



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:
“LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL RECIÉN NACIDO PREMATURO EN
EL ÁMBITO HOSPITALARIO”

Requisito para optar por el Título de Licenciada en Estimulación Temprana

Autora: Pacha Sánchez, Johanna Aracelly
Tutor: Dr. Fernández Soto, Gerardo Fernando

Ambato – Ecuador
Octubre 2018

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de tutor del trabajo de investigación sobre el tema "LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL RECIÉN NACIDO PREMATURO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO " de Johanna Aracelly Pacha Sánchez, estudiante de la carrera de Estimulación Temprana, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador, designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad Ciencias de la Salud.

Ambato, Julio 2018

EL TUTOR

.....

Dr. Fernández Soto, Gerardo Fernando

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el presente trabajo de investigación "LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL RECIÉN NACIDO PREMATURO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO" como también los contenidos, ideas, análisis y conclusiones son de responsabilidad exclusiva de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Julio 2018

LA AUTORA

.....

Pacha Sánchez, Johanna Aracelly

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato para que haga de este proyecto de investigación o parte del él, un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi proyecto de investigación, con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de Proyecto de Investigación dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta producción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Julio 2018

LA AUTORA

.....

Pacha Sánchez, Johanna Aracelly

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador, aprueban el informe del proyecto de investigación, sobre el tema: "LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL RECIÉN NACIDO PREMATURO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO" de Johanna Aracelly Pacha Sánchez, estudiante de la carrera de Estimulación Temprana.

Ambato, Octubre 2018

Para su constancia firma

.....

Presidente/a

.....

1er Vocal

.....

2do Vocal

DEDICATORIA

El proyecto de investigación va dedicado a las personas que forman parte de mi vida, superación y han permanecido a mi lado a lo largo de mi carrera estudiantil.

Quiero dedicar fundamentalmente a los 5 miembros de mi familia que conforman mi vida entera; mi papá Luis Arnulfo Pacha, mi hermano Santiago Pacha Sánchez y mis dos hermanas Daniela Pacha Sánchez y Pamela Pacha Sánchez que con su apoyo económico y moral he logrado alcanzar una de mis metas

Y en especial a la persona que por razones que sobrepasan el poder del ser humano y hoy no puede estar físicamente presente, pero que siempre estuvo a mi lado en mi corazón en mi mente, a mi madre que desde donde quiera que este, hoy le quiero decir que su sueño se ha cumplido.

Johanna Aracelly Pacha Sánchez

AGRADECIMIENTO

A dios por darme la fuerza, sabiduría e inteligencia para alcanzar mis sueños.

A mi familia por siempre estar cuando más los necesitaba y brindarme todos los recursos para culminar mi carrera.

A mis maestros porque sin las enseñanzas en las aulas de clases, no podríamos obtener los conocimientos para luchar en la vida profesional.

A mi tutora Lic. Mg Victoria Valladares López quien siempre tuvo la voluntad de ayudar y brindar sus conocimientos, a pesar de no terminar el trabajo nos dejó una gran enseñanza. A mi tutor el Dr. Gerardo Fernández por brindarnos sus conocimientos y guiarme en la culminación de mi proyecto.

Al Dr. Lenin Guillermo por abrirme las puertas en el área de neonatología del Hospital General Provincial Latacunga donde pude realizar mi investigación y adquirir conocimientos.

Johanna Aracelly Pacha Sánchez

ÍNDICE

CAPÍTULO I	2
EL PROBLEMA	2
1.1 TEMA	2
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.2.1 Contextualización	2
1.2.2 Formulación del problema	4
1.3 JUSTIFICACIÓN	4
1.4 OBJETIVOS	5
Objetivo General	5
Objetivos Específicos.....	5
CAPÍTULO II	6
MARCO TEÓRICO	6
2.1 ESTADO DEL ARTE	6
2.2 FUNDAMENTO TEÓRICO	10
2.2.1 ESTIMULACIÓN TEMPRANA	10
2.2.2 EL RECIÉN NACIDO	21
2.3 HIPÓTESIS	32
2.3.1 Señalamiento de variables	33
CAPÍTULO III	34
MARCO METODOLÓGICO	34
3.1 NIVEL Y TIPO DE INVESTIGACIÓN	34
3.2 SELECCIÓN DEL ÁREA O ÁMBITO DE ESTUDIO	35
3.3 POBLACIÓN	35
3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	35
3.5 DISEÑO MUESTRAL	35
3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	36
3.7 DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	38
3.8 ASPECTOS ÉTICOS	41
CAPÍTULO IV	42
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	42
4.1 Análisis e interpretación de resultados de la población con la que se trabajó en el Hospital Provincial General Latacunga	42
4.2 Discusión	56
4.3 Conclusiones	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
Anexos	63

Índice de tablas

Tabla 1: Características del recién nacido	24
Tabla 2: Puntuación del APGAR.....	30
Tabla 3: Interpretación de resultados APGAR.....	30
Tabla 4: Test de Capurro	32
Tabla 5: Población de estudio	42
Tabla 6: Distribución de la población en patologías.	44
Tabla 7: Población dividida por sexo dentro de las patologías.	45
Tabla 8: Proceso de Estimulación y evolución del recién nacido prematuro con la escala de valoración de MYLA, motricidad gruesa.	46
Tabla 9: Proceso de Estimulación y evolución del recién nacido, motricidad fina.....	48
Tabla 10: Proceso de Estimulación y evolución del recién nacido, social y comunicación.....	50
Tabla 11: Proceso de Estimulación y evolución del recién nacido, cognición.	52
Tabla 12: Prueba de muestras relacionadas, media.	54
Tabla 13: La aplicación de la prueba T de Student.	54

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

**“LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL RECIÉN NACIDO PREMATURO EN
EL ÁMBITO HOSPITALARIO”**

Autora: Pacha Sánchez, Johanna Aracelly

Tutor: Dr. Fernández Soto, Gerardo Fernando

Fecha: Julio del 2018

RESUMEN

“La Estimulación Temprana en el recién nacido prematuro en el ámbito hospitalario” tema que tuvo como objetivo general Determinar el impacto de la Estimulación Temprana en los recién nacidos prematuros del servicios de neonatología del Hospital Provincial General Latacunga y como objetivos específicos Investigar las técnicas de Estimulación Temprana aplicadas en el ámbito hospitalario, Evaluar el desarrollo de los recién nacidos prematuros del área de cuidados intensivos de neonatología y Describir la evolución de los recién nacidos prematuros del servicios de neonatología que reciben Estimulación Temprana. Se trabajó con una población de 50 recién nacidos prematuros, tiene un enfoque cuantitativo. Para la recolección de la información se utilizó la técnica de observación, recopilación de datos y como instrumento la escala de valoración Myla, para determinar el grado de evolución de desarrollo de los niños ingresados versus el alta, obteniendo como resultados que la Estimulación si influye en el desarrollo de los niños recién nacidos prematuros del Hospital General Provincial Latacunga.

PALABRAS CLAVES:

PREMATURO, ESTIMULACIÓN TEMPRANA, DESARROLLO.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

EARLY STIMULATION CAREER

**“ EARLY STIMULATION IN THE NEWBORN PREMATURE IN THE
HOSPITAL AREA ”**

Author: Pacha Sánchez, Johanna Aracelly

Tutor: Dr. Fernández Soto, Gerardo Fernando

Date: July 2018

SUMMARY

The present investigation was developed on the theme "Early Stimulation in the premature newborn in the hospital setting" theme whose general objective was to determine the impact of early stimulation in premature newborns of the neonatology services of the Provincial General Latacunga Hospital and as specific objectives To investigate the techniques of early stimulation applied in the hospital environment, to evaluate the development of premature newborns in the intensive care area of neonatology and to describe the evolution of premature newborns of the neonatology services receiving early stimulation. We worked with a population of 50 live preterm newborns, this research has a qualitative-quantitative approach. For the collection of information, the technique of observation, data collection and as instrument was used the Myla assessment scale, to determine the degree of evolution of development of children admitted versus discharge, obtaining as a result that Stimulation if it influences the development of premature infants in the General Provincial Hospital Latacunga.

KEYWORDS:

PREMATURE, EARLY STIMULATION, DEVELOPMENT

INTRODUCCIÓN

La prematurez en general se vincula a diversos problemas en el desarrollo, los niños que nacen de partos prematuros presentan diferentes problemas de salud; como bajo peso, policitemia del recién nacido, sepsis neonatal, incompatibilidad sanguínea etc.

Los factores que determinara la evolución del niño prematuro es la edad gestacional, el propósito de la investigación es demostrar el impacto que tiene la Estimulación Temprana en los recién nacidos prematuros en el ámbito hospitalario.

El contenido que abarca esta investigación es una contextualización que ayuda a cuantificar numéricamente los nacimientos prematuros a nivel mundial, de Latinoamérica y Ecuador, seguido de un marco teórico que aborda las dos variables de estudio; Estimulación Temprana y recién nacido prematuro, todo con una metodología de investigación con enfoque predominante cualitativo y cuantitativo, la misma que arrojó resultados de gran importancia para el desarrollo del prematuro dentro del ámbito hospitalario.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 TEMA

“La Estimulación Temprana en el recién nacido prematuro en el ámbito hospitalario”

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1 Contextualización

A nivel mundial, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año del 2015 comunica que la prematuridad es la primera causa de mortalidad en los niños menores de cinco años, la OMS plantea que ha estudiado 184 países en donde las tasas de nacimientos prematuros oscilan entre el 5% y el 18% de los recién nacidos prematuros. Cada año nacen en el mundo unos 15 millones de bebés antes de llegar a término, es decir, más de uno en 10 nacimientos, muchos de los bebés prematuros que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida, en particular, discapacidades relacionadas con el aprendizaje, problemas visuales y auditivos (Salud, 2018).

En América Latina según, la Organización Panamericana de la salud (OPS) y la OMS en el año del 2015 dictamina algunas directrices sobre la atención prenatal incluyen intervenciones esenciales que ayudan a prevenir el parto prematuro, como el asesoramiento sobre la dieta saludable y la nutrición óptima, o el consumo de tabaco y otras sustancias; es decir 0,9 millones de partos prematuros se produjeron en América Latina y El Caribe (Tascón, 2016).

Asimismo, según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en el año 2014 el porcentaje de bebés prematuros aumentó en todos los países a nivel de Latinoamérica se encuentra por encima del 7%, destacando el caso de Costa Rica en el que se estima que un 13,6% de los nacimientos son prematuros (Usiña, 2014).

En el Ecuador según la OMS es el segundo país con la menor tasa de nacimientos prematuros en el mundo, el INEC índice que el 2014 los nacimientos prematuros fueron 5,1 niños por cada 100 nacidos vivos y unos de los factores determinantes son los

embarazos a temprana edad o ser madres multíparas, es decir haber tenido más de 5 gestas (Usiña, 2014).

En la Provincia de Cotopaxi en el Hospital General de Latacunga según datos del Censo 2017 en el servicio de neonatología se estima que nace alrededor de 3620 recién nacido vivos prematuros, es decir la tasa de mortalidad es del 2% a las 72 horas de haber nacido por complicaciones que presentar los neonatas pre-termino.

1.2.2 Formulación del problema

¿De qué manera influye la Estimulación Temprana en el recién nacido prematuro en el ámbito hospitalario?

1.3 JUSTIFICACIÓN

La Importancia de la investigación es dar a conocer el impacto que tiene la Estimulación Temprana en niños prematuros dentro del ámbito hospitalario, la mortalidad neonatal es un factor de riesgos en el Ecuador, el nacer prematuro es un determinante de riesgos; conlleva a posibles discapacidad física o intelectual, al permitir al paciente tener acceso a servicios como Estimulación Temprana les estamos brindado herramientas básicas para su óptimo desarrollo y un mejor estilo de vida.

Está dirigida a los recién nacidos prematuros del Hospital General Provincial Latacunga del servicio de neonatología que reciben Estimulación Temprana, lo que nos permitirá determinar el nivel de desarrollo que alcanzan los niños antes mencionados, con la aplicación de la terapia durante la estancia en el hospital.

El impacto de la investigación es brindar al paciente prematuro la atención adecuada y oportuna que favorece al enriquecimiento neuronal, mediante estímulos que ayuden a la maduración cerebral, así alcanzar el desarrollo adecuado a su edad. Dando paso a una nueva propuesta médica, de Atención Temprana dentro del ámbito hospitalario como necesidad para obtener niños saludables y con menos riesgo de padecer algún trastorno durante su desarrollo.

Dicha investigación está dada en las instalaciones del Hospital General Provincial Latacunga con la colaboración médica, administrativa y docente que permite el avance adecuado del mismo.

La investigación permitirá comprobar si la Estimulación Temprana beneficia a la población de recién nacidos prematuros en el ámbito hospitalario, brindándoles técnicas adecuadas de tratamiento que ayuden a adquirir reflejos; como succión, habilidades motrices; como girar la cabeza sin preferencia a un lado o patear, dejando así comprobado que la atención temprana ayudará a la maduración cerebral y alcanzar habilidades que el niño carece.

1.4 OBJETIVOS

Objetivo General

- Determinar de qué manera influye la Estimulación Temprana en los recién nacidos prematuros en el ámbito hospitalario

Objetivos Específicos

- Evaluar el desarrollo del recién nacido muy prematuro y moderado del área de neonatología, a través de la Escala de Valoración del Proceso de Estimulación Multisensorial "MYLA".
- Analizar el perfil de desarrollo del recién nacido muy prematuro y moderado.
- Describir las técnicas de Estimulación Temprana para niños muy prematuros y moderados del área de neonatología.
- Establecer la relación del impacto de las técnicas de Estimulación Temprana en el recién nacido prematuro del Hospital Provincial General Latacunga.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ESTADO DEL ARTE

Según Aguirre V, Cervera M, Chiroque C (Aguirre Victoria, 2014) .En su investigación acerca de la **“Influencia de un programa de Estimulación Temprana en el desarrollo psicomotor de los recién nacidos prematuros. Servicio de neonatología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Marzo-Junio Chiclayo 2014”**. Proponen como objetivo general Determinar la influencia de un programa de Estimulación Temprana en el desarrollo psicomotor de los recién nacidos prematuros, se investigó con un grupo de 12 prematuros nacidos vivos, 6 de grupo experimental, 6 grupo control; a los cuales se evaluó en las 4 áreas de desarrollo (cognitivo, lenguaje, motriz y socio afectivo) con el test de psicomotricidad peruano, obteniendo como resultado que los niños sujetos al programa experimental mejoraron significativamente al 100% ya que su evolución se evidencio en el post test, por lo que se está demostrando que la Estimulación Temprana oportuna brinda al recién nacido prematuro mejor el estilo de vida.

Según Vega Irma (Irma, 2017).En su investigación sobre **“Efecto del masaje terapéutico en el peso y tiempo de hospitalización en recién nacidos prematuros-servicio de neonatología, Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo Chimbote 2017”** Determina como objetivo principal conocer cuál es el efecto del masaje terapéutico en el peso y tiempo de hospitalización en los Recién Nacidos Prematuros. La población de estudio fueron 20 recién nacidos prematuros, 10 para el grupo experimental, 10 para el grupo control que cumplieron los criterios diagnósticos y de inclusión, el instrumento fue aplicado al grupo experimental dos veces al día durante siete días, dando como resultados que el masaje terapéutico incrementa significativamente la ganancia de peso en los recién nacidos prematuros, sin embargo la prueba estadística aplicada para el tiempo de hospitalización no permitió concluir que exista una diferencia significativa entre el tiempo de estancia hospitalaria del grupo control y del grupo experimental, sin embargo los resultados obtenidos muestras nuevas

forma de cuidados en prematuros y la terapia complementaria de Estimulación Temprana ayudará al paciente a tener mejorías en su desarrollo y crecimiento.

Según Suarez F, Lozada O, Washington R (Suarez Fernando, 2014). En la investigación **“Efecto del Programa de Estimulación Temprana en niños lactantes con antecedentes de parto prematuro Moderado, Hospital Bertha Calderón, Área de Neonatología Consulta Externa. Managua, Agosto –noviembre 2014”**. El estudio propone evaluar el efecto de la Estimulación Temprana en niños lactantes con antecedentes de parto prematuro, población de 323 niños en estudio, muestra no probabilística de nacidos entre las semanas 32 a 36. El método utilizado para ver la eficacia fue el de Bobath y neurodesarrollo, basa en dar estímulos que ayuden a mejorar el tono muscular y desarrollar la coordinación ausente en estos niños para mejorar su desarrollo y evolución, presentando como resultados la eficacia en el área motriz y coordinación, lo que permite discutir que el programa de Estímulos Tempranos ayuda a la maduración cerebral permitiendo que el paciente presentes mejorías y avance en su recuperación además de ayudar a la adaptación.

