02.blogspot.com/p/tipos-de-muestreo.html>
- Gatta, M., Miscioscia, M., Svanellini, L., Brianda, ME, Guerra, G., Battistella, PA, y Simonelli, A. (2017). Interacciones triádicas en familias con niños prematuros: un estudio comparativo con niños nacidos a término. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 2375-2388. Recuperado de <http://doi.org/10.2147/NDT.S129225>
- García-Morales, Castellanos, Gutiérrez- Padilla y Padilla-Muñoz. (2017) Neonatología: asistencia, enseñanza e investigación en el Hospital Civil de Guadalajara "FAA". Revista Médica MD 124 Editorial Volumen 8, número 4; mayo - julio 2017 Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2017/md174b.pdf>
- Grandi, C., Nascente, L y Cardoso, V. (2017). Impacto de la mortalidad fetal sobre la prematuridad en Argentina: Estudio poblacional. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas 2017; 74(4): 386-392. Recuperado de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/article/view/17013/19676>
- Gómez, J y Vázquez, S. (2015). Coeficiente intelectual en niños de edad escolar con antecedentes de prematuridad y asfixia perinatal. Huella de la Palabra, número 9. Universidad La Salle Pachuca pp. 71-82. Recuperado de <http://www.lasallep.edu.mx/xihmai/index.php/huella/article/view/376/349>
- Gómez, M. (2016). El sentido de vida de las madres de niños prematuros internados en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). *Interdisciplinaria*, 33(1), 5-19. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272016000100001&lng=es&tlng=es.
- Grupo de Atención Temprana. (2000). Libro blanco de la atención temprana. Recuperado de <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/libro blanco de la estimacion temprana.pdf>
- Hechavarría, L., Cruz, U., Hernández, M y López, M. (2018). Protocolo de atención temprana a los neonatos con neuro-desarrollo de alto riesgo. *Correo Científico Médico*, 22(1), 137-154. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812018000100012&lng=es&tlng=pt.
- Hindawi BioMed Research International Volume 2017, Article ID 9152627, 10 pages. Recuperado de <https://doi.org/10.1155/2017/9152627>

- La Prensa. (12 de marzo de 2013). Niños Prematuros. Recuperado de https://impresa.prensa.com/vivir/Ninos-prematuros_0_3613888754.html
- León, I. (2018). Programa de promoción y educación para la salud en la atención del recién nacido prematuro. Recuperado de <https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/29063/Trabajo%20Fin%20de%20M%C3%A1ster%20Isabel%20Maria%20Le%C3%B3n%20M%C3%A1rquez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Leonardo, K., y Zeña, S. (2017). Cuidado enfermero a padres de neonatos prematuros para el alta - Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital de Essalud Chiclayo, 2017. Universidad Nacional Pedro Ruíz Gallo. Lambayeque, Perú. Recuperado de <http://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/UNPRG/1672/BC-TES-TMP-525.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Méndez, S., Martínez, M y Bermúdez, J. (2007). Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales: Morbimortalidad en Recién Nacidos Prematuros. Revista Acta Universitaria, volumen 17, núm. 1, enero-abril 2007, Universidad de Guanajuato., México. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/416/41617104.pdf>
- Minguet-Romero, R., Cruz-Cruz, P., Ruíz-Rosas, R y Hernández-Valencia, M. (2014). Incidencia de nacimientos pretérmino en el IMSS (2007-2012) Revista Ginecol Obstet Mex; 82: 465-471. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2014/gom147e.pdf>
- Ministerio de Salud-Caja de Seguro Social. (2013). Guías para la atención integrada de niños y niñas, desde el nacimiento hasta los 9 años de edad Con el apoyo financiero del Proyecto de Mejora de la Equidad y Desempeño en Salud y del apoyo técnico de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Recuperado de https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/normatividad/guia_integral_0.pdf
- Miranda del Olmo, H., Cardiel-Marmolejo, L., Reynoso, E., Oslas, L y Acosta-Gómez, Y. (2003). Morbilidad y mortalidad en el recién nacido prematuro del Hospital General de México. Revista Médica del Hospital General de México, S.S. Vol. 66, Núm. 1 Ene.-Mar. PP. 22-28. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2003/hg031d.pdf>
- Morilla Guzmán, Andrés Armando, Díaz Casañas, Elaine, Debesa García, Francisco, & Fernández Limia, Octavio. (2015). Efectividad del SURFACEN® en neonatos prematuros con síndrome de dificultad respiratoria. *Revista*

Cubana de Farmacia, 49(3) Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152015000300010&lng=es&tlng=es.

Nacimientos prematuros. (19 de febrero de 2018). Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

Ocampo, M. (2013). El hijo ajeno: vivencia de madres de niños prematuros hospitalizados. Año 13 - Vol. 13 N° 1 - Chía, Colombia - abril 2013 pp. 69-80. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v13n1/v13n1a07.pdf>

Ovalle, A., Kakarieka, E., Rencoret, G., Fuentes, A., Del Río, M., Morong, C, y Benítez, P (2012). Factores asociados con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago. *Revista médica de Chile*, 140(1),19-29. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012000100003>

Pazmiño, M. (2017). Factores de riesgo en los recién nacidos prematuros para la intervención en el proceso de atención de enfermería. Universidad Técnica de Machala-Ecuador. Recuperado de <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/10053/1/PAZMI%C3%91O%20LEON%20MARIA%20ISABEL.pdf>