Según E. Salcedo Lobato, I. Cuadrado Pérez, M. S. Herráez Sánchez y L. Cabanillas Vilaplana (La Orden Izquierdo1, 2012). En su investigación **“Retraso de la adquisición de la succión-deglución-respiración en el pretérmino; efectos de una estimulación precoz”** determinan como objeto de estudio analizar la transición de la nutrición enteral a la oral, la comorbilidad asociada con su retraso y el impacto de una estimulación precoz al reflejo de succión en una cohorte de prematuros, lo que toma como muestra de estudio 95 prematuros menores de 32 semanas de gestación (SG) ingresados en una UCI neonatal en los últimos 4 años. Se revisó la edad gestacional, somatometría al nacimiento y al alta, comorbilidad asociada, duración de la ventilación mecánica, necesidades de oxígeno, momento de inicio/fin de nutrición enteral/oral, inicio del método canguro y estímulo de la succión y ganancia ponderal diaria, la estimulación de la succión se inició entre la semana 29 y 40 SG (media y mediana 32 SG). La nutrición oral se inició entre la 31-40 SG (media y mediana 33SG) y completó entre la 33-44 SG (media y mediana 35 SG). La nutrición oral se retrasó en los pacientes que necesitaron más tiempo de ventilación mecánica y oxigenoterapia. Hubo una correlación positiva entre el inicio de la estimulación del reflejo de succión y el momento de adquisición de una nutrición oral completa, el tiempo de estancia hospitalaria. Por lo que se puede

concluir que la estimulación precoz del reflejo de succión ayuda al paciente a permanecer menos tiempo hospitalizado y ganar peso de manera eficiente, conociendo la importancia de estimular oportunamente a los recién nacidos prematuros.

Según Elsa Rugiero P, Rodehck Walton L, Fabiola Prieto P, Eduardo Bravo A, Juan Núñez M. Juan Márquez N, Germán Mühlhausen M (Elsa Rugiero P., 2008). En su investigación **“Efecto del masaje terapéutico en prematuros del servicio de neonatología del hospital San José”** propone como objetivo principal evaluar los efectos del masaje como terapia complementaria, el tratamiento habitual de los recién nacidos prematuros del Servicio de Neonatología tiene como muestra de estudio 40 niños menores de 37 semanas de edad gestacional e inferior a 1.700 gramos al nacer, no presentaban condiciones patológicas al momento del estudio y fueron agrupados por peso y edad gestacional, el método utilizado fue masaje shiasu aplicado a los pacientes por 15 minutos tres veces al día, seis días alternos por dos semanas. Se registró peso de inicio y diario en ambos grupos y días de hospitalización, el resultado fue a los niños que ha recibido el programa de estimulación subió 14 gramos por día y permanecieron 15 días menos hospitalizadas que el resto, por lo que se ha tomado la terapia de Estimulación Temprana como una prioridad de mejora en niños prematuras y mejorar su desarrollo.

Según C. R. Pallás Alonso (Alonso, 2012). En su investigación **“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 (2.a parte)”** determina como objetivo los problemas de desarrollo específicos de los niños que pesan al nacer menos de 1500 gramos. En los cuales los niños prematuros que pesan menos de 1500 gramos o con una edad gestacional menos de 32 semanas, se sientan sin apoyo y caminan más tarde que los niños a término. Una de las peculiaridades observadas en estos niños es el desarrollo de hipertonia transitoria. Algunas patologías como la displasia broncopulmonar o el bajo peso pueden retrasar la edad a la cual el niño es capaz de sentarse sin apoyo o caminar. El cerebro en desarrollo de los niños prematuros es extremadamente vulnerable a cualquier daño, las consecuencias a largo plazo de estas alteraciones suponen alteraciones motoras, la más frecuente la parálisis cerebral (daño no progresivo del sistema nervioso central caracterizado por un control anormal del movimiento y de la postura) así como

problemas cognitivos y del comportamiento, lo que permite ver la importancia de que un paciente prematuro reciba estímulos para evitar posibles trastornos y mejorar su maduración cerebral.

Según Toasa Paulina (Paulina, 2014) en su investigación **“Actuaciones de enfermería en el seguimiento del programa madre canguro y su influencia en el crecimiento y desarrollo del niño prematuro y de bajo peso al nacer en el servicio de consulta externa del Hospital Provincial Docente Ambato período Enero-Julio 2014”** propone como objetivo investigar el seguimiento del Programa Madre Canguro y cómo influye en el crecimiento y desarrollo de los niños prematuros y de bajo peso al nacer en el área de consulta externa del Hospital Provincial Docente Ambato, dando a conocer que el plan canguro consta de contacto piel a piel para que el niño prematuro alcance el desarrollo según su edad cronológica, determinando en la investigación que un programa de intervención temprana es una estrategia de desarrollo secuencial aplicada por una unidad de rehabilitación infantil, donde se pretende aportar de una forma elaborada todos los cuidados que intervienen en la madurez del niño (actuando paralelamente a dicha maduración), con el fin de favorecer el desarrollo de niños con deficiencias donde además la familia tiene un rol fundamental para el avance del mismo, por lo que se concluyó que el apoyo profesional especializado en terapias infantiles es fundamental dentro de proceso de recuperación del prematuro alcanzando su maduración y desarrollo a la par del niño nacido a término.

Según Núñez Elizabeth (Elizabeth, 2015) en la presente investigación **“Estimulación multisensorial en el desarrollo motor en los niños prematuros de 0 a 4 meses que afluyen a consulta externa del Hospital Provincial Docente Ambato”** propone el estudio de la influencia de la Estimulación multisensorial en el desarrollo motor en niños prematuros de 0 a 4 meses que acuden a consulta externa del Hospital Provincial Docente Ambato, para obtener resultados verificables se utilizó el test de Nelson Ortiz en donde se evaluaron a los niños al inicio demostrando que no cumplían con los parámetros valorados, aplicando después la terapia de Estimulación Temprana para la observación de resultados en donde mediante la observación y aplicación del mismo test, se evidencio resultados de avance y desarrollo, concluyendo que la estimulación multisensorial abre una ventana para el aprendizaje, toda información perceptiva, táctil, vestibular son la base para un buen desarrollo muscular, postural y de equilibrio. La

interacción del niño con su cuerpo y con el medio le permite realizar movimientos adaptativos que mejoran su desarrollo y crecimiento.

Bravo Mariuxi (Mariuxi, 2016) en su investigación “**Estimulación multisensorial en el desarrollo de los niños prematuros de 0 a 6 meses del Hospital del Seguro Ambato**” propuso determinar la influencia de la Estimulación Multisensorial en el desarrollo de los niños prematuros de 0 a 6 meses del Hospital del Seguro Ambato, se aplicó la escala de valoración de MYLA que valora las áreas o habilidades en las cuales el bebé presenta disminución en su desarrollo, establece la forma y edad en la cual se encuentra la evolución de sus habilidades motrices, sensoriales, de comunicación, sociales, cognitivas, de juego, emocionales y básicas generales (tono y fuerza muscular, amplitud articular y reflejos primitivos), brindando a la madre una sana asesoría sobre los procesos de desarrollo que deben cumplir sus hijos según su edad, además de ser una guía para los profesionales que brindan atención a niños y más los niños prematuros que requieren de cuidados especiales logrando así demostrando que los terapeutas en Estimulación Temprana son un ente clave para el desarrollo y la evolución de un niño prematuro.

2.2 FUNDAMENTO TEÓRICO

2.2.1 ESTIMULACIÓN TEMPRANA

En el año 1843 el educador Johann Baptist Graser recomendaba a las madres de niños sordos la educación temprana del habla, antes al niño se le consideraba como adulto pequeño y no se le daba la menor importancia (Celis, 2016).

Jean Piaget en 1919 dijo que el desarrollo psíquico del niño empieza desde el primer día de vida, la inteligencia progresa dinámicamente en relación con el medio ambiente y los estímulos.

Harold Skeels 1938: Demuestra que niños con retraso mental, mejoran su nivel intelectual al introducirse a lugares donde se les da afecto y estímulos (José, 2006).

Sigmund Freud demuestra que las primeras experiencias y las primeras relaciones afectivas dejan permanente influencia en el ser humano.

María Montessori pionera en la Atención Temprana 1898 y 1900 trabajó con niños considerados perturbados mentalmente, se dio cuenta de que estos niños tenían potencialidades que aunque estaban disminuidas, podían ser desarrolladas, que eran

dignos de una vida mejor y no ser considerados una carga para la sociedad. 1907 se inauguró la primera Casa de Niños en San Lorenzo Roma, se empezó creando el área de vida práctica (higiene y modales) devolviéndole la dignidad al niño. Los niños se concentraban, repetían el ejercicio, para ellos los juguetes no les llamaba la atención, eran para ratos de ocio, rechazaban los premios y los castigos, los niños obtenían la satisfacción de realizar solos su trabajo (José, 2006).

Con la declaración de los derechos de los niños en el año de 1959, la sociedad empezó a preocuparse por ellos, así surge la Estimulación Temprana

Según Rodrigo Caamaño (2017) dictamina como objetivos de Estimulación temprana;

- Potenciar su capacidad de desarrollo posibilitando de la forma más completa su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal.
- Reducir los riesgos de posibles trastornos en el desarrollo del niño.
- Optimizar sus habilidades para mejorar su estilo de vida.
- Reducir la aparición de efectos secundarios en posibles trastornos o déficit.
- Atender y cumplir las demandas del niño como de su entorno.
- Trabajar al niño como sujeto activo dentro de la terapia.

“Se entiende por Atención Temprana el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a 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. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar”(Atención, 2005).

El sistema nervioso se encuentra en la primera infancia en un proceso de maduración y de importante plasticidad, es decir que el cerebro tiene la capacidad de crear redes neuronales firmes por medio de estímulos (Atención, 2005).

La maduración cerebral condiciona una mayor vulnerabilidad frente a las condiciones adversas del medio y posibles complicaciones que presentan a lo largo del desarrollo, cualquier causa que provoque una alteración en lo norma, pone en peligro el desarrollo posterior del niño, la plasticidad también dota al Sistema Nervioso de una mayor capacidad de recuperación y reorganización orgánica y funcional, que decrece de forma muy importante en los años posteriores, dando así a conocer que mientras las lesiones se

den en edades tempranas más grave será el daño cerebral y funcional que tenga el niño, por lo contrario si la lesiones se dan más tarde mejor diagnóstico y pronóstico tendrán los niños, es importante destacar la implicación profesional y familiar, ya que es un elemento indispensable para favorecer la interacción afectiva y emocional, para la eficacia de los tratamientos y sus resultados (Atención, 2005).

Se menciona que el Sistema Nervioso culmina su desarrollo aproximadamente a los tres años de edad y es importante brindar estímulos para ayudar a desarrollo de habilidades motoras, sensitivas y cognitivas, que les permitirá desenvolverse en la vida adulta (Atención, 2005).

Según Perla Fortuny (2015) dice que los beneficios que brinda la Estimulación Temprana son:

- Favorece el desarrollo de las funciones mentales superiores como son la memoria, la imaginación, la atención, así como también el desarrollo del lenguaje.
- Ayuda a desarrolla en el niño confianza, seguridad y autonomía.
- Desarrolla la coordinación motora fortaleciendo el tono muscular, favoreciendo con esto la movilidad y flexibilidad de los músculos.
- Ayuda a desarrollar una mejor capacidad respiratoria, digestiva y circulatoria mediante el movimiento.
- Desarrollo y fortalece los cinco sentidos y la percepción.

La Estimulación Temprana estudia cinco áreas del desarrollo en niños menores de 6 años, motricidad gruesa, fina, lenguaje, socioafectivo y cognitiva.

El área de motricidad gruesa tiene que ver con los cambios de posición del cuerpo, los movimientos globales y la capacidad de mantener el equilibrio, estos movimientos son de forma coordinada con la velocidad y fuerza que el movimiento o la articulación lo permite, sigue dos leyes psicofisiológicas fundamentales: Céfalocaudal (desde la cabeza hacia los pies) próximo-distal (desde el eje central del cuerpo hacia las extremidades) (ENESO, 2016).

El área de motricidad fina es la coordinación de músculos, huesos y nervios para producir movimientos pequeños y precisos, requieren la coordinación ojo-mano y la coordinación de los músculos cortos para realizar actividades como recortar figuras, ensartar cuentas o agarrar el lápiz para dibujar, esto ayuda a calcular la edad de desarrollo del niño mediante las destrezas que adquiere mientras crece, para tener el

control de la motricidad fina el niño necesita tener conocimiento y planeación, coordinación, fuerza muscular y sensibilidad (Torres, 2015).

El área de lenguaje según Vygotsky (1988), es la habilidad del niño para comunicarse con su entorno y abarca tres aspectos: La capacidad comprensiva, expresiva y gestual, la capacidad comprensiva se desarrolla desde el nacimiento, ya que el niño entiende ciertas palabras mucho antes de que puede pronunciar un vocablo con sentido; por esta razón es importante hablarle constantemente, de manera articulada relacionándolo con cada actividad que realice o para designar un objeto que manipule, de esta manera el niño reconocerá los sonidos o palabras que escuche asociándolos y dándoles un significado para luego imitarlos.

El área socioafectiva son aquellas experiencias afectivas, la socialización del niño y relaciones familiares, en conjunto le permiten al niño ir formando su independencia y carácter, así el niño llegara a ser seguro e independiente, es primordial la participación de los padres o cuidadores como primeros generadores de vínculos afectivos, es importante brindarles cuidado, atención y amor, además de servir de referencia o ejemplo, pues aprenderán cómo comportarse frente a otros, cómo relacionarse, cómo ser persona en una sociedad determinada (Cardona, 2012).

El área cognitiva engloba aprendizajes, los procedimientos intelectuales y las conductas que se emanan de estos procesos son experiencias para un óptimo desarrollo cerebral, la inteligencia del niño pueda madurar con normalidad, tiene que existir una base biológica sana, así como también un ambiente favorecedor y recibir estímulos adecuados (Cardona, 2012).

2.2.1.1 Las Técnicas de Estimulación Temprana

Es el conjunto de acciones intencionadas que se llevan a cabo oportunamente, que proporciona al niño las experiencias necesarias desde su nacimiento para que desarrolle al máximo sus potenciales (Cardona, 2012).

- **Técnicas de Masajes**

Masaje infantil

Durante la gestación la madre empieza las primeras caricias en las cuales el tacto es uno de los primeros sentidos en desarrollarse el feto, recepta desde el vientre todos los estímulos brindados y el ambiente que le rodea, en donde la piel en contacto continuo con las paredes del útero brinda una satisfactoria sensación de ser acariciado por su

madre, el tacto es un sentido ineludible para nuestra vida por medio de él, es que logramos establecer contacto con el entorno durante el tiempo de gestación a la séptima semana la sensibilidad cutánea ocupa el perímetro bucal, a las 15 semanas la cara, palma de las manos y planta de los pies para cubrir todo el cuerpo, a las 20 semanas dando a conocer que la piel del feto es constantemente masajeadada y estimulada por el útero y la pared abdominal de la madre lo que favorece un trabajo de estimulación involuntaria por parte de la madre logrando el desarrollo continuo del sentido (Villamizar, 2016).

El tiempo del masaje infantil no debe pasar de 10 a 15 min en recién nacidos como sigue pasando el tiempo el niño se va adaptando y se puede prolongar el tiempo hasta media hora y 40 minutos lo que permitirá que por medio del sistema musculoesquelético el niño puede contrarrestar la tensión muscular que produce ciertas emociones o a su vez el estrés de llegar a un mundo desconocido estos además brindan al niño seguridad, tolerancia y confianza creando un nivel de relajación hasta llegar al sueño (Gonzales, 2007).

Según Gracia Gonzales (2007) en su investigación existen varios beneficios del masaje infantil como:

- Potencian las hormonas segregadas por la hipófisis
- Aumentar el retorno venoso
- Favorece a la flexibilidad facilitando así la movilidad
- Limpia la piel del bebé contribuyendo al desecho de células muertas
- Estimula el nervio vago, el cual posee una rama que inerva el tubo digestivo, facilitando la liberación de hormonas que actúan sobre la absorción de alimentos como la insulina y la glucosa.
- Potencia el flujo del sistema linfático que elimina los productos de desecho mejorando la resistencia corporal a las infecciones
- Incrementa el apego
- Acelera el proceso de mielinización del cerebro
- Promueve el sueño y la relajación.

En las técnicas de masaje hay que considerar varios aspectos como elegir el momento y lugar adecuado, controlar la presión, la dirección y la rapidez en donde se dirige el masaje ya que se debe poner la firmeza adecuado con un mínimo de fuerza ya que recordamos que el recién nacido es muy frágil y receptivo, la temperatura juega un

papel imprescindible porque el recién nacido debe permanecer un lugar cálido permitiéndole el movimiento adecuado y el contacto con la persona que está brindando el masaje, el masaje debe ser abarcado céfalo caudal y cubrir todo las partes del cuerpo en forma circular como cabeza, espalda, nalgas, miembros superiores e inferiores logrando así la relajación total. (Gonzales, 2007).

Masajes Shiatsu

En 1955, el ministerio japonés de Sanidad reconoce oficialmente esta técnica de masaje shiatsu como un tipo de masaje occidental, a lo largo del tiempo el shiatsu ha sido exportado a Occidente (Europa, Estados Unidos y América) aunque en estos países la falta de reglas precisas para su enseñanza y su práctica ha hecho que, hoy en día, el shiatsu sea a menudo considerado como una práctica ilegítima (asociada, por ejemplo, a los meridianos de acupuntura, a la reflexología, a la meditación.) más cercana a los tratamientos estéticos y de bienestar que a un enfoque verdaderamente terapéutico (Lardry, 2012). La técnica aplicada en bebés se da en modo caricias, fortaleciendo el vínculo padres-hijo haciendo así que con la parte distal de las falanges de los dedos aplicamos una ligera fuerza en círculos sobre la piel del paciente, hay que tener en cuenta que se aplicara en puntos clave del cuerpo como en la planta de los pies alrededor de la columna vertebral, la sien, el abdomen en forma de mariposa esto favorece el sistema digestivo reduciendo el riesgo de padecer enfermedades gastrointestinales como cólicos y estreñimiento, el shiatsu es una buena forma de estimular el sistema inmunológico incrementando la producción de anticuerpos. Asimismo, estimula el sistema nervioso central favoreciendo la concentración del niño, disminuyendo el estrés y los trastornos nerviosos o del sueño, e impulsando su desarrollo psicomotriz (Antonacci, 2018).

Masaje shantala

El Masaje Infantil no es nada nuevo en la India el masaje forma parte del conocimiento ancestral de los hindúes practicado por todas las Madres a sus niños ya hace más de 40 años el Dr. Frederick Leboyer, Médico Francés lo descubre en la India y lo lleva al Occidente dándole el nombre de Masaje Shantala, definiendo este como el arte de dar Amor, el masaje Shantala es amor, cariño, ternura, felicidad, compasión, respeto, paz, tranquilidad, apoyo, comunicación es una forma más de decirle a nuestros hijos “TE QUIERO” sin usar las palabras, sólo nuestras manos, nuestra mirada, nuestro corazón y

porque no decir el brindar la seguridad y bondad de un profesional comprometido con el deber de ayudar al desarrollo del paciente que en sus manos esta, múltiples son los beneficios que acompañan al masaje entre ellos, podemos destacar aquellos que hacen referencia al neonato como; estimular el sistema nervioso, fortalecimiento del sistema respiratorio, ayuda a aliviar las molestias ocasionadas por los gases, cólicos y estreñimiento, mejora la digestión, los recién nacido aprenden a relajarse y a conciliar el sueño, fortalece el vínculo del apego entre la madre, padre e hijo, hidrata y tonifica la piel, fortalece el sistema muscular y psicomotor del niño permitiendo que reciba los estímulos necesarios para la adaptación a su nuevo mundo (Anny, 2015).

El masaje Shantala es un arte sencillo e importante en sí, que se caracteriza principalmente por tres elementos: por las técnicas en sí, por la aplicación de ejercicios de yoga para el bebé y por el uso de la hidroterapia estos pasos no siempre son seguidos ya que muchos niños tienen necesidades diferentes y el masaje se basa al objetivo que queremos alcanzar en el paciente durante la terapia (Gabriela, 2013).

Es aconsejable elegir el momento y lugar adecuada para que el niño reciba la terapia, la duración del masaje será la que tolere el niño pero se recomienda de entre 15 a 20 min las primeras sesiones el masaje lo dará con suavidad pero a la vez con firmeza que transmita seguridad, el uso de aceites dependerá de la recomendación materna siempre y cuando como profesionales daremos indicaciones y prevención una buena opción es aceite de almendras u oliva y observar si produce alguna reacción alérgica (Fernández, 2013). Se puede escuchar música tranquila y con el volumen bajo mientras se aplica la terapia en un lugar cálido, sentada sobre el colchón o camilla/cunero, con la espalda apoyada doblando ligeramente las rodillas y juntando ambas plantas de los pies colocar al bebe en el hueco que queda entre sus piernas, sobre una toalla o manta, desnudar al bebe y untarse las manos con aceite, masaje en las piernas y en los pies, vaciado hindú (desde la cadera a tobillo/pie con las dos manos una detrás de otra una por la parte interna y la otra por la externa) torsión (de la cadera al tobillo/pie las dos manos, una tras la otra se abren y se cierran alternativamente) deslizamiento por la planta del pie desde talón a base de los dedos con los pulgares (comprimir cada dedo) presión bajo la raíz de los dedos por la planta y donde comienza el talón, presiones en toda la planta del pie, vaciado sueco (movimiento en sentido contrario, desde el pie a la cadera) masaje en el abdomen (el sentido de los movimientos giratorios, será siempre el del sentido del intestino del niño) como queriendo desplazar gases y material fecal hacia el exterior con ambas manos planas una tras la otra deslizarlas de arriba abajo, masaje en el pecho

(manos juntas en el centro del pecho, con toda la palma apoyada, se abren hacia los lados y luego bajan hacia el esternón después se juntan, suben y se vuelven a abrir) con ambas manos planas sobre la parte baja y lateral de la caja torácica (una mano sube en diagonal hasta el hombro opuesto estirándolo hacia atrás, después baja y comienza a subir la otra mano hacia el otro hombro y así sucesivamente, axilas (con los dedos planos se deslizan desde la parte más alta de la axila hacia el tronco, teniendo sujeto el brazo hacia arriba con la otra mano) brazos y manos (se repite el de los miembros inferiores) cara (con los pulgares o con todos los dedos juntos, estirar la frente del niño desde el centro hacia los lados, con los pulgares sobre las cejas estirarlas hacia los lados, con los pulgares desde el puente del tabique nasal se desliza con una presión ligera hacia abajo hasta llegar a las mejillas o pómulos y bordear estos, trazar una sonrisa con los pulgares desde el centro hacia los lados, primero por encima del labio superior y después el labio inferior, trazar círculos con las puntas de los dedos desde la barbilla hacia las orejas, con los pulpejos de los dedos pasar por encima y detrás de la oreja terminando bajo el mentón, espalda (desde el cuello hasta las nalgas, movemos las manos hacia delante y atrás perpendiculares a la columna, mientras una mano está delante la otra está detrás) mantener una mano en las nalgas, la otra mano baja desde el cuello hasta juntarse con la otra la posición de la mano que baja es abierta, haciendo presión con el canto de los dedos pulgar e índice, con las pulpejos de los dedos, amasar los glúteos (Fernández, 2013) (Gabriela, 2013).

- **Estimulación Sensorial**

Varios estudios e investigaciones han presentado diversos tratamientos que ayudan a la recuperación hallando así que la estimulación sensorial tiene por objetivo mejorar las condiciones de vida de las personas con discapacidad y sin ello, trabajar las sensaciones, la percepción y lo sensorial que son capacidades básicas del ser humano; logrando así mejorar la asimilación de la información sensorial que se les ofrece optimizando su relación con el entorno y sus aprendizajes (Regidor, 2005). Un ambiente con estímulos controlados se trabaja las sensaciones con libertad para explorar, descubrir y disfrutar de diversas experiencias sensoriales, se convierte en estimulación temprana cuando se realiza en los primeros años de vida aplicando en los pacientes pre termino, todo aquello está dirigido a proporcionar nuevos conocimientos a los niños/as, sus padres o

cuidadores quienes también se ven afectados por las diversas situaciones que presentan los recién nacidos (Eneso, 2012).

El concepto Snoezelen asume que el mundo en el que vivimos es una mezcla de sensaciones de luz, de sonidos, de olores, de gustos y de experiencias táctiles variadas, sensaciones a las que tenemos acceso a partir de nuestros órganos sensoriales: oído, ojos, nariz, boca, piel, el espacio snoezelen tiene como uno de sus objetivos favorecer el uso de los sentidos, facilitando la vivencia de experiencias sensoriales ricas y variadas, se entiende como una sala especialmente adaptada con material técnicamente preparado para proporcionar experiencias sensoriales diversas (Sánchez, 2016). Destacar que el trabajo de estimulación sensorial se puede realizar con medios muy sencillos y en espacios muy variados, sin ser necesario precisar de un ambiente concreto, dicha técnica como tal, favorece trabajar unos objetivos determinados e individualizados al perfil sensorial de cada persona, además de facilitar la comunicación y la aparición de conductas adaptadas y proporcionar estímulos necesarios para ayudar a la maduración cerebral del recién nacido (Sánchez, 2016).

- **Estimulación táctil**

Dicho termino está vinculada a la superficie externa de un cuerpo se trata de una propiedad que es captada a través del sentido del tacto provocando sensaciones tales como la suavidad, la aspereza y la rugosidad son sensaciones que transmite la textura, dentro de las texturas, hay dos grandes clasificaciones: las texturas naturales como una hoja de cualquier planta o la piel de un animal y las texturas artificiales, engloba a todas aquellas que han sido creadas por la mano humana como es el caso del papel, plástico, telas y ladrillo o materiales de acero (Elizabeth, 2015) .

La técnica de la aplicación de texturas nace de María Montessori en donde su teoría se basa en conseguir la autonomía del niño ofreciendo un entorno adaptado y preparado para que pueda lograrlo el objetivo propuesto siempre respetando su proceso añadiendo que se ayuda a los niños a ser capaces de adquirir una clasificación clara y consciente de las cosas aprendiendo a reconocer similitudes y diferencias entre objetos parecidos de forma que puedan convertirse en observadores muy precisos aprendiendo a discriminar las diferentes características presentadas, el método Montessori se caracteriza por proveer un ambiente preparado: ordenado, estético, simple, real, donde cada elemento tiene su razón de ser en el desarrollo de los niños (Montessori, 2014).

Así mismos María Montessori (2014) explica que la piel es el órgano táctil que cubre todo el cuerpo permitiendo que se estimule mediante caricias, el baño, la ropa aproveche el momento de vestirlo para mostrarle las diferentes texturas que hay en su ropa, los árboles, las plantas, las flores ofrecen texturas lisas y rugosas. Las diferentes temperaturas también estimulan los sentidos, un helado una sopa, el agua tibia de la bañera, permita que toque, que tome en sus manos, que examine y vaya guardando la información en el cerebro.

- **La Musicoterapia**

La asociación internacional de musicoterapia define esta actividad como: “como la utilización de la música y/o sus elementos (sonido, ritmo, armonía y melodía) para promover y facilitar la comunicación, las relaciones, el aprendizaje, el movimiento y la expresión satisfaciendo las necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas del niño o la niña” (Divulgación Dinámica, 2017).

Es importante diferenciar el rol del musicoterapeuta ya que no es un profesor de música, no es justamente una persona con una amplia educación musical, si no que va mucho más allá, ya que la música no es el fin, sino que es un medio para producir cambios en el individuo más bien es un instrumento para obtener actividad neuronal además de estimular el oído, la persona que se dedica a la terapia musical promueve cambios en sus pacientes y es capaz de registrarlos. En la mayoría de las ocasiones esta persona tendrá una formación musical y también en otras áreas de conocimiento como psicología, educación, pedagogía, medicina, la música produce efectos beneficiosos en el sistema sensorial, cognitivo y motor, estimula la creatividad, el pensamiento, el lenguaje, el aprendizaje y la memoria. Es un estímulo agradable y placentero para el cerebro que ayuda también a la relajación, efecto conocido desde la estimulación incluso dentro del útero materno o etapa prenatal (Bruscia, 2007) (Divulgación Dinámica, 2017).

Se debe conocer además que para ejecutar un programa de musicoterapia debemos conocer los diferentes componentes que presentan como; el tiempo (los tiempos lentos transmiten calma y seguridad mientras que lo tiempo rápidos son más excitantes) el ritmo, (pueden ser lentos y rápidos produciendo estos último mayor actividad motora) la armonía (que se produce cuando suenan varios sonidos a la vez que tienen que estar a conciencia elegidos según el efecto que se quiera producir) la tonalidad (implica una determinada organización jerárquica de las relaciones entre las diferentes alturas en

función de la consonancia sonora con respecto al centro tonal o tónica, que es una nota) la intensidad (un aspecto muy importante a controlar ya que el volumen en el que ponemos la música debe ser un volumen adecuado para la persona) y la instrumentalización (los instrumentos que se usen en la base musical también son importantes, por ejemplo los instrumentos de viento metal suelen tener un carácter alegre y divertido mientras que los de cuerda son muchos más expresivos y penetrantes) entonces podemos argumentar que la música tiene efectos beneficiosos en el desarrollo evolutivo de un niño o niña con o sin discapacidad desde la etapa prenatal hasta que llega a la adultez, es una forma de expresión y puede ser una forma de comunicación y juego con la familias creatividad, alegría, movimiento, imaginación y juego, son experiencias y recuerdos que con la aplicación de la terapia creamos redes neuronales favorables para su desarrollo (Bruscia, 2007).

2.2.1.2 Estimulación Temprana en el ámbito hospitalario

Las investigaciones dan paso a la atención interdisciplinaria dentro del área de salud, existen estudios en donde se demuestra que los niños prematuros que reciben estimulación temprana adecuada a sus necesidades obtiene un buen desarrollo, en la unidad de cuidados intensivos neonatología, existe la presencia de varios estímulos nocivos, que prolongan el período de reproducción celular; por lo que generan un retraso en la maduración cerebral provocando infantilización del cerebro, además evita la aparición de interneuronas por lo que no se establece redes neuronales firmes, así se dan las lesiones en el sistema nervioso central del paciente prematuro (Aterhortua, 2015).

Cuando usamos el termino de intervención temprana en el desarrollo humano, el objetivo es mejorar sus condiciones y evitar complicaciones, la factibilidad de esta intervención se basa en que una gran parte del cerebro no está programada genéticamente por lo que nos permite realizar cambios a la estructura y funciones mediante influencia endógena y exógena (Aterhortua, 2015).

Se dice que para el correcto desarrollo de un neonato es necesario un ambiente que facilite de estímulos, ya que son fundamentales en el desarrollo biológico, psíquico y social, esto no quiere decir cura, más bien se está previniendo y tratando la posible aparición de patologías. Esto ayudará al desarrollo emocional, la organización del sistema nervioso central y el vínculo con los padres, este ambiente favorable también

implica que el neonato tenga alimentación completa, equilibrada, suficiente y adecuada dentro del área de salud (Aterhortua, 2015).

El desarrollo dentro del área de salud supone ciertas complicaciones por lo que el trabajo interdisciplinario facilita su desarrollo, ya que no se puede esperar crecimiento sin adquirir las estructuras orgánicas y funcionales, en tanto avanza la diferenciación de células y tejido permitirá que el niño prematuro evolucione, su cuerpo, órganos van alcanzando las funciones que le corresponde a su edad, esto es un proceso progresivo, hay dos factores determinantes la genética y el ambiente, en el cual podemos interactuar en los estímulos del ambiente para que el niño reciba la mayor cantidad posible de estímulos y así ayudar a su desarrollo (Aterhortua, 2015).

Cuando el contexto de intervención es el hospital los profesionales necesitan disponer de información que les sirva para orientar sus actuaciones y fundamentar sus prácticas dentro del área de salud, el trabajo en el ámbito hospitalario está basado en el desarrollo y plasticidad cerebral, así como de las características del desarrollo fetal y neonatal, centrándose en una población muy particular como es la de los niños prematuros y sus familias, incidiendo en formas de evaluación e intervención.

2.2.2 EL RECIÉN NACIDO

El recién nacido tiene menos de 28 días, es un tiempo en el que los cambios son muy rápidos, se pueden presentar muchos eventos críticos en este período: se establecen los patrones de alimentación, se empiezan a formar los vínculos entre los padres y el bebé, el riesgo de contraer infecciones es más grave, se notan por primera vez muchos defectos congénitos o de nacimiento (Beltramino, 2013).