Pallás, A y Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. (2012). Actividades preventivas y de promoción de la salud para niños prematuros con una edad gestacional menor de 32 semanas o un peso inferior a 1500 g. Del alta hospitalaria a los siete años (1.ª parte). *Pediatría Atención Primaria*, 14(54), 153-166. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322012000300010>

Peña, J. (14 de octubre de 2016). El 30% de los bebés prematuros no sobreviven. Recuperado de <http://elsiglo.com.pa/panama/30-bebes-prematuros-sobreviven/23965867>

Pérez, M. (2016). Estudio comparativo del desarrollo psicomotor entre prematuros y nacidos a término entre las edades de 0 a 12 meses. Trabajo de graduación previo a la obtención del título de Licenciada en ciencias de la Educación, mención estimulación temprana e intervención precoz. Universidad de Azuay. Cuenca Ecuador. Recuperado de <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/6055/1/12373.pdf>

Pérez, R., López, C y Rodríguez, A. (2013). Morbilidad y mortalidad del recién nacido prematuro en el Hospital General de Irapuato. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 70(4), 299-305. Recuperado de

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462013000400005&lng=es&tlng=.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462013000400005&lng=es&tlng=)

Programa de alto riesgo de la CSS implementará novedosa guía para hacer diagnósticos más tempranos en neonatos. (18 de mayo de 2019)
Recuperado de <http://www.css.gob.pa/web/18-mayo-2016n.html>

Ramírez, K. (2016). Estimulación temprana en el desarrollo de las habilidades cognitivas y vinculación emocional en los niños de 0-3 años. Universidad Técnica de Machala. Ecuador. Recuperado de <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/8942/1/ECUACS%20DE%20EIP%2000047.pdf>

Rico, T., Herencia, C., García, A., González, S., Puyol I, P.J., y Torres, J. (2010). Programa de seguimiento de niños prematuros desde el punto de vista terapéutico y educativo. *Pediatría Atención Primaria*, 12(45), e1-e19. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322010000100014&lng=es&tlng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322010000100014&lng=es&tlng=es)

Rodríguez, H. (2018). Plan de cuidados de enfermería para mejorar la atención de los recién nacidos que padecen membrana hialina atendidos en el área de Neonatología en el Hospital General Docente Ambato. Universidad Regional autónoma de los andes “UNIANDES”. Recuperado de <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/8644/1/PIUAENF001-2018.pdf>

Sánchez, J. (2006). La eficacia de los Programas de Atención Temprana en niños de Riesgo Biológico. Recuperado de [shttps://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/11025/SanchezCaravaca.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/11025/SanchezCaravaca.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Sánchez, J y Llorca, M. (2010). Atención temprana a los bebés prematuros de alto riesgo. “Proyecto Amanda”. Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales. (2010.) N 35. Red Fortaleza de Universidades con Formación en Psicomotricidad Universidad de Morón (Argentina) Asociación de Psicomotricistas del Estado Español ISSN: 1577-0788.pp 5-18. Recuperado de <https://fdocuments.mx/document/1602fb35.html>

Semana del prematuro. Recuperado de: <https://www.diaadia.com.pa/creciendo/semana-del-prematuro-186782>

Stefana, A. (2016). El padre del bebé prematuro, un recurso importante para su pareja y su propio hijo. *Psique Mag*, Vol. 5, N. ° 1. Recuperado de <http://ojs.ucvlima.edu.pe/index.php/psiquemag/article/view/158/78>

- Ticona, Huanco y Apaza. (2013). Incidencia del Prematuro Tardío en Hospitales del Ministerio de Salud del Perú. Revista Médica Basadrina 2013; 7(2): 13
Recuperado de <http://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/rmb/article/view/580/518>
- UNNICEF. (2004). Guía curricular de estimulación temprana 0-6 años. Recuperado de <http://files.unicef.org/panama/spanish/Guia-curricular-estimulacion-temprana.pdf>
- Veguillas, M. (17 de noviembre de 2017). Beneficios de la estimulación en bebés prematuros. Recuperado de <https://www.guiainfantil.com/blog/bebes/prematuros/beneficios-de-la-estimulacion-temprana-en-bebes-prematuros/>
- Villanueva, L., Contreras, A., Cuevas, M y Rosales, J. (2008). Perfil epidemiológico del parto prematuro Ginecol Obstet Mex 2008; 76 (9):542-8 Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2008/gom089h.pdf>
- Zorrilla, C., Tamayo-Agrait, V y Rivera Vinas, J. (2017). Departamento de Obstetricia y Ginecología, Escuela de Medicina UPR. Recuperado de <http://pediatriayfamilia.com/embarazo/la-importancia-del-cuidado-prenatal-y-los-controles-de-salud/>

ANEXOS

ANEXO N° 1 Propuesta de Intervención

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Taller dirigido a padres de neonatos: “Atención temprana a neonatos prematuros cuando se incorporan a casa”.

Introducción

Actualmente hay investigaciones que demuestran que el nacimiento prematuro puede tener consecuencias en el desarrollo del niño razón por la que la estimulación temprana es una herramienta determinante para la prevención y tratamiento de futuros problemas.

Según Rico, Herencia, García, González, Puyol y Torres (2011) dichos estudios también revelan que los niños nacidos de forma prematura “tienen con mayor frecuencia enfermedades crónicas, un mayor número de ingresos hospitalarios en los primeros años de vida, asma, problemas nutricionales, reflujo gastroesofágico y mayor incidencia de muerte súbita” (p.7).