Los primeros días de vida son los días de mayor riesgo, es esencial ofrecer una alimentación y una atención adecuada durante este período, con el fin de aumentar las probabilidades de supervivencia del niño y construir los cimientos de una vida con buena salud, el recién nacido posee capacidades inimaginables de recibir todo estímulo del entorno, la dependencia de la madre para sobrevivir es crucial en las primeras semanas, el recién nacido usa perfectamente bien sus cinco sentidos, sentidos que le permiten comunicarse con su mamá y el mundo (Serrano, 2014).

El recién nacido puede presentar aspectos muy diferentes que dependerán de la genética y de su etapa gestacional, es muy difícil para el neonato adaptarse al nuevo entorno en el que se desenvuelve, los cambios que se suceden pueden desembocar en

consecuencias muy determinantes para el resto de la vida del recién nacido (Jasso, 2008).

2.2.2.1 Clasificación de recién nacido

Manuel Gómez (2012) según su artículo clasifica a los recién nacidos en dos grupos de acuerdo con la edad de gestación, el primer grupo se clasifica en:

- **Recién nacido pre-término:** Producto de la concepción de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.
- **Recién nacido inmaduro:** Producto de la concepción de 21 semanas a 27 semanas de gestación o de 500 gramos a menos de 1,000 gramos.
- **Recién nacido prematuro:** Producto de la concepción de 28 semanas a 37 semanas de gestación, que equivale a un producto de 1,000 gramos a menos de 2,500 gramos.
- **Recién nacido a término:** Producto de la concepción de 37 semanas a 41 semanas de gestación, igual a un producto de 2,500 gramos o más.
- **Recién nacido pos-término:** Producto de la concepción de 42 semanas o más de gestación.
- **Recién nacido con bajo peso:** Producto de la concepción con peso corporal al nacimiento menor de 2,500 gramos.

El segundo grupo está dado por la edad gestacional de los recién nacidos como:

- **De bajo peso (hipotrófico):** Cuando éste es inferior al percentil 10 de la distribución de los pesos correspondientes para la edad de gestación.
- **De peso adecuado (eutrófico):** Cuando el peso corporal se sitúa entre el percentil 10 y 90 de la distribución de los pesos para la edad de gestación.
- **De peso alto (hipertrófico):** Cuando el peso corporal sea mayor al percentil 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad de gestación.

Dando a conocer que el peso y talla están condicionados por diferentes factores como la genética, edad gestacional, nutrición de la madre además del historial del embarazo, un recién nacido a término suele tener entre 3 y 4 Kg de peso y de talla entre 48 y 52 cm teniendo en cuenta que las niñas suelen ser más pequeñas que los niños (Manuel Gómez-Gómez, 2012) .

En los primeros días de vida el recién nacido pierde alrededor del 10% de su peso, pero se recupera a partir de los ocho o diez días en los primeros cuatro meses, el recién nacido aumenta su peso como media entre 800 y 1.000 gramos al mes (Manuel Gómez-Gómez, 2012).

El recién nacido nace con un bajo peso (menos de 2,5 kg), alrededor del 80-85% recuperan el peso ideal a su talla y edad en su etapa postnatal y tiene lugar durante el primer año de vida, sobre todo durante los seis primeros meses en los cuales determinaran la estabilidad y salud del neonato.

2.2.2.2 Recién nacido prematuro

El recién nacido prematuro se considera antes de haber cumplido 37 semanas de gestación decretado por la OMS.

Según el Tratado de Nelson Ortiz (2011) indica que los niños prematuros se dividen en subcategorías en función de la edad gestacional.

- **Prematuros extremos** (menor a 28 semanas): pesan entre 750-1.600 gramos y miden entre 30 - 43 centímetros los recién nacidos requieren la atención prioritaria y costosa para sobrevivir estos neonatos tienen un 90% de posibilidades de sobrevivir, aunque pueden presentar ciertas dificultades como discapacidades físicas, neurológicas y de aprendizaje.
- **Muy prematuros** (28 o mayor 32 semanas): Pesan entre 1.000 - 2.000 gramos y miden entre 36-46 centímetros algunos necesitan oxígeno suplementario, aunque algunos pueden respirar por sí mismos según los cuidados recibidos en el embarazo dichos neonatos requieren atención de apoyo adicional dentro de los servicios de salud la mayoría de estos recién nacidos sobrevive y se acondicionan con mayor facilidad al ambiente y los estímulos.
- **Prematuros moderados a tardíos** (32 o mayor a 37 semanas): pesan entre 1.700 - 2.500 gramos, y miden entre 43-46 centímetros representan el 84% del total de nacimientos prematuros, quizás sufran algún problema de respiración o de succión, pero son leves, por lo que suelen pasar en la incubadora entre 24-48 horas.

Existe una división más, los micro prematuros o grandes prematuros nacen antes de las 26 semanas de gestación, pesan menos de 750 gramos y miden menos de 30 centímetros

estos casos son muy aislados, según la OMS en el (2006) menos del 5% de los prematuros que nacen en esta edad viven.

Muchos de la atención a prematuros requieren tratamiento con oxígeno, surfactante pulmonar y asistencia respiratoria mecánica para poder respirar, además son demasiado inmaduros para succionar, tragar y respirar al mismo tiempo por lo que se los debe alimentar por vía intravenosa hasta que desarrollen las habilidades necesarias su pronóstico es muy incierto ya que por su bajo peso y su inmadurez están expuestos a problemas cardíacos, pulmonares, visuales y probable presentan trastornos (Colantonio, 2017).

La supervivencia puede alcanzar el 70% en los que nacen cerca de la semana 26 y pesan alrededor de 750 gramos, pero los que nacen antes de la semana 25 no llegan a pasar de las 24 horas de vida, mientras la edad gestacional sea mayor a 28 semanas más posibilidades de vida tendrán de sobrevivir (Colantonio, 2017).

Existen también características diferenciales para un prematuro o para ayudar al diagnóstico como señal del estado de salud del neonato.

Tabla 1: Características del recién nacido

CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN
Con manchas	Son marcas de nacimiento pueden ser de color café o rosado, pero no son permanentes como paso del tiempo van desapareciendo o bajando de tono en su color.
Pegajosos	Porque su cuerpo está lleno de sangre y vórnix gaseoso de su antiguo morada que es lo que protege al bebé de posibles infecciones.
Deformados	Los niños que nacen por parto natural por lo general presentan una forma de cono en la cabeza la razón es porque la cabeza del niño debe encajar en la pelvis de la mama para el alumbramiento.
Amarillos o violetas	Suelen nacer amarillos por la ictericia que presentan al nacer es decir el exceso de bilirrubina en la sangre, el efecto violeta se da por sufrimiento fetal ya que hay varios altercados durante la gestación o el parto que provoca que él bebe no reciba el oxígeno suficiente durante dicho momento.
Bizcos	La vista de los recién nacidos es distorsionada se debe a el nuevo ambiente que se encuentra y llevara un tiempo hasta que el niño pueda adaptarse.
Peludos	No es una condición normal, pero se lo denomina lanugo y presenta pelo en las orejas, cara y cabeza pero van desapareciendo antes de

	los 2 meses.
Hinchados	Suelen nacer con la nariz y los ojos hinchados debido al proceso de estrés que sufrió la madre durante el parto solo hay que esperar entre 2 horas para que su rostro vaya normalizándose.
Dotados	Es una característica de visualización en donde los testículos son grandes en el recién nacido se debe al paso del canal vaginal o que el escroto no ha bajado adecuadamente.
Inexpresivos	Son niños que muchas de las veces aun no reaccionan a su mundo actual simplemente están tomándose su tiempo para mostrar la emoción o estrés en su rostro. Sin embargo, hay que poner mucha atención su rostro sigue inexpresivo con el pasar del tiempo podríamos estar frente algún trastorno.
Rebeldes	Generalmente se presenta en niños que nacen por cesaria ya que pasan un momento de estrés y miedo al sacarlos de su confort desprevenido sin tener la experiencia de un parto normal es como si estuvieran reclamando privacidad, dan manotazos, patean y su llanto es desesperante.

Fuente: Ezequiel Tozzi

Fecha: 6 de Marzo del 2018

Elaborado por: Johanna Pacha Sánchez

2.2.2.3 Reflejos

Según Serrano (2014) en su tratado estipula como reflejos primitivos:

- **Reflejo de Babinski**, los dedos de los pies se abren hacia afuera en forma de abanico cuando hay roce en la planta del pie, aparece en el nacimiento y se considera normal hasta los 2 años, aunque desaparecer antes.
- **Reflejo de Moro** (reflejo del sobresalto), extiende los brazos y luego los dobla y los empuja hacia el cuerpo con un breve llanto; a menudo desencadenado por sonidos fuertes o movimientos súbitos, aparece en el nacimiento y desaparece aproximadamente a los 4 meses.
- **Reflejo prensil palmar**, el bebé cierra los dedos y "agarra" el dedo de la madre desaparece antes del año y medio de vida.
- **Reflejo postural**, la pierna se extiende cuando se toca la planta del pie
- **Reflejo prensil plantar**, el bebé flexiona los dedos y la parte delantera del pie, desaparece a los 10 meses de vida.
- **Reflejo de orientación y succión**, voltea la cabeza en busca del pezón cuando se le toca la mejilla y comienza a chupar cuando el pezón toca los labios,

aparece en el nacimiento y desaparece a los 3-4 meses de vida (a partir de entonces, la succión es un mecanismo voluntario).

- **Reflejo de la marcha**, da pasos rápidos cuando ambos pies se colocan sobre una superficie, con el cuerpo sostenido y desaparece a los 2 meses de vida.
- **Reflejo tónico del cuello**, el brazo izquierdo se extiende cuando el bebé mira hacia la izquierda, mientras que el brazo y la pierna derecha se flexionan hacia adentro, y viceversa, este debe estar inhibido a la edad de seis meses en estado de vigilia.
- **Reflejo de Landau**, el bebé se encuentra suspendido boca abajo y con la cabeza flexionada, extiende la cabeza, el tronco y las piernas, y a continuación flexiona el resto del cuerpo, desaparece a los 3 o 4 meses de vida.

2.2.2.4 Atención hospitalaria del recién nacido prematuro

El nacimiento de un bebé es un proceso maravilloso pero muy complejo, tanto para la madre como el bebé ya que experimentan muchos cambios físicos y emocionales, un bebé debe realizar muchos ajustes físicos para la vida afuera del cuerpo de la madre, salir del útero significa que el niño ya no puede depender más de la circulación y la placenta de la madre para funciones fisiológicas importantes (Packard, 2018).

Cuidados

Es de vital importancia que en el grupo de recién nacidos prematuros se debe vigilar el crecimiento y desarrollo psicomotor en cuanto a edad corregida del paciente además de ser conscientes que con niños pre término se trabaja con edad corregida hasta los 2 años de edad (M.J. Torres Valdivieso, 2008).

1. **Crecimiento:** es importante tener el registro adecuado de peso, talla y perímetro cefálico ya que el tener un percentil adecuado indica que el niño está desarrollándose dentro de lo normal además que los niños prematuros ya alcanzan el desarrollo normal a los 2 o 3 años (M.J. Torres Valdivieso, 2008).
2. **Alimentación:** el mejor alimento en los primeros días de vida, es la leche materna ya que brinda todos los nutrientes que el niño necesita además de dotar de anticuerpos que ayuden a ser menos propensos a adquirir enfermedades (M.J. Torres Valdivieso, 2008).

3. **Desarrollo motor:** es importante estar pendiente del tono muscular y el rango de movimiento de las articulaciones grandes ya que ayudarán a tener una idea del futuro desarrollo del niño dando así pautas para determinar posibles alteraciones (M.J. Torres Valdivieso, 2008).
4. **Sueño:** el sueño, la vigilia son grupos de conductas que tienden a producirse en forma conjunta y representan el nivel de excitación, receptividad al estímulo externo y de activación del sistema nervioso central del neonato, el sueño y la vigilia no sólo reflejan la respuesta inmediata del recién nacido frente a un estímulo sino que reflejan el funcionamiento del sistema nervioso central, se ha encontrado que también este factor está relacionado con los resultados sobre el desarrollo y maduración cerebral del niño (Holdich, 2010).
5. **Llanto:** Los recién nacido tienen el reflejo del llanto que es una respuesta normal a estímulos como el dolor o el hambre, es posible que los recién nacido prematuros no tengan el reflejo del llanto por lo tanto se los debe vigilar muy de cerca para observar sus signos de hambre o dolor (Holdich, 2010). (Urive, 1996). El llanto es la primera forma de comunicación verbal de un recién nacido es un mensaje de urgencia o sufrimiento, el sonido es la forma en que la naturaleza se asegura de que los adultos le presten atención al RN, lloran por muchas razones sin embargo los padres pueden sentir un alto grado de estrés y ansiedad cuando un RN llora con frecuencia el sonido se percibe como una alarma dando a conocer que el niño no está bien algo tiene (Holdich, 2010).
6. **Desarrollo psíquico/ alteraciones del comportamiento y aprendizaje:** esta valoración se da para dar un seguimiento adecuado del prematuro se realiza en el área de psicología a la edad de 2 años en donde el psicólogo determinara la escala que va aplicar para evaluar edad mental y desarrollo motor, no está demás añadir que si el niño ha asistió a estimulación temprana tendrá ya ciertos indicios de tener o dificultades (M.J. Torres Valdivieso, 2008).
7. **Visión:** los defectos de refracción si como el estrabismo son problemas frecuentes en dichos niños por lo que el chequeo semestral es una indicación importante dentro de los cuidados que se les debe aplicar (M.J. Torres Valdivieso, 2008).
8. **Audición:** la mayor parte de niños muy extremos presentan hipoacusia por lo que se deberá realizar exámenes de audición para verificar el estado de su salud y la posibilidad de poder escuchar (M.J. Torres Valdivieso, 2008).

9. **Problemas de salud:** estos hay que estar muy pendientes de las neumonías, anemia, osteopenia, reflujo nasogástrico y las hernias inguinales.
10. **Evolución de patologías:** es las alertan que se presentan en la hospitalización, pero hay que verificar cuando llega al control para la valoración y el avance del crecimiento y desarrollo motor adquirido (Holdich, 2010).
11. **Situación socio-familiar:** Hay que identificar si existe algún problema social para ponerlo en conocimiento de los trabajadores sociales y que les presten la ayuda necesaria de igual forma en cada revisión es conveniente valorar si existen problemas en la dinámica familiar o en las relaciones paterno-filiales ya que la estabilidad y el apoyo que presta su familia a estos niños es esencial para su buen desarrollo (M.J. Torres Valdivieso, 2008).

Protocolos de atención

Los protocolos de atención tienen como objetivo la obtención de datos sistemáticos que brinden al personal de salud y familiar la seguridad de estar atendidos adecuadamente y poder brindar las atenciones sanitarias que el niño requiera (M.J. Torres Valdivieso, 2008).

1. **Asistenciales:**
 - a. Detección temprana de trastornos o la presencia de signos de alarma.
 - b. Establecer tratamientos tempranos para minimizar las consecuencias al sufrimiento fetal.
2. **Apoyo y orientación familiar:** Empieza desde el servicio de neonatología ya que se debe explicar a la familia las reglas de bioseguridad además de brindar información de las consecuencias que podrían presentar los niños por haber nacido antes de cumplir las semanas completas para su desarrollo (M.J. Torres Valdivieso, 2008).
3. **Registro e investigación clínica:** La recopilación de la información sistemática ayudará a diferencias entre lo normal, el retraso y las alteraciones permitiendo que el personal de salud que este en seguimiento de caso se encuentre informado y con los exámenes pertinentes que validen el cuadro clínico del niño (M.J. Torres Valdivieso, 2008).
4. **Evaluación de la práctica clínica a largo plazo:** permitirá conocer los niveles de mortalidad extra hospitalaria lo que permitirá que el personal de salud vaya

puliendo y mejorando las técnicas de tratamiento durante el periodo neonatal para disminuir la mortalidad en dichas etapas (M.J. Torres Valdivieso, 2008).

5. **Identificar necesidades terapéuticas:** se debe brindar la información necesaria a los padres para que puedan asistir a interconsultas y logren explotar todas las capacidades del niño dentro de su rango de desarrollo (M.J. Torres Valdivieso, 2008).

2.2.2.5 Evaluación del neonato prematuro

APGAR

Fue desarrollado por la pediatra y anestesista Estadounidense Virginia Apgar (1909-1974), médico-anestesista especializada en obstetricia contra la mortalidad infantil, fue publicado por primera vez en 1953. La Dra. Virginia Apgar desarrolló un sistema de evaluación sencilla y aplicación rápida para determinar las condiciones clínicas al nacimiento de los neonatos; la evaluación se realizaba al minuto de nacimiento; sin embargo, posteriormente se empezó a valorar a los 5 minutos con fines pronósticos de mortalidad a corto y mediano plazo; así un puntaje de 7 o más determina buenas condiciones del neonato: a menor puntaje mayor deterioro (Nava, 2012).

1-3 años más tarde se hicieron estudios para determinar si esta calificación podría servir como un indicador pronóstico de asfixia, de tal manera que se realizó una clasificación de asfixia perinatal con base en el Apgar, que no fue la idea original de su autora; así, una puntuación de 4 a 6 al 1er minuto indicaba asfixia moderada y de 0 a 3 asfixia severa; este criterio se incluyó en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) (Nava, 2012).

Es el examen neurológico que se realiza al recién nacido para evaluar las condiciones de nacimiento y su estado de salud dicha valoración se aplica al minuto del nacimiento y los 5 minutos en caso de ser necesario se aplica después de los 10 minutos del nacimientos con tal de tener resultados satisfactorios que ayuden a determinar el estado de salud del recién nacido y se valora 5 aspectos (Jasso, 2008):

- Esfuerzo respiratorio
- Frecuencia cardíaca
- Tono muscular
- Reflejos
- Color de la piel

A cada una de estas categorías se le da un puntaje de 0, 1 o 2 según el estado observado.

Tabla 2: Puntuación del APGAR

ESFUERZO RESPIRATORIO	FRECUENCIAS CARDIACA	TONO MUSCULAR	REFLEJOS	COLOR DE PIEL
Si el recién nacido no está respirando, el puntaje es 0.	Si no hay latidos cardíacos, el puntaje del recién nacido es de 0.	Si los músculos están flojos y flácidos, el puntaje del RN es de 0.	Si no hay reacción, el puntaje del RN es de 0.	Si el color de la piel es azul pálido, el puntaje del RN es 0.
Si las respiraciones son lentas o irregulares, el puntaje del neonato es 1.	Si la frecuencia cardíaca es menor de 100 latidos por minuto, el puntaje del RN de 1.	Si hay algo de tono muscular, el puntaje del RN es de 1.	Si hay gesticulaciones o muecas, el puntaje del bebé es 1	Si el cuerpo del RN es rosado y las extremidades son azules, el puntaje es 1.
Si el recién nacido llora bien, el puntaje es de 2.	Si la frecuencia cardíaca es superior a 100 latidos por minuto, el puntaje del RN es de 2.	Si hay movimiento activo, el puntaje del RN es 2.	Si hay gesticulaciones y una tos, estornudo o llanto vigoroso, el puntaje es de 2.	Si todo el cuerpo del RN es rosado, el puntaje es 2.

Fuente: Neonatología Práctica 2008
 Fecha: 6 de Marzo del 2018
 Elaborado por: Johanna Pacha Sánchez

Tabla 3: Interpretación de resultados APGAR

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS APGAR	
0-3	Hipoxia severa
4-6	Hipoxia moderada
7-10	Normal

Fuente: Neonatología Práctica 2008
 Fecha: 6 de Marzo del 2018
 Elaborado por: Johanna Pacha Sánchez

CAPURRO

En neonatología el test de Capurro es un criterio utilizado para estimar la edad gestacional de un neonato, el test considera el desarrollo de cinco parámetros fisiológicos y diversas puntuaciones que combinadas dan la estimación buscada, en las cuales se evalúa dos parámetros A y B (Gonzales J. L., 2008).

El método está basado en cinco parámetros clínicos y dos parámetros neurológicos, presenta un margen de error de $\pm 8,4$ días cuando es realizado por el personal de salud. Los signos que se han de evaluar son los siguientes (Gonzales J. L., 2008).

A.-Somáticos:

- Formación del pezón.
- Textura de la piel.
- Forma del pabellón auricular.
- Tamaño del nódulo mamario.
- Surcos plantares









B.-Neurológicos:

- Signo de la bufanda.
- Caída de la cabeza.

CAPURRO B: El recién nacido está con un estado de salud bueno y tiene ya más de 12 horas de nacido, se emplean sólo cuatro datos somáticos de la columna «A» (se excluye la forma del pezón) y se agregan los dos signos neurológicos (columna «B»), luego se suman las calificaciones obtenidas de los datos somáticos y los signos neurológicos, adicionando una constante (K) de **200 días**, con objeto de obtener la estimación de la edad de gestación (Gonzales J. L., 2008).

CAPURRO A: en recién nacido o cuando el niño tiene signos de daño cerebral o alguna disfunción neurológica se usan las cinco observaciones somáticas (columna «A»), se agrega una constante de 204 días para obtener la edad de la gestación y toda esta valoración se lleva de cinco a seis minutos a la puntuación que nos da, se le suma 204 y se divide entre 7 (Gonzales J. L., 2008).

Tabla 4: Test de Capurro

		Edad gestacional					
A	S	Forma del pezón	Pezón apenas visible. No se visualiza areola	Pezón bien definido. Areola 0.75 cm	Areola bien definida. No sobresaliente, 0.75 cm	Areola sobresaliente, 0.75 cm	
			0	5	10	15	
B	m	Textura de la piel	Muy fina. Gelatinosa	Fina y lisa	Lisa y moderadamente gruesa. Descamación superficial	Gruesa, rígida surcos superficiales. Descamación superficial	Gruesa y apergaminada
			0	5	10	18	22
S	o	Forma de la oreja	Plana y sin forma	Inicio engrosamiento del borde	Engrosamiento incompleto sobre mitad anterior	Engrosada e incurvada totalmente	
			0	5	10	24	
m	á	Tamaño del tejido mamario	No palpable	Diámetro 0.5 cm	Diámetro 0.5-1.0 cm	Diámetro > 1.0 cm	
			0	5	10	15	
t	i	Pliegues plantares	Ausentes	Pequeños surcos rojos en mitad anterior	Surcos rojos definidos en mitad ant. Surcos 1/3 anterior	Surcos sobre mitad anterior	Surcos profundos que sobrepasan 1/2 anterior
			0	5	10	15	20
c	o	Signo: de la bufanda					
			0	6	12	18	
y	N	Signo: cabeza en gota					
			0	4	8	12	
e	u	K = 204 días					
r	o	K = 200 días					
l	ó	g					
i	c	o					

Fuente: (Gonzales J. L., 2008)

Fecha: 5 de Mayo del 2018

Elaborado por: (Gonzales J. L., 2008)

2.3 HIPÓTESIS

H1: La Estimulación Temprana influye en el desarrollo del recién nacido muy prematuro y moderado del Hospital general Provincial Latacunga.

H0: La Estimulación Temprana no influye en el desarrollo del recién nacido muy prematuro y moderado del Hospital general Provincial Latacunga.

2.3.1 Señalamiento de variables

- **Variable Independiente:** Estimulación Temprana.
- **Variable Dependiente:** Recién nacido prematuro.
- **Termino de relación:** Influye.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 NIVEL Y TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de carácter descriptivo pues pretende determinar la utilidad de la Estimulación Temprana en los recién nacidos prematuros en el ámbito hospitalario, para lo cual se aplicó la escala de psicomotricidad MYLA, el mismo que permite evaluar el nivel de evolución de los recién nacidos prematuros en el ámbito hospitalario.

Tiene un enfoque cualitativo ya que permite determinar la influencia de la Estimulación Temprana en los recién nacidos prematuros, además es cuantitativo ya que mediante la aplicación del test y de fichas de observación validadas se pudo obtener la información necesaria, la misma que será sometida a procesos estadísticos que nos permitirá comprobar la hipótesis de la investigación.

Así pues, la investigación de Turbio (2013) en sus estudios pudo confirmar beneficios que brinda la atención temprana en neonatología. Por otra parte, está el investigador Ogando (2010) quien afirma que el trabajo multidisciplinario en el área de neonatología no solo garantiza el desarrollo del niño, también evita posibles trastornos.

Finalmente es básico citar que esta investigación parte de la hipótesis, lo que permite hacer un análisis determinado de la información a la vez que es factible establecer la relación de causa efecto mediante la evaluación.

3.2 SELECCIÓN DEL ÁREA O ÁMBITO DE ESTUDIO

Esta investigación se realizará en el ámbito de la salud en Hospital General Provincial Latacunga en la Provincia de Cotopaxi el área de Neonatología del servicio de Estimulación Temprana con los niños recién nacidos muy prematuros y prematuros moderados o tardíos.

3.3 POBLACIÓN

La población está constituida con 50 recién nacidos muy prematuros y prematuros tardíos que se encuentran internados en el área de neonatología del Hospital General Provincia Latacunga.

Población por sexo	
Niños	27
Niñas	23
TOTAL	50

ELABORADO POR: Pacha Sánchez Johanna Aracelly
FECHA: 3 de Octubre 2018

3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de Inclusión

- Recién nacido muy prematuros (28 o mayor 32 semanas).
- Recién nacido moderados o tardíos (32 o mayor a 37 semanas).

Criterios de Exclusión

- Recién nacidos prematuros extremos (menor a 28 semanas).
- Los micro prematuros (nacen antes de las 26 semanas).

3.5 DISEÑO MUESTRAL

En esta investigación el universo a estudiarse es de 50 recién nacidos prematuros y se trabajará con su totalidad.

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable Independiente: Estimulación Temprana

Conceptualización	Dimensión	Indicadores	Ítems Básicos	Técnicas	Instrumentos
Es el conjunto de métodos y técnicas que ayudan a potencializar las capacidades del niño.	Métodos Técnicas	Procesos estandarizados Actividades con recursos acorde a la necesidad del niño.	¿De qué manera influyen los métodos y las técnicas de Estimulación Temprana en los niños?	Observación	Ficha de observación validada

ELABORADO POR: Pacha Sánchez Johanna Aracelly

FECHA: 3 de Octubre 2018

Variable Dependiente: Recién nacido prematuro

Conceptualización	Dimensión	Indicadores	Ítems Básicos	Técnicas	Instrumentos
Aquel producto que no ha cumplido las 37 semanas de gestación, pudiendo ser muy prematuro, y moderado/tardío	<ul style="list-style-type: none"> Muy prematuro Moderado o tardío. 	<ul style="list-style-type: none"> 28 o mayor a 32 semanas 32 o mayor a 37 semanas. 	¿De qué manera ayuda a la evolución de los recién nacidos muy prematuros y prematuros moderados la Estimulación Temprana?	Observación	Escala de MYLA

ELABORADO POR: Pacha Sánchez Johanna Aracelly
FECHA: 3 de Octubre 2018

3.7 DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para el desarrollo de esta investigación y la recolección oportuna de la información de la población involucrada en el lugar y tiempo establecido, se utilizará hojas de observación y el test multisensorial de MYLA, los cuales ayudaron a determinar avances en los recién nacidos prematuros, dentro de los procesos esta; visita médica rutinaria donde se explica novedades del paciente, en el transcurso de su estancia de hospitalización y llenar ciertos casilleros del test, concluido el recorrido del servicio de neonatología se procede a la revisión de las historia clínica, para ir comprobando y llenando los datos faltantes en las fichas de evolución del paciente y la evaluación neurológico del mismo (Urive, 1996).

La toma de información se hará al inicio de esta investigación donde se recolectará toda la información posible para dar seguimiento y entendimiento al estudio, la primera ficha de observación tiene como objetivo la recolección de información y evolución del recién nacido prematuro, en la ficha mencionada podemos encontrar el nombre del paciente, edad gestacional, tipo de prematuro, peso al ingreso, peso al alta, talla, APGAR, respiraciones, saturación y diagnóstico, permite obtener una idea del estado de salud del paciente, la segunda ficha es la de valoración neurológica que presenta como objetivo determinar el estado neurológico del recién nacido prematuro, la ficha consta de 5 reflejos como: moro, prensión plantar, prensión palmar, succión y Landau (Urive, 1996). En la evaluación se ven si están presentes o ausentes los que permite determinar posibles afecciones e incluso trastornos.

Test multisensorial de MYLA

El test multisensorial de MYLA es aplicado al ingreso y alta del paciente recién nacido prematuro, en donde se visualizar los avances o retrasos que ha tenido el paciente durante el proceso de hospitalización, la escala tiene como objetivo monitorear el desarrollo global distribuido por 5 áreas como; motriz grueso motriz fino, social/ comunicativo y cognitivo, el juego se toma en cuenta el comportamiento del bebé durante la valoración, la relación madre-bebé en los más pequeños, los juguetes de su agrado y la observación directa del evaluador, la escala valora de los 0 meses hasta los 12 meses (Urive, 1996).

En la revisión rutinaria del área de neonatología el médico tratante evalúa la amplitud articular, la fuerza muscular, el tono muscular, los reflejos dependiendo de la edad, el desarrollo sensorial y diagnóstico, además de dar a conocer los factores de riesgo para un posible déficit o retraso en su desarrollo psicomotor, comunicativo, social, cognitivo, emocional y de juego. Para seleccionar las áreas de valoración se toma en cuenta revisión bibliografía de otras escalas, el desarrollo que logra el bebe mientras cumple cierta edad y los factores subjetivos que permiten un complemento a la evaluación formal, objetiva, clarificada en cada uno de los ítems planteados de la escala (Urive, 1996).

Áreas formales que evalúa la escala de Myla

- **Motricidad gruesa:** Se toma en cuenta la maduración neurológica, la aparición de actos motrices que involucran todas las partes de su cuerpo y el movimiento como base de su desarrollo y progreso; a su vez algunos factores sensoriales y posturales que se interrelacionan con esta área (Urive, 1996).
- **Motricidad fina:** Se toma en cuenta los movimientos directamente relacionados con las manos, las posiciones, control y uso de las mismas en el logro de actividades que posteriormente llevan al juego y la coordinación del patrón ojo-mano y sus desarrollos posteriores (Urive, 1996)..
- **Social y comunicación:** Se toma en cuenta el desarrollo auditivo-comunicativo y su interacción social como base de un perfeccionamiento y evolución de la capacidad de habla, interacción y lenguaje posterior (Urive, 1996)..
- **Cognición:** Se toma en cuenta los actos reflejos iniciales y luego voluntariamente que llevan a un desarrollo mental y ambiental que permite que su mente evolucione y sea capaz de organizar sus actos con un fin determinado (Urive, 1996)..

Áreas subjetivas que evalúa la escala de Myla

- **Juego:** Se tiene en cuenta gustos, preferencias y forma de desarrollo de sus habilidades de interacción inicialmente consigo mismo para luego llevar a interactuar con otros individuos, el ambiente y los objetos externos para el logro de un juego adecuado se deben poseer habilidades motrices finas-

gruesas, sociales, de comunicación y cognición que le permitan un desempeño adecuado para su edad y posibilidades (Urive, 1996).

- **Comportamiento durante la valoración:** Se tienen en cuenta hechos externos y conductas adoptadas por el bebé durante la media hora de valoración, las cuales pueden estar alterando en alguna medida el resultado obtenido. A su vez se especifican datos que son relevantes en su desempeño ocupacional. Todos estos datos son valiosos a la hora de impartir una conclusión sobre la valoración o en el momento de impartir las recomendaciones en cuanto a manejo o ejecución de ejercicios en casa (Urive, 1996)..
- **Relación madre-bebé:** Esta área solo se cobija en la valoración de bebés recién nacidos o de un primer mes y es de vital importancia puesto que permite establecer la forma como la mamá interactúa y manipula a su bebé y a su vez nos asegura si el bebé está siendo estimulado adecuadamente por su familia en el seno de su hogar (Urive, 1996)..
- **Juguetes:** Ítem planteado con el fin de conocer el tipo y clase de objetos de su preferencia, así como con cuáles interactúa en su casa.

Según Laura Urive (1996) desarrolla la calificación que dependerá de los siguientes códigos establecidos:

- S = Se coloca cuando la actividad planteada en el ítem es realizada completamente por el bebé (sí).
- I = Se coloca cuando el bebé inicia la ejecución de la actividad.
- A.V. = Se coloca cuando el bebé realiza la actividad o el desempeño planteado en el ítem algunas veces, pero siendo inconstante.
- O = Se coloca cuando el bebé ocasionalmente realiza lo mencionado en el ítem a calificar.
- N = Se coloca cuando el bebé no realiza (tanto en casa como en terapia) la actividad o desempeño planteado en el numeral a calificar.
- = Cuando el bebé ya no debe realizar un determinado ítem porque sus habilidades evolucionaron y no es indispensable, se coloca una línea en el lugar de calificación.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Para realizar la investigación, el encargado del área de neonatología del Hospital Provincial General Latacunga permitió el ingreso al servicio, con la aprobación del director del establecimiento y la encargada de docencia, bajo las normas legales de confidencialidad, para acceder a las historias clínicas de los pacientes y validar el tema de la investigación.