De acuerdo a las políticas de salud vigentes a nivel mundial la estimulación temprana constituye uno de los nuevos modelos de salud preventiva con programas encaminados a menores de 7 años de edad, sin distinción de sexo, raza, credo, nacionalidad, condición social y de nacimiento.

Justificación

Cada vez es frecuente encontrar niños prematuros por diversas razones los cuales son atendidos en los primeros momentos en las instalaciones hospitalarias más cercanas, por diferentes servicios de salud y en casa por los padres o cuidadores.

Sin embargo, Hack, Taylor y Klein (1994, citados por Álvarez y Martínez, 2002) advierten que si no se les ofrece la atención temprana a los niños prematuros es posible detectar problemas en sus años escolares.

De igual forma Oberklaid, Sewall y Sanson (1991, citados por Álvarez, et al., 2002) señalan que “tras este llamado período silente de los primeros años pueden aparecer trastornos de aprendizaje específicos, trastornos por déficit de atención/hiperactividad, bajo Cociente Intelectual, alteraciones visomotoras, trastornos de procesamiento espacial, trastornos del lenguaje... que les suponen limitaciones escolares específicas”. (p.54)

Blencowe et al., (2012, en cita de Stefana, 2016) sostiene que el 11.1% de los bebés nacidos en el mundo el 8,4% corresponde a América Latina, lo que representa un considerable incremento desde 1990 a 2010, es decir constituye el 9.1% de nacimientos prematuros bebés.

Cuando un bebé nace prematuro el “no es el único precoz en la familia, sus padres también lo son, pero psicológicamente” (Stern, Karraker, Sopko y Norman; 2000, en cita de Stefana, 2016, p.136)

“El desarrollo infantil es la etapa más importante de la vida del niño, ya que adquiere nuevas habilidades y evolucionan las áreas cognitiva, física, emocional, moral, social y el lenguaje” (Aramburu, Carrascal, Díez, Ferrari, Hervás y Huin, 2017, p.4).

Objetivos

Objetivo general

- Elaborar un programa de intervención para bebés prematuros dirigido a padres.

Objetivo específico

- Estimular el bebé según la edad y necesidades.
- Afianzar el vínculo del bebé con sus padres.
- Reducir la preocupación y ansiedad de los padres.
- Impulsar el control de los movimientos musculares del cuerpo.

Población beneficiada

Se beneficiarán los padres de los recién nacidos prematuros en el Hospital Luis Chicho Fábrega, porque los mismos requieren de ayuda para poder ofrecer atención temprana a sus hijos en casa una vez le den salida de la instalación hospitalaria en la cual recibieron la primera ayuda para su bebé ya que en la mayoría de los casos atendidos en el Hospital quedo en evidencia que los padres desconocen cómo ayudar a sus hijos recién nacidos, en cuanto a la atención temprana.

Fases de la propuesta

La propuesta ha sido estructurada en tres etapas o fases para hacer posible su consecución y ejecución.

Por falta de tiempo en estos momentos solo es posible dos de las fases:

En la primera etapa se elabora la propuesta de acuerdo a los resultados obtenidos en el capítulo IV.

Como segunda fase se presenta la propuesta para ejecución.

Quedando pendiente la tercera fase la ejecución, validación de la misma y recomendaciones al respecto.

Sin embargo, es importante integrar a los especialistas en equipos interdisciplinarios pues son los únicos idóneos para sugerir a los padres o cuidadores los primeros cuidados en cuanto a la atención temprana que debe ofrecerle a los bebés en casa con el propósito de optimizar el desarrollo posterior y evitar afectar la maduración neuropsicológica.

Descripción de la propuesta

Este programa de intervención está dirigido a padres o cuidadores de bebés prematuros los cuales requieren estimulación temprana en casa, una vez dado de alta de la unidad de cuidados intensivos neonatales.

Durante la permanencia del bebé en la sala de cuidados neonatales las sesiones están encaminadas en primera instancia a los padres pues deben integrarse para hacer más efectiva y posible la recuperación del bebé, y poco a poco se irá incorporando el bebé. En las unidades de cuidados neonatales se implementa el programa de madre canguro.

Partiendo del hecho de que cada bebé es diferente el programa de intervención para cada uno se elaborará después de realizada la evaluación ante el alta del bebé, para lo cual se apoyará del especialista en atención temprana en un primer momento se trabajará el área de psicomotricidad y posteriormente se incluirá el lenguaje y lo social.

Desarrollo de la propuesta

La propuesta contempla las áreas de psicomotricidad, lenguaje y social subdivida por fases. Incluye actividades para controlar y levantar la cabeza, para brazos y piernas, visión y audición, motor grueso, motor fino, lenguaje, social.

Antes de iniciar la ejecución de la propuesta de intervención se recomienda incluir apoyo del psicólogo y del especialista en atención temprana.

Las sesiones han sido divididas en pequeños lapsos de tiempo: 0-3 meses; 4-6 meses; 7-9 meses y de 10- a 2 meses.

Cada sesión se propone en un período de 30 minutos con una frecuencia de tres veces a la semana durante cada lapso.

En la guía de ejercicios de estimulación temprana (UNICEF,2011) se proponen actividades de las cuales se han seleccionado y adaptados las que se proponen seguidamente.

Ejercicios de estimulación por área de psicomotricidad.

Edad: 0 - 3 meses.