CAPÍTULO IV

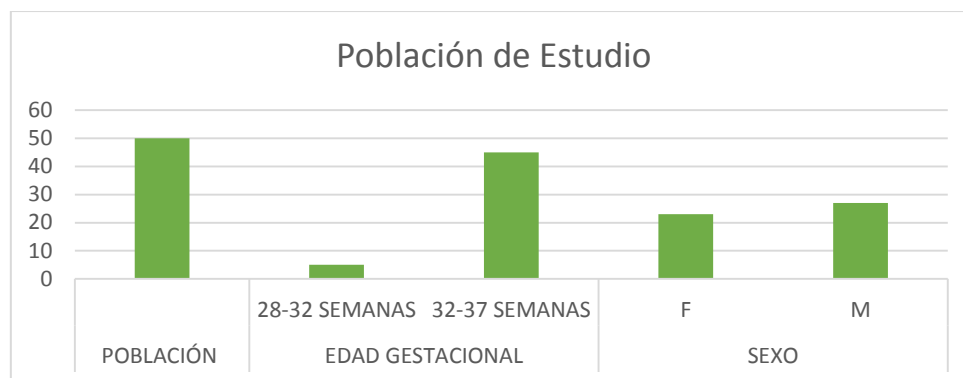
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Análisis e interpretación de resultados de la población con la que se trabajó en el Hospital Provincial General Latacunga.

Tabla 5: Población de estudio

POBLACIÓN	EDAD GESTACIONAL		SEXO	
	28-32 SEMANAS	32-37 SEMANAS	F	M
50	5	45	23	27

ELABORADO POR: Pacha Sánchez Johanna Aracelly



ELABORADO POR: Pacha Sánchez Johanna Aracelly

FIGURA 1: Análisis comparativo de la población de estudio.

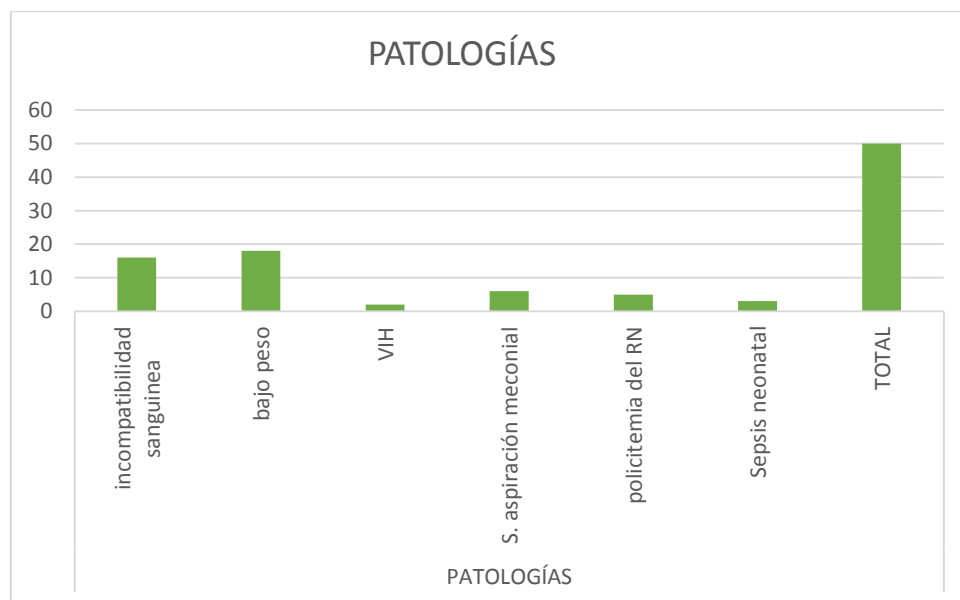
Análisis: La población de estudio fue 50 recién nacidos prematuros en los cuales trabajamos con edad gestacional muy prematuros de 28- 32 semanas con 5 niños/as, de moderados 32-37 semanas con 45 niños/as, además obtuvimos que 23 fueron de sexo femenino y 28 de sexo masculino, los niños pretermino fueron evaluados su desarrollo psicomotor, mediante hojas de observación y el test de Myla, en las 4 áreas del recién nacido como es motricidad gruesa, motricidad fina, social/comunicación y cognición.

Interpretación: Se logra evidenciar que la prevalencia de prematuros nacidos vivos fue de sexo masculino y con prevalencia de prematuros moderados 32-37 semanas de gestación.

Tabla 6: Distribución de la población en patologías.

PATOLOGÍAS						
Incompatibilidad sanguínea	Bajo peso	VIH	S. aspiración meconial	Policitemia del RN	Sepsis neonatal	TOTAL
16	18	2	6	5	3	50

ELABORADO POR: Pacha Sánchez Johanna Aracelly



ELABORADO POR: Pacha Sánchez Johanna Aracelly

FIGURA 2: Análisis de la población distribuida en patologías.

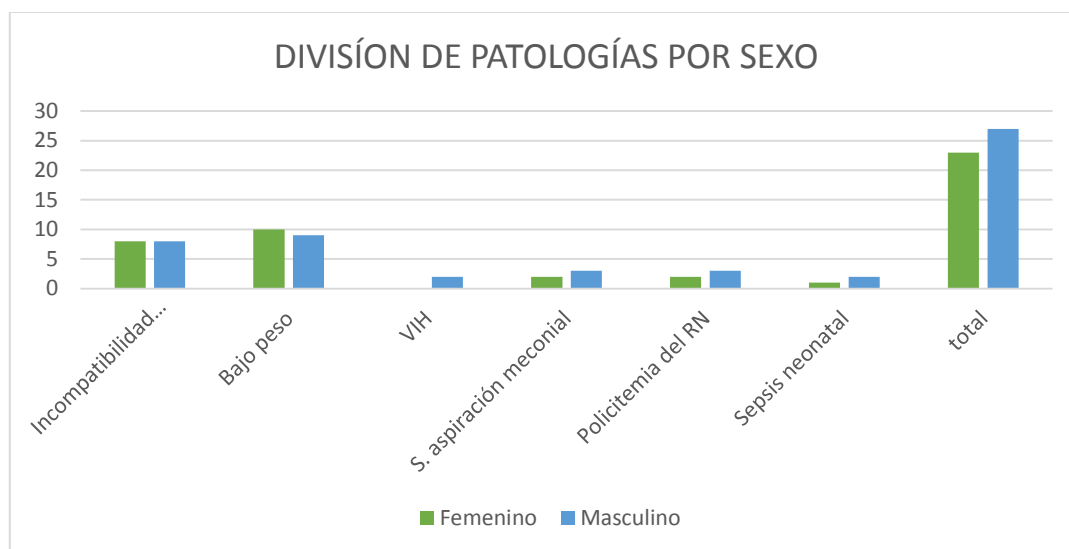
Análisis: La población se distribuyó por patologías para su análisis, tomando en cuenta 6 patologías como: incompatibilidad sanguínea que tenemos 16, de bajo peso tenemos 18, de síndrome de aspiración meconial es 6, de policitemia del RN son 5 niños/as y de sepsis neonatal encontramos 3 dándonos un total de 50 recién nacidos prematuros.

Interpretación: Se logró evidenciar que la prevalencia dentro de las patologías del recién nacido prematuro es bajo peso en los niños/as evaluados del Hospital General Provincial Latacunga.

Tabla 7: Población dividida por sexo dentro de las patologías.

DIVISIÓN DE PATOLOGÍAS POR SEXO							
Sexo	Incompatibilidad sanguínea	Bajo peso	VIH	S. aspiración meconial	Policitemia del RN	Sepsis neonatal	total
Femenino	8	10	0	2	2	1	23
Masculino	8	9	2	3	3	2	27

ELABORADO POR: Pacha Sánchez Johanna Aracelly



ELABORADO POR: Pacha Sánchez Johanna Aracelly

FIGURA 3: Análisis comparativo del sexo dentro de las patologías.

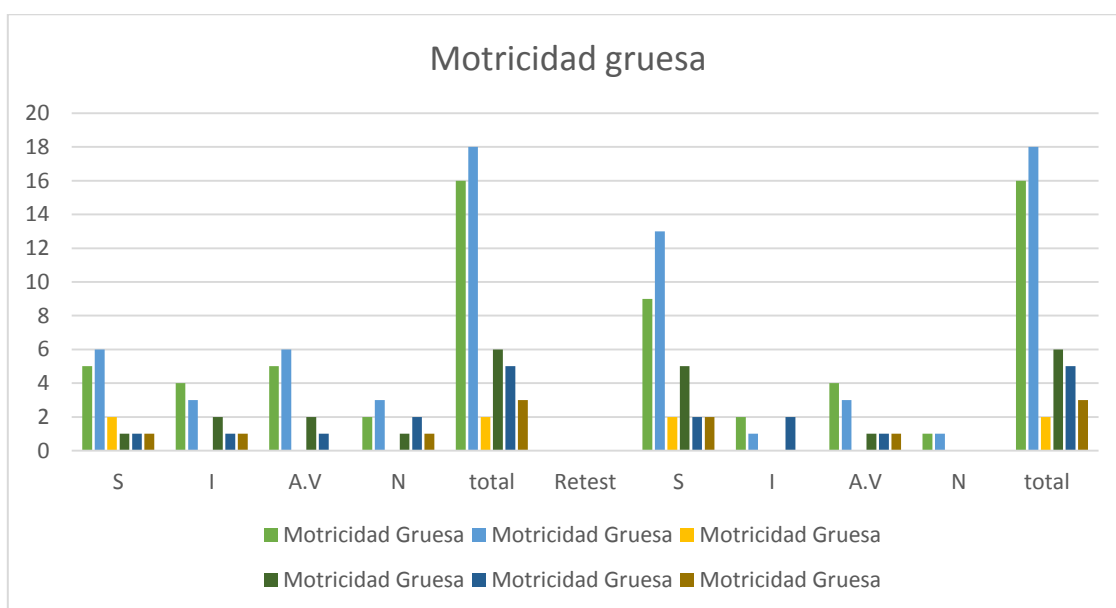
Análisis: La población distribuida por sexo dentro de las patologías, para su análisis tomando en cuenta las 6 patologías, dando como resultado que en incompatibilidad sanguínea hay 8 mujeres y 8 varones, de bajo peso tenemos 10 mujeres y 9 varones, de VIH encontramos 2 varones, del síndrome de aspiración meconial tenemos 2 mujeres y 3 varones, de policitemia del RN hay 2 mujeres y 3 varones y de sepsis neonatal tenemos 1 mujer y 2 varones dando un total de 23 femeninos y 27 masculinos.

Interpretación: Se logró evidenciar que la prevalencia es masculina dentro de las patologías con división por sexo, con total de 27 de 50 evaluados del Hospital General Provincial Latacunga.

Tabla 8: Proceso de Estimulación y evolución del recién nacido prematuro con la escala de valoración de MYLA, motricidad gruesa.

Motricidad Gruesa						
Test						
	incompatibilidad sanguínea	bajo peso	VIH	S. aspiración meconial	policitemia del RN	Sepsis neonatal
S	5	6	2	1	1	1
I	4	3	0	2	1	1
A. V	5	6	0	2	1	0
N	2	3	0	1	2	1
total	16	18	2	6	5	3
Re-test						
S	9	13	2	5	2	2
I	2	1	0	0	2	0
A. V	4	3	0	1	1	1
N	1	1	0	0	0	0
total	16	18	2	6	5	3

S = Sí. I = Inicios. A VECES = A.V. N= No
ELABORADO POR: Pacha Sánchez Johanna Aracelly



ELABORADO POR: Pacha Sánchez Johanna Aracelly

FIGURA 4: Análisis comparativo del área de motricidad gruesa del recién nacido.

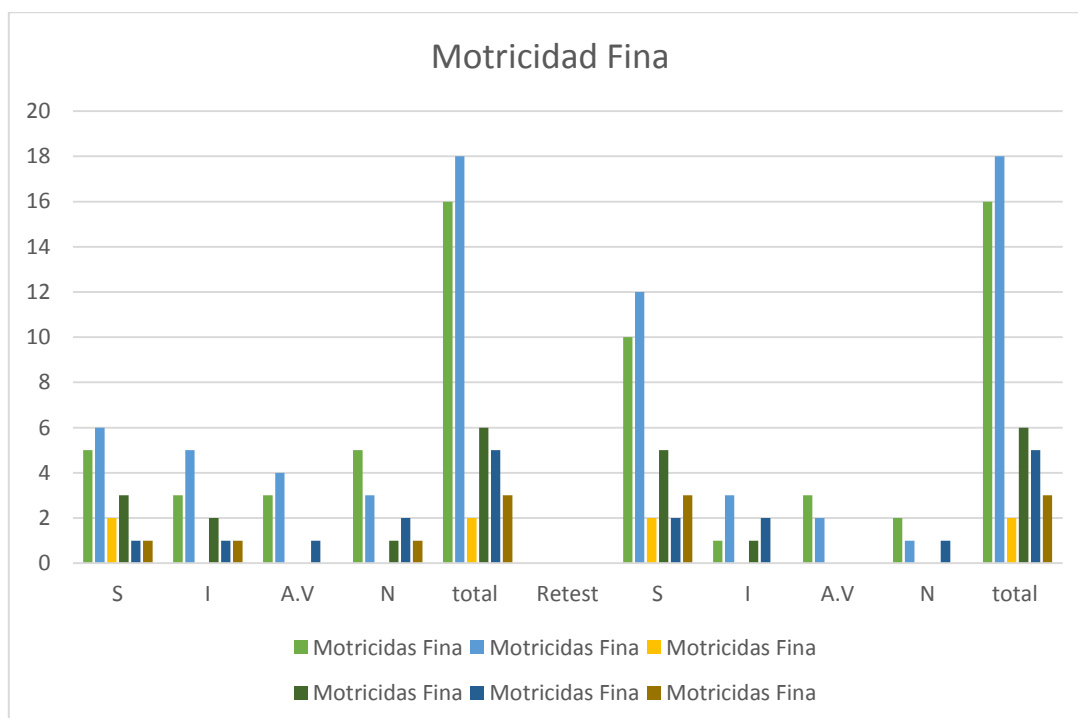
Análisis: Los resultados luego de valorar el desarrollo mediante la escala de Myla, en el primer test, indican que los niños/as en el área de motricidad gruesa con incompatibilidad sanguínea tenían S=5;I=4;A.V=5;N=2 y después de aplicar las técnicas de Estimulación se les realiza el Retest en donde se observa resultados como S=9;I=2;A.V=4;N=1, los niños/as de bajo peso presentaron S=6;I=3;A.V=6;N=3 y en el Retest se ve resultados como S=13;I=1;A.V=3;N=1, los de VIH S=2 y en el Retest cumplen los ítem evaluados S=2, los de síndrome de aspiración meconial en el primer test tienen S=1;I=2;A.V=2;N=1 y en el Retest se ve avances S=5;I=0;A.V=1;N=0, los de policitemia del RN tenían S=1;I=1;A.V=1;N=2 y en el Retest se ve mejoras en donde S=2;I=2;A.V=1;N=0 y los niños/as de sepsis neonatal S=1;I=1;A.V=0;N=1 y en el Retest se ve resultados en donde S=2;I=0;A.V=1;N=0, dando resultados favorables de mejora en área de motricidad gruesa.

Interpretación: Se logró evidenciar que después de aplicar las técnicas de Estimulación Temprana los niños/as evaluados en el área de motricidad gruesa del Hospital General Provincial Latacunga mejoraron su nivel de desarrollo dentro de los servicios de salud.

Tabla 9: Proceso de Estimulación y evolución del recién nacido, motricidad fina.

Motricidad Fina						
Test						
	incompatibilidad sanguínea	bajo peso	VIH	S. aspiración meconial	policitemia del RN	Sepsis neonatal
S	5	6	2	3	1	1
I	3	5	0	2	1	1
A.V	3	4	0	0	1	0
N	5	3	0	1	2	1
total	16	18	2	6	5	3
Re-test						
S	10	12	2	5	2	3
I	1	3	0	1	2	0
A.V	3	2	0	0	0	0
N	2	1	0	0	1	0
total	16	18	2	6	5	3

ELABORADO POR: Pacha Sánchez Johanna Aracelly



ELABORADO POR: Pacha Sánchez Johanna Aracelly

FIGURA 5: Análisis comparativo del área de motricidad fina del recién nacido.

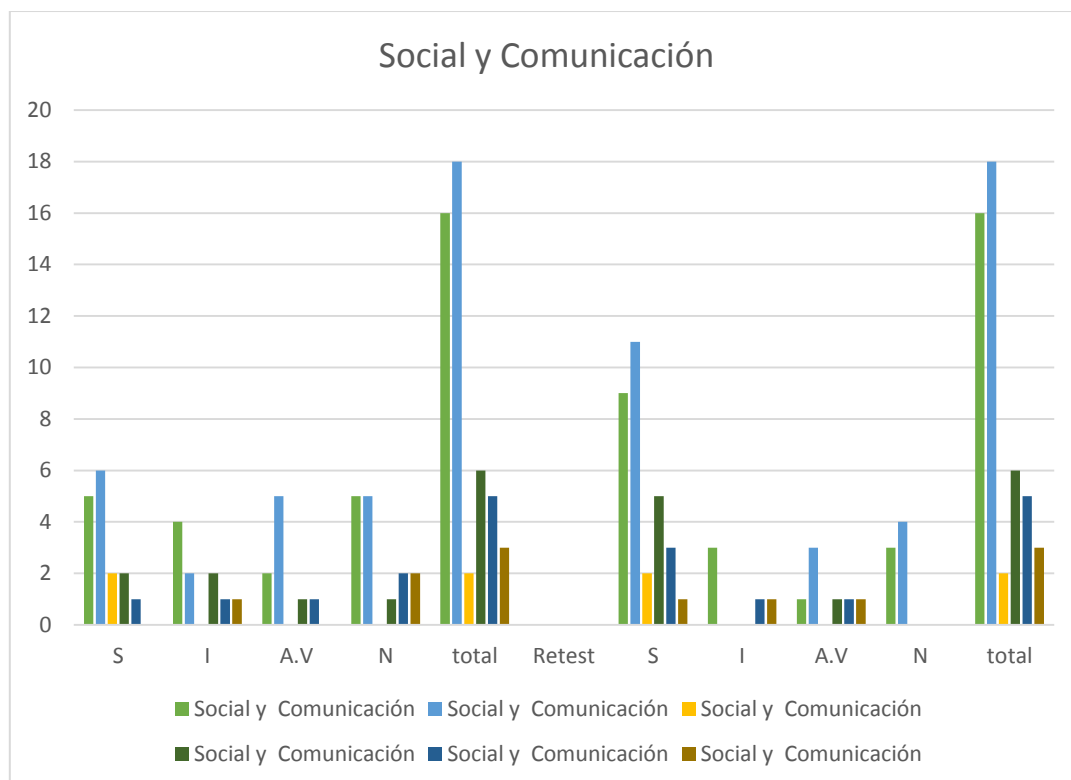
Análisis: Los resultados luego de valorar el desarrollo mediante la escala de Myla, en el primer test, indican que los niños/as en el área de motricidad fina con incompatibilidad sanguínea tenían S=5;I=3;A.V=3;N=5 y después de aplicar las técnicas de Estimulación se les realiza el Retest en donde se observa resultados como S=10;I=1;A.V=3;N=2, los niños/as de bajo peso presentaron S=6;I=5;A.V=4;N=3 y en el Retest se ve resultados como S=12;I=3;A.V=2;N=1, los de VIH S=2 y en el Retest cumplen los ítem evaluados S=2, los de síndrome de aspiración meconial en el primer test tienen S=3;I=2;A.V=0;N=1 y en el Retest se ve avances S=5;I=1;A.V=0;N=0, los de policitemia del RN tenían S=1;I=1;A.V=1;N=2 y en el Retest se ve mejoras en donde S=2;I=2;A.V=1;N=0 y los niños/as de sepsis neonatal S=1;I=1;A.V=0;N=1 y en el Retest se ve resultados en donde S=3;I=0;A.V=0;N=0, dando resultados favorables de mejora en área de motricidad fina.

Interpretación: Se logró evidenciar que después de aplicar las técnicas de Estimulación Temprana los niños/as evaluados en el área de motricidad fina del Hospital General Provincial Latacunga mejoraron su nivel de desarrollo dentro de los servicios de salud.

Tabla 10: Proceso de Estimulación y evolución del recién nacido, social y comunicación.

Social y Comunicación						
Test						
	incompatibilidad sanguínea	bajo peso	VIH	S. aspiración meconial	policitemia del RN	Sepsis neonatal
S	5	6	2	2	1	0
I	4	2	0	2	1	1
A.V	2	5	0	1	1	0
N	5	5	0	1	2	2
total	16	18	2	6	5	3
Re-test						
S	9	11	2	5	3	1
I	3	0	0	0	1	1
A.V	1	3	0	1	1	1
N	3	4	0	0	0	0
total	16	18	2	6	5	3

S = Sí. I = Inicios. A VECES = A.V. N= No
ELABORADO POR: Pacha Sánchez Johanna Aracelly



ELABORADO POR: Pacha Sánchez Johanna Aracelly

FIGURA 6: Análisis comparativo del área de social y comunicación del recién nacido.

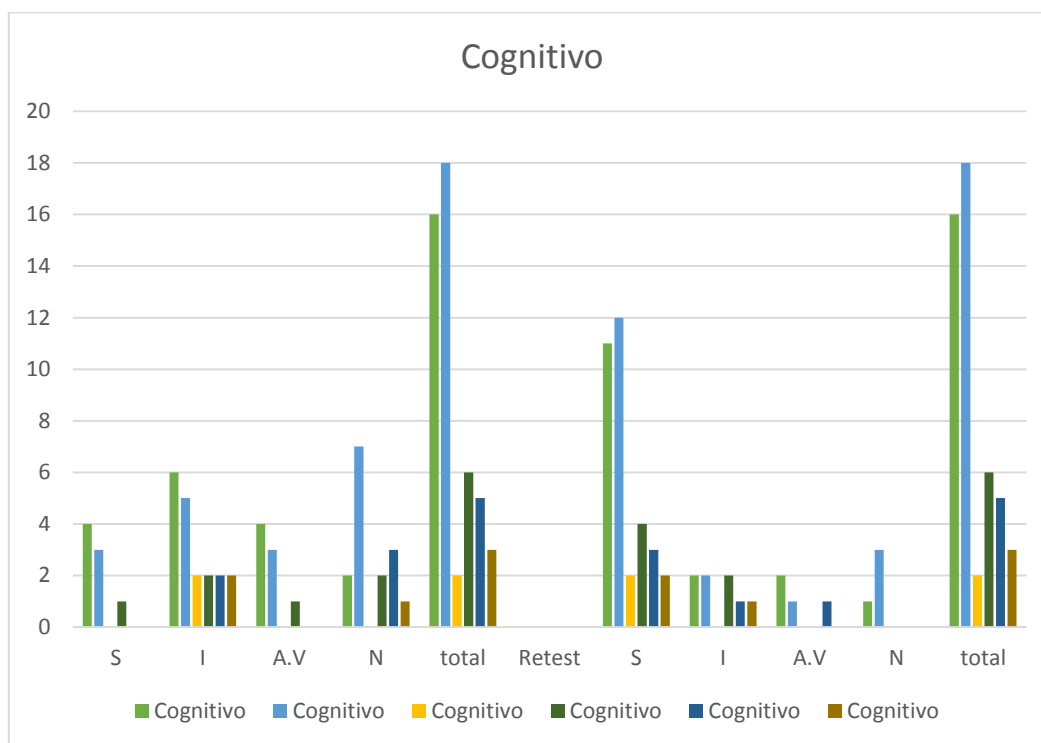
Análisis: Los resultados luego de valorar el desarrollo mediante la escala de Myla, en el primer test, indican que los niños/as en el área social y comunicación con incompatibilidad sanguínea tenían S=5;I=4;A.V=2;N=5 y después de aplicar las técnicas de Estimulación se les realiza el Retest en donde se observa resultados como S=9;I=3;A.V=1;N=3, los niños/as de bajo peso presentaron S=6;I=2;A.V=5;N=5 y en el Retest se ve resultados como S=11;I=0;A.V=3;N=4, los de VIH S=2 y en el Retest cumplen los ítem evaluados S=2, los de síndrome de aspiración meconial en el primer test tienen S=2;I=2;A.V=1;N=1 y en el Retest se ve avances S=5;I=0;A.V=1;N=0, los de policitemia del RN tenían S=1;I=1;A.V=1;N=2 y en el Retest se ve mejoras en donde S=3;I=1;A.V=1;N=0 y los niños/as de sepsis neonatal S=0;I=1;A.V=0;N=2 y en el Retest se ve resultados en donde S=1;I=1;A.V=1;N=0, dando resultados favorables de mejora en área social y de comunicación.

Interpretación: Se logró evidenciar que después de aplicar las técnicas de Estimulación Temprana los niños/as evaluados en el área social y de comunicación del Hospital General Provincial Latacunga mejoraron su nivel de desarrollo dentro de los servicios de salud.

Tabla 11: Proceso de Estimulación y evolución del recién nacido, cognición.

Cognitivo						
Test						
	incompatibilidad sanguínea	bajo peso	VIH	S. aspiración meconial	policitemia del RN	Sepsis neonatal
S	4	3	0	1	0	0
I	6	5	2	2	2	2
A.V	4	3	0	1	0	0
N	2	7	0	2	3	1
total	16	18	2	6	5	3
Re-test						
S	11	12	2	4	3	2
I	2	2	0	2	1	1
A.V	2	1	0	0	1	0
N	1	3	0	0	0	0
total	16	18	2	6	5	3

ELABORADO POR: Pacha Sánchez Johanna Aracelly



ELABORADO POR: Pacha Sánchez Johanna Aracelly

FIGURA 7: Análisis comparativo del área de cognición del recién nacido.

Análisis: Los resultados luego de valorar el desarrollo mediante la escala de Myla, en el primer test, indican que los niños/as en el área cognitiva, con incompatibilidad sanguínea tenían S=4;I=6;A.V=4;N=2 y después de aplicar las técnicas de Estimulación se les realiza el Retest en donde se observa resultados como S=11;I=2;A.V=2;N=1, los niños/as de bajo peso presentaron S=3;I=5;A.V=3;N=7 y en el Retest se ve resultados como S=12;I=2;A.V=1;N=3, los de VIH S=2 y en el Retest cumplen los ítem evaluados S=2, los de síndrome de aspiración meconial en el primer test tienen S=1;I=2;A.V=1;N=2 y en el Retest se ve avances S=4;I=2;A.V=0;N=0, los de policitemia del RN tenían S=0;I=2;A.V=0;N=3 y en el Retest se ve mejoras en donde S=3;I=1;A.V=1;N=0 y los niños/as de sepsis neonatal S=0;I=2;A.V=0;N=1 y en el Retest se ve resultados en donde S=2;I=1;A.V=0;N=0, dando resultados favorables en el área cognitiva.

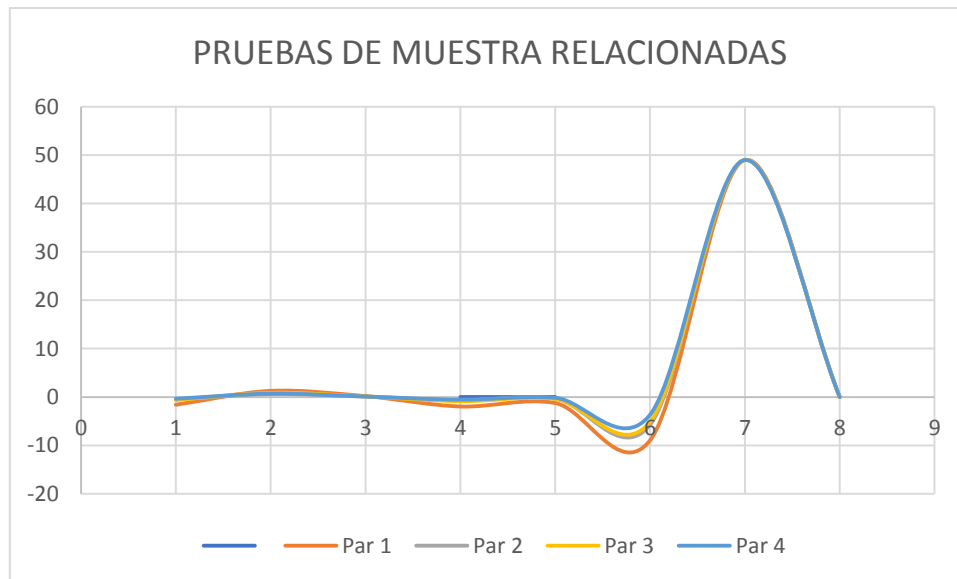
Interpretación: Se logró evidenciar que después de aplicar las técnicas de Estimulación Temprana los niños/as evaluados en el área cognitiva del Hospital General Provincial Latacunga mejoraron su nivel de desarrollo dentro de los servicios de salud.

Tabla 12: Prueba de muestras relacionadas, media.

		Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1	TOTAL_G	3.5000	50	1.18235	.16721
	TOTAL_GS	5.1000	50	1.14731	.16225
Par 2	TOTAL_F	2.8200	50	.77433	.10951
	TOTAL_FS	3.3200	50	.71257	.10077
Par 3	TOTAL_S	4.3600	50	.82709	.11697
	TOTAL_SS	4.9800	50	.14142	.02000
Par 4	TOTAL_C	2.2000	50	1.03016	.14569
	TOTAL_CS	2.5600	50	1.05289	.14890

Tabla 13: La aplicación de la prueba T de Student.

Prueba de muestras relacionadas									
		Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior	Superior			
Par 1	TOTAL_G - TOTAL_GS	-1.60000	1.26168	.17843	-1.95857	-1.24143	-8.967	49	.000
Par 2	TOTAL_F - TOTAL_FS	-.50000	.61445	.08690	-.67463	-.32537	-5.754	49	.000
Par 3	TOTAL_S - TOTAL_SS	-.62000	.85452	.12085	-.86285	-.37715	-5.130	49000
Par 4	TOTAL_C - TOTAL_CS	-.36000	.69282	.09798	-.55690	-.16310	-3.674	49	.001



Análisis: los participantes presentaron un desarrollo significativamente menor en el desarrollo motor grueso antes del tratamiento de estimulación temprana ($M=3.5000$, $SE= 1.18235$) que después del mismo ($M= 5.1000$, $SE= 1.18235$, $t(49)= -8.967$, $p<.05$, $r=.90$).

Los participantes presentaron un desarrollo significativamente menor en el desarrollo motor fino antes del tratamiento de estimulación temprana ($M=2.8200$, $SE= .77433$) que después del mismo ($M= 3.3200$, $SE= .71257$, $t(49)= -5.754$, $p<.05$, $r=.90$).

Los participantes presentaron un desarrollo significativamente menor en el desarrollo social y comunicación antes del tratamiento de estimulación temprana ($M=4.3600$, $SE= .82709$) que después del mismo ($M= 4.9800$, $SE= .14142$, $t(49)= -5.130$, $p<.05$, $r=.90$).

Los participantes presentaron un desarrollo significativamente menor en el desarrollo cognitivo antes del tratamiento de estimulación temprana ($M=2.2000$, $SE= 1.03016$) que después del mismo ($M= 2.5600$, $SE= 1.05289$, $t(49)= -3.674$, $p<.05$, $r=.90$).

Interpretación: con el fin de establecer si las observaciones aplicadas en los recién nacidos prematuros, la recopilación de información es representativa tanto matemática como estadística, para la cual se aplicó la prueba t, que puede ser comparada de 0,01, lo que es inferior a 0,05 por lo que se puede decir que la Estimulación Temprana si influye positivamente en el desarrollo del recién nacido prematuro del Hospital General Provincial Latacunga por lo que se acepta la hipótesis alterna.

4.2 Discusión

En el presente trabajo de investigación se evidenció que la prevalencia de prematuros nacidos vivos fue de sexo masculino y su incidencia en patología es bajo peso al nacer, arrojando como resultados que la Estimulación Temprana es beneficiosa para la evolución del recién nacido prematuro, ayudando a mejorar su desarrollo psicomotor, gracias a las terapias aplicadas de Estimulación dentro del servicio de salud, datos que fueron recopilados en el Hospital General Provincial Latacunga en el servicio de neonatología.

Según Aguirre V, Cervera M (2014) en su investigación sobre Estimulación Temprana en el desarrollo psicomotor de los recién nacidos prematuros, demostró que las terapias de estimulación ayudan al paciente prematuro a obtener habilidades que le favorecerán en el proceso de crecimiento lo cual corroboramos con nuestro estudio ya que los niños que estaban en el programa de Estimulación Temprana dentro del área de neonatología mejoraron su actividad motriz favoreciendo su crecimiento y desarrollo.

Históricamente los estudios que analizan el impacto que tiene la Estimulación Temprana

Versus niños prematuros, han resultado bastante heterogéneos. Un estudio realizado por Irma Vega (2017) revelaba los efectos positivos del masaje terapéutico en el peso y tiempo de hospitalización en los Recién Nacidos Prematuros, por otro lado, Elsa Rugiero (2008) llegó a resultados similares en su estudio, comprobando que los niños que han recibido el programa de estimulación subieron 14 gramos por día y permanecieron 15 días menos hospitalizadas que el resto, por lo que se ha tomado la terapia de Estimulación Temprana como una prioridad de mejora en niños prematuros, capaz de ayudar a mejorar su desarrollo.