Actividades para levantar y controlar la cabeza	
<p>-Acueste el bebé boca abajo en una superficie firme.</p> <p>-Luego extiéndale los brazos.</p> <p>-Se sugiere que llame la atención del bebé empleando objetos brillantes o con sonidos alegres o graciosos.</p>	
<p>-Tome de forma suave los brazos y levántelo hasta sentarlo.</p> <p>-Sosténgalo con firmeza.</p> <p>-Posteriormente recuéstelo de lado para que se incorpore nuevamente.</p>	
<p>-Boca abajo en una superficie firme y dura manténgalo apoyado en sus antebrazos, acarícielo la espalda.</p> <p>-Pásele los dedos a los lados de la columna vertebral, bajando a partir del cuello hasta la cadera, pero jamás en sentido contrario.</p>	

<p>-Cárguelo para que sostenga la cabeza.</p>	
<p>Actividades para brazos y piernas</p>	
<p>-Acuéstelo boca arriba.</p>	
<p>-Posteriormente extiéndale los brazos con precaución hacia arriba, a los lados y hacia abajo.</p>	
<p>-Déjele el bracito derecho arriba y el izquierdo abajo y viceversa.</p>	
<p>-Crúcelos sobre su pecho. -Alterne la posición de los brazos.</p>	
<p>-Acuéstelo boca arriba, estire y flexione sutilmente las piernitas del bebé.</p>	

<p>- Partiendo de la posición anterior, tome los bracitos y piernitas muévalos hacia un lado y hacia el otro siempre tratando que la cabecita siga el movimiento del cuerpo.</p>	
<p>-Dele masaje a partir de los hombros a las manos y de los muslos a los pies.</p>	
<p>-Acuéstelo a lo ancho de una hamaca y mézalo sutilmente. También puede acostarle arriba sobre una sábana y mecerlo entre dos personas.</p>	
<p>Actividades para estimular el motor fino</p>	
<p>-Con el propósito de evitar que el bebé tenga las manos cerradas durante mucho tiempo, frótele con los dedos a partir del muñequete hasta la muñeca.</p>	
<p>- Ayúdese del pulgar y el índice, tome cada uno de los dedos del bebé desde la base y deslice hasta la punta dándole jaloncitos suaves al final.</p>	
<p>-Estimúlele para que abra las manitas, para ello emplee una brocha o bien una toalla y fróteselas en la base de la mano hacia afuera y extiéndale el dedo pulgar.</p> <p>-Para cuando el bebé abre correctamente las manitas, pero no puede mantener un</p>	

<p>objeto, ayúdele doblando los deditos alrededor del mismo.</p>	
<p>-Póngale una sonaja en una manita y ayúdele para que puede agitarla algunas veces y trate de simular el movimiento.</p> <p>-Tenga cuidado de que no se golpee. - Acostúmbrelo para que puede permanecer boca abajo por varios minutos con el propósito de que arañe la cobija.</p>	
<p>-Explore el cuerpo del bebé empleando una toalla de preferencia sin ropa, para lo cual se recomienda friccionarlo sutilmente y nombre cada parte del cuerpo.</p> <p>-Repita el mismo ejercicio empleando una brocha o bien algodón, procure hacerle cosquillas.</p>	
<p>Ejercicios para estimular la sensibilidad del rostro</p>	
<p>-Coloque sus pulgares en el centro de la frente del bebé y deslícelos de forma simultánea hacia los lados.</p>	
<p>-Repita lo anterior pero ahora en las mejillas y coloque los dedos a los lados de la nariz.</p> <p>-Para estimularle los labios haga el mismo movimiento como si le marca los bigotes.</p>	

Ejercicios para estimular la visión y la audición

-Cada vez que mire el bebé a la cara hágalo con ternura tratando de atraerle la mirada. Convérsele tratando de que identifique como la fuente de sonidos.

-Estimule las reacciones del bebé ante la luz, para lo cual se recomienda llevarlo a sitios con distinta iluminación. Otra alternativa es que puede encender y apagar una lámpara pero siempre tratando de evitar lastimarles los ojos.

-Acueste al bebé sobre una superficie segura y firme.

-Colóquese delante del bebé para llamar la atención de él, emplee un objeto brillante de color negro, rojo o blanco.

-Hágale sonidos alegres para cautivar su atención.

-Muévelo despacio de derecha a izquierda el objeto procurando que lo siga con la vista, si el bebé no puede seguir los objetos ayúdelo moviendo la cabeza suavemente.



-Suénele cerca de los oídos cascabeles, sonajas, campanitas entre otros.

-Siempre llame al bebé por su nombre.



Ejercicios para estimular el lenguaje

-Reproduzca con tono suave los sonidos para alentarlos a continuar haciéndolo.

-No quite su mirada de la expresión de su cara, trate de transmitirle sentimientos de amor.

-Sonríale y convérsele mientras lo atiende y satisface todas sus necesidades.

-Debe aprender a distinguir las distintas manifestaciones de sus llantos.

-Cárguelo junto a su pecho y cántele.



Ejercicios para estimular el área social

-Para comunicarse con el bebé emplee tonos de voz muy dulce y afectuosos.

-Trate de acariciar, arrullar y sonreír al bebé cada vez que tenga la oportunidad.

-Cada vez que efectúe alguna actividad con el bebé llámelo por su nombre.


-En la medida de lo posible integre a los diferentes miembros de la familia en el cuidado del bebé.



-Expresa por medio de besos y masajes suaves mucho cariño.

Edad de 4-6 meses.

Actividades para estimular el motor grueso	
<p>-Acueste al bebé boca debajo de forma que se apoye en los antebrazos en una superficie firme.</p> <p>-Colóquese detrás del bebé y llame la atención del bebé con juguetes procurando que gire hasta quedar boca arriba.</p>	
<p>-Coloque al bebé debajo de una toalla en posición de gateo como se muestra en la imagen, mostrándole un juguete para que procure tomarlo hasta que se apoye en una sola mano.</p>	
<p>-Colóquelo en posición boca abajo con un juguete un paso adelante.</p> <p>-Apoye la palma de su mano en la planta del pie y empújelo suavemente en forma gradual ayudándolo a arrastrarse hacia el juguete. Repita lo mismo con el otro pie.</p>	 
<p>-Acueste el bebé boca arriba.</p> <p>-Ayúdelo para que siente, halándole despacio las manitas.</p>	


<p>-Siente al bebé con el apoyo de varios cojines con el propósito de evitar de que se escurra de lado.</p>	
<p>Cuando le cambie el pañal al bebé roza sus piecitos uno con el otro y él juega con las manitas intentando aplaudir y a tocarse la cara.</p> <p>-Posteriormente llévele las manitas hacia su boca y los ojos para que las vea.</p>	 
<p>-Acueste al bebé boca arriba llevándole sus piernitas hacia el estómago y sosténgala con su mano haciendo presión con el pie. Repita el procedimiento con los dos pies y manos.</p>	
<p>-Siente al bebé para alimentarle, platicarle y vestirle de forma que el bebé tenga que emplear sus músculos y mantenerse derecho.</p>	
<p>-Cuando el bebé empieza a sentarse solo, enséñele a utilizar las manitas para sostenerse y apoyarse en el piso.</p>	

<p>-Cuando el bebé se encuentre sentado balacéelo hacia los lados, tomándolo de los hombros para tener mejor equilibrio.</p> <p>-Repita el mismo procedimiento hacia atrás y hacia adelante.</p>	
<p>Actividades para estimular el motor fino</p>	
<p>-Coloque en las manitas del bebé un cascabel, maraca que haga ruido. Ayúdele a sacudirlo.</p>	
<p>-Tome un objeto y muévelo cerca de las manitas del bebé con la finalidad de llamar su atención y alentarle a tomarlo. Si es necesario acércale sus manos hacia el juguete.</p> <p>-Ayúdele hasta que pueda alcanzarlo por sí mismo.</p>	
<p>-Cuando el bebé tenga el juguete en sus manos, permítale que lo examine y juegue con el mismo y se lo acerque a la boca si está limpio.</p>	
<p>-Cuelgue móviles, maracas, aros con cascabeles, sonajas u otros objetos de colores llamativos.</p>	
<p>-Acerque sus manos, toque y nombre las diferentes partes de su cuerpo (boca, nariz, ojo, oído, pie).</p>	

<p>-Tome las manitas del bebé y ayúdele a aplaudir frente a su cara.</p>	
<p>-Ponga en las manos del bebé objetos como esponjas, una cuchara, papel e impúselo para que los toque. Háblele sobre los objetos explíquele que es cada uno.</p>	
<p style="text-align: center;">Actividades para estimular el lenguaje</p>	
<p>-Cuando el bebé balbucee, grite imítelo y converse con él. Respóndale a sus llamados eso lo motiva a comunicarse.</p>	
<p>-Constantemente háblele y sonríale en todo momento cuando este en contacto con él.</p>	
<p>-En todo momento llame al bebé por su nombre con tono cariñoso.</p>	
<p style="text-align: center;">Actividades para estimular lo social</p>	
<p>-Cada vez que su bebé obtenga un logro prémielo mediante una caricia, palabras de cariño, con una sonrisa.</p>	
<p>-Cuando mantenga una conversación con el bebé siempre hágalo frente a él para que vea su rostro.</p>	

<p>-Coloque al bebé frente a un espejo y dígame su nombre, y frases que se relacionen con él.</p>	
<p>-Cúbrale la cara con un pedazo de tela y solicítele que se lo quite. Posteriormente tapa tu cara e invítale a que te la quite.</p>	
<p>-Enseñe al bebé a estar con otras personas y jugar con las mismas.</p>	
<p>-Haga que el bebé se ría, celébrele su risa y disfrútela la alegría con toda la familia.</p>	

Edad de 7-9 meses.

Actividades para estimular motor grueso	
<p>-Siente al bebé en el suelo con las piernas y los brazos extendidos sin que afirme los pies en el piso.</p> <p>-Posteriormente empújelo suavemente por los hombros hacia los lados, procurando de que use las manos para no caerse.</p>	

<p>-Coloque al bebé en posición de gateo. -Coloque una almohada, un trapo o bien una toalla enrollada para separar el abdomen del piso. -Utilice objetos como maracas, cascabeles, sonajeros para llamar su atención con el propósito de que se desplace hacia usted.</p>	
<p>-Si el bebé todavía no gatea, acuéstelo en el suelo, en posición boca abajo y póngale un fajón hecho de tela sobre el pecho y vientre. Luego apoye las rodillas y manos para se acostumbre a gatear.</p>	
<p>-Siente al bebé en el suelo. Posteriormente muéstrelle objetos como maracas, cascabeles, sonajeros y procure que se desplace hacia usted gateando.</p>	
<p>-Cuando el bebé está gateando enséñele juguetes y procure que los tome para que se apoye con una mano.</p>	

Actividades para estimular motor fino

-Trate que el bebé emplee las manos y que las junte.

-Proporciónele una cuchara, un cubo en cada manita y aliéntelo para que los golpee entre sí.



-Suminístrele juguetes de variados tamaños para que los manipule libremente.

-Aliente al bebé a tomar juguetes pequeños con los dedos pulgar e índice.



- Permítale al bebé que coma cereales y galletas solo.

-No permita que coma alimentos duros crudos.

-Déjele que tome agua por sí solo.

-Tírele una pelota grande y permítale que se la regrese con sus manos.



Actividades para estimular el lenguaje

-Lleve el bebé a diferentes lugares para que escuche diversos sonidos.

-Llame al bebé por su nombre.

-Entable conversaciones con el bebé empleando frases completas e intégrelo a conversaciones familiares aun cuando no hable.

-Haga hincapié en los tonos de pregunta, afirmación o sorpresas hasta que logré diferenciarlos.

-Cántele canciones y cuéntele historias. Enfatiza los tonos de pregunta, sorpresa o afirmación para que logre diferenciarlos.

- Cuando el bebé coma nombre los alimentos por sus nombres para que pueda ir identificándolos.

- Cada vez que el bebé coma entable conversación con el bebé para saber si está satisfecho o quiere más alimentos y cuando le solicite más déselo y sonríale.

- Estimúlele para que pronuncie sus primeras palabras y festéjele cuando lo logra.

Actividades para estimular lo social

-Utilice papel periódico, tela para cubrir tu cara y descúbrela diciendo al bebé: ¡ya estoy aquí!



-Siéntese frente al bebé y coloque un juguete debajo de una mata o un retazo de tela. Ayúdele para que pueda encontrarlo cuando levante la manta.



-Enséñele a decir adiós con la mano.



-Pídele que haga cosas sencillas como darte la sonaja, o la taza; cuando te las dé, agradécele.

Edad: 10 meses a 12 meses.

Actividades para estimular motor grueso	
<p>-Cuando el bebé empiece a pararse tómelo de las caderas y sepárele de los pies y revise que este bien apoyado.</p>	 A woman in a black jacket is kneeling and supporting a baby who is standing up. She has her hands on the baby's hips and feet to ensure they are balanced. The baby is wearing a blue patterned shirt and dark pants. The background shows a colorful play area with toys on shelves.
<p>-Muéstrelle como ponerse de pie. -Póngale de rodilla y muéstrelle como agarrarse de usted para que pueda mantenerse de pie. Luego ayúdele para que pueda adelantar un pie y apoyarlo primero con uno y luego con el otro.</p>	 A woman is kneeling and holding the hands of a baby who is standing up. The baby is wearing a white patterned shirt and dark pants. The woman is demonstrating how to hold the baby's hands to help them balance. The background shows a colorful play area with toys on shelves.
<p>-Enseñe al bebé a sentarse. Colóquele un mueble para que puede apoyarse y colóquele juguetes en el suelo. Ayúdelo para pueda ponerse de cuclillas.</p>	

-Ayúdele a dar sus primeros pasos. Sujétale con las dos manos, luego con una sola y pídele que camine.



-Ponga al bebé de pie y móvelo a caminar.

-Coloque juguetes a corta distancia y ayúdelo para que lo alcance. Cada vez que sea posible premie el esfuerzo.



Actividades para estimular el motor fino

-Proporciónale una cucharita plástica y muéstrole como llevársela a la boca.

-Felicítele cuando consiga introducir los alimentos a la boca.



<p>-Enséñele a introducir y extraer objetos en una cubeta de boca ancha.</p>	
<p>-Anime al bebé para que introduzca cereales o semillas en un envase de boca pequeña. Cuide que no las ingiera.</p>	
<p>-Permítale al bebé jugar con masa de harina, plastilina, o masilla.</p>	
<p>-Proporciónale hojas de papel para que las rompa y las arrugue.</p>	
<p style="text-align: center;">Actividades para estimular el lenguaje</p>	
<p>-Practique con el bebé palabras como ten, dame con el propósito de que comprenda las instrucciones sencillas.</p>	
<p>-Muéstrole como soplar con un silbato y haciendo burbujas de jabón.</p>	
<p>Enséñele los nombres de las partes del cuerpo cuando lo bañe o lo vista.</p>	
<p>Enséñale a responder preguntas simples.</p>	
<p>-Juegue con el bebé a hacer sonidos de animales conocidos y anímele para que los imite.</p>	

-No emplee diminutivos cuando entable conversaciones con el bebé. Emplee frases completas en las conversaciones con la familia.
Actividades para estimular lo social
-Permítale a su bebé jugar con otros niños de su misma edad.
-Ayude al bebé para que pueda integrarse con facilidad con niños de su edad. Explíquele las normas para relacionarse positivamente con las personas que le rodean.
-Enséñele buenos hábitos como recoger y guardar sus juguetes, cepillarse los dientes, lavarse las manos.
-Muéstrelle como emplear los vasos, tazas, cubiertos, platos.

Cronograma

Propuesta de intervención			
Sesión	Tiempo	Edad meses	Actividades
1	30 minutos	0-3	-Para levantar y controlar la cabeza. -Para brazos y piernas. -Para estimular la sensibilidad del rostro.
2	30 minutos	0-3	-Para estimular el motor fino. - Para estimular la sensibilidad del rostro. -Para estimular la visión y la audición.
3	30 minutos	0-3	- Para estimular la visión y la audición. -Para estimular el lenguaje. - Para estimular el área social.
4	30 minutos	4-6	- Para estimular el motor grueso. - Para estimular el motor fino.
5	30 minutos	4-6	- Para estimular el motor fino. - Para estimular el lenguaje. - Para estimular lo social.
6	30 minutos	7-9	- Para estimular el motor grueso. - Para estimular el motor fino.
7	30 minutos	7-9	- Para estimular el lenguaje. - Para estimular lo social.
8	30 minutos	10-12	- Para estimular el motor grueso. - Para estimular el motor fino.
9	30 minutos	10-12	- Para estimular el lenguaje. - Para estimular lo social.

Referencias bibliográficas de la propuesta

- Álvarez, M., Martínez, I. (2002). Programa de atención temprana a prematuros, recién nacidos de bajo peso y recién nacidos de muy bajo peso en pediatría de Atención Primaria Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/programa_de_atencion_temprana_a_prematuros,recien_nacidos_de_bajo_peso_y_recien_nacidos_de_muy_bajo_peso_en_pediatria_de_atencion_primaria_1.pdf
- Aramburu, A., Carrascal, B., Díez, E., Ferrari, I., Hervás, M y Huin, M. (20162017). Programa de intervención en atención temprana: niños prematuros. Universidad de Burgos, España. Recuperado de <http://riubu.ubu.es/bitstream/10259/4423/1/Aramburu-CarrascalD%C3%A4ez-Ferrari-Herv%C3%A1s-Huin.pdf>
- Baxter, J., Madriz, L., y Mora., L. (2011). Prematuridad y estimulación temprana: ¿un binomio determinante para la prevención de la discapacidad? *Innovaciones Educativas*· Año XIII · Número 18 · pp.11-21 .Recuperado en <http://dx.doi.org/10.22458/ie.v13i18.575>
- Rico, T., Herencia, C., García, A., González S., Puyol, P.J., y Torres, J. (2010). Programa de seguimiento de niños prematuros desde el punto de vista terapéutico y educativo. *Pediatría Atención Primaria*, 12(45), e1-e19. Recuperado en 13 de julio de 2018, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S11397632201000100014&lng=es&tlng=es.
- Stefana, A. (2016). El padre del bebé prematuro, un recurso importante para su pareja y su propio hijo. *Psique Mag*, Vol. 5, N. ° 1. Recuperado de <http://ojs.ucvlima.edu.pe/index.php/psiquemag/article/view/158/78>
- UNICEF. (2011). Ejercicios de estimulación temprana. Recuperado de <http://files.unicef.org/mexico/spanish/ejercicioestimulaciontemprana.pdf>

APÉNDICE

APÉNDICE N° 1
ENCUESTAS APLICADAS A
PADRES DE FAMILIA



UNIVERSIDAD ESPECIALIZADA DE LAS AMÉRICAS
EXTENSIÓN UNIVERSITARIA EN VERAGUAS
ENCUESTA PARA MADRES DE FAMILIAS DE RECIÉN NACIDOS
PREMATUROS

Respetadas madres de familia:

Con la intención de recopilar información para la investigación titulada **Atención temprana a neonatos prematuros nacidos en el Hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega**, solicito muy respetuosamente su colaboración para la misma, la cual será confidencial y toda la información proporcionada será valiosa para ofrecer la atención temprana y oportuna para su bebé y su familia.

Indicaciones: Marque con un gancho la respuesta más acertada y en algunos casos complete los espacios señalados con la respuesta correcta para usted.

1. Años de la madre al momento del embarazo:

- 14-20 años 21-27 años 28-34 años
 35-41 años 42-48 años 49 años o más

2. Máximo grado de escolaridad alcanzado por la mujer al momento del embarazo:

- Primaria Premedia Secundaria Técnico
 Licenciatura Postgrado Maestría

3. Estado civil al momento del embarazo:

- Soltera Casada Unida Viuda

4. Durante el embarazo se realizó los cuidados y controles prenatales:

- Todos algunos ninguno

5. Tiene antecedentes médicos patológicos:

- Sí No

En caso afirmativo ¿Cuáles?

6. Tuvo situaciones de duelo durante el embarazo:

Sí No

7. Sintió temores durante el embarazo:

Siempre algunas veces nunca

8. Estuvo sometida a situaciones laborales y de estrés durante el embarazo:

Siempre algunas veces nunca

9. Su parto desencadenó en:

Urgencia Vaginal Cesárea Programado

10. Indique cuáles de los siguientes factores que se enumeran a continuación hicieron que su embarazo desencadenará en parto prematuro:

Hipertensión arterial preeclamsia Placenta previa

Infecciones bacterianas ascendentes Sufrimiento fetal

ruptura prematura de membrana ovulares anemia

pérdida o ganancia de peso en el embarazo diabetes

Embarazos múltiples enfermedades cardíacas

consumo de sustancias tóxicas Enfermedades del tracto urinario

Exceso o defecto de líquido amniótico Cervicovaginitis

Enfermedades renales Todas

Otros _____

11. Su bebé nació entre:

34 y 36 semanas de gestación 28 y 33 semanas de gestación

Con menos de 28 semanas de gestación

12. El peso de su bebé al nacer fue:

Inferior a 5.5 libras y superior a 3.31 libras

Menor a 3.31 libras y superior a 2.2 libras Menor a 2.2 libras

13. Indique las causas del ingreso de su bebé a la unidad neonatal:

Prematuridad malformaciones bajo peso neumonía

síndrome de dificultad respiratoria (SDR) Sepsis ictericia

Cardiopatía apnea aspiración de líquido meconial

taquipnea transitoria del recién nacido (TTRN) asfixia

Enterocolitis Otros_____

14. Estrategias institucionales empleadas para el cuidado del recién nacido prematuro que promueven la cercanía y el contacto madre-hijo:

Canguro hospitalario programa de apoyo dirigido a padres de neonatos

Apoyar y complementar el trabajo de seguimiento de los profesionales de neonatología

Talleres que intentan promover la autonomía y confianza de padres-madres en el afrontamiento y cuidado saludable del bebé prematuro.

Muchas gracias por su colaboración

APÉNDICE N°2
ENCUESTAS APLICADAS A
PROFESIONALES QUE LABORAN
EN LA SALA DE NEONATOLOGÍA



UNIVERSIDAD ESPECIALIZADA DE LAS AMÉRICAS
EXTENSIÓN UNIVERSITARIA EN VERAGUAS
ENCUESTA PARA PROFESIONALES QUE LABORA EN LA SALA DE
NEONATOLOGÍA

Respetados profesionales de la salud:

Con la intención de recopilar información para la investigación titulada **Atención temprana a neonatos prematuros nacidos en el Hospital Dr. Luis “Chicho” Fábrega**, solicito muy respetuosamente su colaboración para la misma, la cual será confidencial y toda la información proporcionada será valiosa para ofrecer la atención temprana y oportuna para su bebé y su familia.

Indicaciones: Marque con un gancho la respuesta más acertada y en algunos casos complete los espacios señalados con la respuesta correcta para usted.

1. Datos generales:

Sexo F M

2. Edad: 25-30 años 31-36 años 37-42años 42 años y más

3. Máximo grado de escolaridad alcanzado:

Técnico Licenciatura Postgrado Maestría Doctorado

4. Años de labor en la institución en la sala de neonatología:

1- 5 años 6- 10 años 11- 15 años 16 años y más

5. Jornada de trabajo:

Matutina Vespertina Nocturno Rotativo

6. Mayor incidencia de nacimientos de los bebés prematuros entre:

34 y 36 semanas de gestación 28 y 33 semanas de gestación

Con menos de 28 semanas de gestación

7. Los bebés prematuros nacen con:

Bajo peso muy bajo peso peso extremadamente bajo

8. En la institución donde usted labora para abordar el problema de la premarutez se emplean estrategias como:

- Prevención del parto prematuro y cuidado perinatal para disminuir la mortalidad del neonato y aumentar su calidad de vida.
- Reforzar la consejería anticonceptiva en las adolescentes.
- Espaciar los nacimientos.
- La detección y tratamiento de las infecciones genitouterinas.

9. Usualmente los partos que desencadenan en prematuros se dan de:

- Urgencia
- Vaginal
- Cesárea
- Programado

10. Indique cuáles de los siguientes factores que se enumeran a continuación generan partos prematuros:

- Hipertensión arterial
- preeclamsia
- Placenta previa
- Infecciones bacterianas ascendentes
- Sufrimiento fetal
- ruptura prematura de membrana ovulares
- anemia
- pérdida o ganancia de peso en el embarazo
- diabetes
- Embarazos múltiples
- enfermedades cardiacas
- consumo de sustancias tóxicas
- Enfermedades del tracto urinario
- Exceso o defecto de líquido amniótico
- Cervicovaginitis
- Enfermedades renales
- Todas
- Otros_____

11. El peso del recién nacido prematuro al nacer oscila es:

- Inferior a 5.5 libras y superior a 3.31 libras
- Menor a 3.31 libras y superior a 2.2 libras
- Menor a 2.2 libras

12. Indique las causas del ingreso de los neonatos prematuros a la unidad neonatal:

- Prematurez
- malformaciones
- síndrome de distress respiratorio (SDR)
- Sepsis
- bajo peso
- ictericia
- neumonía
- apnea
- Cardiopatía
- asfixia
- aspiración de líquido meconial
- Enterocolitis
- enfermedades de déficit surfactante (EDS)

13. En la unidad de cuidado intensivos de la institución se emplean:
- Estrategias que promueven la cercanía y el contacto madre-hijo.
 - Canguro hospitalario.
 - Programa de apoyo dirigido a padres del recién nacido prematuros.
 - Apoyar y complementar el trabajo de seguimiento de los profesionales de Neonatología.

 - Materiales que intentan promover la autonomía y la confianza del padre-madre en el afrontamiento y cuidado saludable del bebé prematuro.

14. Indique cuáles son las causas de muerte más frecuentes de los neonatos prematuros:
- Neumonía septicemia neonatal Hemorragia interventricular
 - Hemorragia e hipertensión pulmonar cardiopatía congénita
 - Neumotórax Fallas orgánicas
 - No se ha logrado desarrollar su sistema inmunológico

15. Por qué considera importante la atención temprana en el casos de los neonatos prematuros: _____

_____.

16. Creé que las madres de los recién nacidos prematuros están capacitadas para ofrecerles la atención temprana que requieren sus hijos al momento de dejar la unidad de neonatología del hospital:

_____.

Muchas gracias por su colaboración