La controversia acerca del impacto de la Estimulación Temprana en recién nacidos llegó con la declaración de los derechos del niño en el año de 1959, resaltando la idea de que los niños necesitan protección y cuidado especial, incluyendo una protección legal adecuada, antes del nacimiento y después del nacimiento.

Todos los estudios mencionados fueron realizados mediante la modalidad de Estimulación continua, pero con diferentes horas de aplicación y por periodos distintos.

4.3 Conclusiones

- En la evaluación del recién nacido muy prematuro y moderado a través de la Escala de Valoración del proceso de Estimulación Multisensorial MYLA , se pudo evidenciar que los pacientes al ingresar a los servicios de salud, no cumplían con los ítems que evalúa el test en el recién nacido.
- El perfil de desarrollo del recién nacido muy prematuro y moderado, fue analizado mediante hojas de observación y control médico rutinario.
- Las técnicas de Estimulación Temprana en los pacientes muy prematuros y moderados, fueron observadas por el registro de evolución que se lleva en el servicio de neonatología, realizadas por la licenciada en Estimulación Temprana con supervisión del neonatólogo tratante.
- El impacto que tuvo la Estimulación Temprana, fue comprobado mediante la evaluación inicial y el retest en donde las estadísticas arrojaron que en la los pacientes no cumplían con los ítems que evalúa el test MYLA , una vez aplicada las técnicas de Estimulación Temprana, en la reevaluación cumplía con ítems que en la primera no cumplían, así podemos hablar de la importancia que tiene la Estimulación Temprana para ayudar a la evolución el paciente prematuro comprobando que si tiene eficacia la terapia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguirre Victoria, C. M. (2014). Influencia de un programa de Estimulación Temprana. tesis, 1. Peru.
- Atención, F. E. (2005). libro blanco de Estimulación Temprana. España-Madrid: Artegraf, s.a.
- Aterhortua, S. (2015). La estimulación temprana del neonato hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos de neonatología. Antioquia: Universidad de posgrados de Antioquia.
- Beltramino, P. S. (2013). Meneghello Pediatría. Argentina: editorial médica panamericana S.A.C.F.
- Bruscia, K. (2007). Musicoterapia - métodos y práctica. México: Pax México.
- Cardona, V. G. (2012). lenguaje y socioafectivo. Estimulación Temprana.
- Contreras, A. (2011). Modelo de Centro de Atención Temprana feaps-madrid. madrid: Afanias, S.L.
- Domínguez, C. (2004). La Atención Infantil Temprana en Asturias. Asturias: Eujoa, S.A.
- Elizabeth, N. A. (Julio de 2015). Estimulación multisensorial en el desarrollo motor en los niños prematuros. estimulación multisensorial en el desarrollo motor en los niños prematuros de 0 a 4 meses que afluyen a consulta externa del hospital provincial docente Ambato. Ambato, Tungurahua, Ecuador.
- Gabriela, M. C. (2013). Universidad de Guayaquil. Masaje shantala para el desarrollo de vínculos afectivo en niños de 1 a 2 años del Centro Infantil del Buen Vivir "La sirenita". Guayaquil, El Guayas, Ecuador: Balás León, Martha Katuska MSc. Dra.
- Gonzales, G. (2007). Masaje infantil. medicina naturista, vol 1.
- Gonzales, J. L. (2008). Neonatología. Santiago de Chile: Mediterraneo Ltda.
- Irma, V. (2017). Efecto del masaje terapéutico en el peso y tiempo de hospitalización en recién nacidos prematuros-. Efecto del masaje terapéutico en el peso y tiempo de hospitalización en recién-servicio de neonatología, Hospital Regional Eleazar, 1(1). Chimbote.
- Jasso, D. L. (2008). Neonatología práctica. Mexico: El manual moderno.
- José, A. P. (2006). Formación en atención Revisión histórica y estado de la cuestión.

- M.J. Torres Valdivieso, E. G. (2008). Programas de seguimiento para neonatos. *Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología*, 278-280.
- Manuel Gómez-Gómez, C. D.-B.-G. (2012). Clasificación del recién nacido. *Revista Mexicana de Pediatría*, 32-39.
- Mariuxi, B. O. (Agosto de 2016). Estimulación multisensorial en el desarrollo de los niños prematuros. *estimulación multisensorial en el desarrollo de los niños prematuros de 0 a 6 meses del hospital del seguro Ambato*. Ambato, Tungurahua, Ecuador.
- Nava, G. F. (2012). Morbilidad neonatal en un grupo de recién nacidos a término con Apgar bajo recuperado. *Pediatría de México*, 1-4.
- Ogando, R. (2010). Estimulación precoz en los recién nacidos con peso al nacer entre 1.000 y 1.500g. ¿Es siempre necesaria? *analesdepediatria*.
- Ortiz, N. (2011). *Tratado de Pediatría*. Barcelona - España: GEA Consultorio Editorial.
- Packard, L. (2018). Unidad neonatal de cuidados intensivos (UNCI). *Children's Hospital Stanford*, 1.
- Paulina, T. O. (Noviembre de 2014). actuaciones de enfermería en el seguimiento del programa madre canguro y su influencia en el crecimiento y desarrollo del niño prematuro. *actuaciones de enfermería en el seguimiento del programa madre canguro y su influencia en el crecimiento y desarrollo del niño prematuro*. Ambato, Tungurahua, Ecuador.
- Recinos, P. Z. (2015). Estimulación oportuna y sus beneficios en el desarrollo de la psicomotricidad en niños del nivel inicial. *quetzaltenango: universidad rafael landívar*.
- Regidor, r. (2005). *las capacidades del niño*. Madrid-España: Palabra,S.A.
- Sánchez, P. J.-B. (2016). Snoezelen el despertar sensorial. *Puertas a la lectura*, 153-160.
- Schapira, D. I., Parareda, L. V., Coria, L. M., & Roy, D. E. (1994). Propuesta de intervención ambiental y en el desarrollo de recién nacidos de alto riesgo. *Schapira et al*, 104-107.
- Serrano, M. M. (2014). *Tratado de pediatría*. Madrid: Médica Panamericana S.A.
- Suarez Fernando, L. O. (2014). Efecto del Programa de Estimulación Temprana en niños lactantes con antecedentes de parto prematuro Hospital Bertha Calderón. *Efecto del Programa de Estimulación Temprana en niños lactantes con antecedentes de parto prematuro Hospital Bertha Calderón.*, 1(1). Nicaragua: s/n.

- Tascón, L. A. (2016). Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. scielo.
- Torres, G. M. (2015). La importancia de la motricidad fina en la edad preescolar del c.e.i. en la edad preescolar del c.e.i. . bárbula: universidad de carabobo.
- Tubio, P. (2013). El pediatra de Atención Primaria, una figura necesaria en la Atención Temprana. scielo.
- Urive, L. C. (1996). Escala de valoración del proceso de estimulación multisensorial "MYLA". waece.org.
- Usiña, J. (2014). Anuario de estadísticas vitales, nacimientos y difución. Ecuador: dirección de comunicación social.
- Villamizar, M. (2016). fisioterapiaonline. Universidad Arturo Michelena. Obtenido de masaje infantil.

LINKOGRAFÍA

- Alonso, C. R. (12 de Octubre de 2012). scielo. (C. R. Pallás Alonsoa y Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia) Recuperado el 12 de Octubre de 2012, de scielo: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322012000400014
- Anayet, C. (mayo de 2018). Centro Anayet. Obtenido de bebes prematuros y atencion temprana: <https://www.centroanayet.com/blog/atencion-temprana/bebes-prematuros-y-atencion-temprana>
- Antonacci, M. (2018). Vix. Obtenido de Masaje shiatsu para bebes: <https://www.vix.com/es/imj/salud/5345/masajes-shiatsu-para-bebes>
- Anny, E. I. (2015). Universidad alas Peruanas. Obtenido de Beneficio del masaje Shantala en niños prematuros de 0-24 meses del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo - Chiclayo, en el periodo agosto - diciembre del 2014: <http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/529>
- Basoalto, R. C. (19 de Enero de 2017). IG&RO. Obtenido de antecedentes Históricos de la Estimulación Temprana: <https://www.diversidadinclusiva.com/antecedentes-historicos-de-la-estimulacion-temprana/>
- Celis, A. (16 de Septiembre de 2016). Estimulación Temprana. Obtenido de Antecedentes de la Estimulación Temprana:

- <https://estimulacionprecoz16.blogspot.com/2016/09/antecedentes-de-la-estimulaciontemprana.html>
- Colantonio, D. G. (16 de Noviembre de 2017). Rouge. Obtenido de Tipos de prematuros: <http://rouge.perfil.com/2017-11-16-110111-semana-del-prematuro-los-distintos-tipos-que-hay/>
- Divulgación Dinámica, S. (27 de Mayo de 2017). DDF. Obtenido de la musicoterapia: <https://www.divulgaciondinamica.es/blog/musicoterapia-beneficios/>
- Elsa Rugiero P., R. W. (2008). scielo. (Elsa Rugiero P. Elsa Rugiero P., Rodehck Walton L. , Fabiola Prieto P. a, Eduardo Bravo A. a, Juan Núñez M. a Juan Márquez N. , Germán Mühlhausen M.) Recuperado el 2008, de scielo: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262008000400007&script=sci_arttext
- ENESO, E. D. (13 de Octubre de 2016). ENESO. Obtenido de Desarrollar la motricidad gruesa: <http://www.eneso.es/blog/desarrollar-la-motricidad-gruesa/>
- Eneso, T. d. (13 de Junio de 2012). Eneso. Obtenido de Estimulación sensorial: <http://www.eneso.es/blog/la-estimulacion-sensorial/#comments>
- Fernández, I. Z. (Marzo de 2013). Zonahospitalaria.com. Obtenido de tecnica del masaje: <https://www.zonahospitalaria.com/shantala-beneficios-y-tecnicas-del-masaje-infantil/>
- Holdich, P. D. (Enero de 2010). Enciclopedia sobre el desarrollo de la primera infancia. Obtenido de el sueño: <http://www.encyclopedia-infantes.com/conducta-del-sueno/segun-los-expertos/conducta-del-sueno-en-neonatos-prematuros-y-el-impacto-en-su>
- La Orden Izquierdo1, E. S. (s/n de Julio-Agosto de 2012). scielo. Recuperado el s/n de Julio-Agosto de 2012, de scielo: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112012000400022&script=sci_arttext&tlng=pt
- Lardry, J.-M. (Agosto de 2012). ScienceDirect. Obtenido de Masajes Shiatsu: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1293296512626814>
- Montessori, F. A. (18 de Febrero de 2014). Famm. Obtenido de metodo montessori: <http://jaisaeducativos.net/blog/area-sensorial-montessori/>
- Salud, O. M. (19 de Febrero de 2018). Organizacion Mundial de la Salud. Obtenido de Organizacion Mundial de la Salud: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

Sánchez, D. (14 de Junio de 2014). Desarrollo Humano. Obtenido de Nexblog:
<http://dpsico.blogspot.com/2014/06/desarrollo-prenatal-y-nacimiento.html>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASE DE DATOS UTA

LIBRO- Serrano, M. M. (2014). Tratado de pediatría . Madrid: Médica Panamericana S.A.

LIBRO- Ortiz, N. (2011). Tratado de Pediatría . Barcelona - España: GEA Consultorio Editorial.

LIBRO- Atención, F. E. (2005). libro blanco de estimulación temprana. España- Madrid: ARTEGRAF, S.A.

LIBRO-Beltramino, P. S. (2013). Meneghello Pediatría. Argentina: editorial médica panamericana S.A.C.F.

LIBRO- Gonzales, J. L. (2008). Neonatología. Santiago de Chile: Mediterraneo Ltda.

Anexos

Anexo 1: Escala de valoración MYLA.

ESCALA DE VALORACIÓN DEL PROCESO DE ESTIMULACIÓN
MULTISENSORIAL "MYLA"

Recién Nacido

HABILIDAD	DESARROLLO	R.
Matriz Gruesa	a) Pataleo alternante, sin lateralización. b) Posición lateral de la cabeza sin preferencia por un lado. c) Semisentado eleva la cabeza por pocos segundos. d) Boca arriba gira la cabeza lateralmente desde una línea media. e) Las extremidades permanecen fijadas boca arriba. f) Los pies permanecen en dorsiflexión boca arriba. g) Boca abajo con las piernas fijadas bajo la cadera.	
Matriz Fino	a) Manos cerradas la mayor parte del tiempo. b) Intenta tocar a la mamá cuando le está alimentando. c) Brazos a los lados con flexión de codo boca abajo. d) Boca arriba con los brazos en semireflexión a los lados.	
Social y Comunicación	a) Reacción aversiva a los estímulos acústicos intensos. b) Reacción aversiva a los estímulos luminosos intensos. c) Succión potente. d) El llanto es su mayor medio de comunicación. e) Permanece gran parte del día dormido.	
Cognición	a) Gira cuando tiene sensaciones displacenteras. b) Se tranquiliza al tomarlo en los brazos. c) Interacción consigo mismo. d) Interacción leve con el ambiente y los otros.	
Ejecución	a) Regida por reflejos.	
Comportamiento en la valoración		
Manejo de la mamá al bebé		

Mes 1

Matriz Gruesa	a) Pataleo vigorosamente. b) Trata de levantar la cabeza. c) Apoyo de pies estando de pie. d) Sostiene la cabeza levantada al colocarlo sobre el hombro. e) Marcha alternante al roce de los pies. f) Cabeza en línea media por 10 segundos. g) Mantiene cabeza elevada por 3 segundos (semisentado). h) Intenta arrastre boca abajo con leve apoyo.	
Matriz Fino	a) Agarra un objeto cuando éste toca la palma de su mano. b) Mano cerradas gran parte del tiempo. c) La mano toma la forma del objeto al colocarle un objeto.	
Social y Comunicación	a) Se sobresalta con el ruido. b) Mira el rostro de la madre. c) Emite sonidos guturales. d) Fija la mirada. e) Sigue con los ojos un estímulo fijo. f) Sigue objeto a 45 grados, en desplazamiento. g) Sonrisa refleja ocasional. h) Lloro cuando tiene hambre o algo le molesta.	
Cognición	a) Se calma cuando es tomado en los brazos. b) Relación primordial con la mamá. c) Suceso importante la alimentación.	
Juego	a) Mayor agrado por objetos en blanco y negro. b) Juguetes.	
Comportamiento en la valoración		

MEDICIÓN: I = Inicios. S = Sí. N= No. OCASIONAL = O. A VECES = A.V.. POCOS = P

Anexo 2: Formato de observación médica.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL LATACUNGA



FICHA DE OBSERVACION DE LA EVOLUCION DEL RECIEN NACIDO PREMATURO
OBJETIVO: Recolección de información del recién nacido prematuro y su evolución.

NOMBRE	SEXO	EDAD GESTACIONAL UPNI	EDAD GESTACIONAL CAMBIO	CLASIFICACIÓN			SIGNOS VITALES																													
				EXTREMO	INTERMEDIO	MODERADO O TARDIO	RESPIRACION	SATURACION	TEMPERATURA	TALLA	PESO ALTA	PESO INICIAL	PC	APGAR	DIAGNOSTICO																					

Dr. Lenín Guilliermo
Jefe del servicio de neonatología

Lenin Guillermo

Dr. Esp. Gerardo Fernández
Docente de la Universidad Técnica de Ambato
FCS

Anexo 3: Formato de evaluación neurológica.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL LATACUNGA



VALORACIÓN NEUROLÓGICA												
OBJETIVO: Determinar el estado neurológico del recién nacido prematuro												
NOMBRES	REFLEJOS		MORO		PRENSIÓN PLANTAR		PRENSIÓN PALMAR		SUCCIÓN		LANDAU	
	PRESENTE	AUSENTE	PRESENTE	AUSENTE	PRESENTE	AUSENTE	PRESENTE	AUSENTE	PRESENTE	AUSENTE	PRESENTE	AUSENTE

[Handwritten Signature]
 Dr. Lenin Guillermo Q
 NEONATOLOGO
 19714144

[Handwritten Signature]
 Dr. José Lozada
 Docente de la Universidad Técnica de Ambato
 FCS

[Handwritten Signature]
 Dr. Esp. Gerardo Fernández
 Docente de la Universidad Técnica de Ambato
 FCS

Anexo 4: Resolución de la aprobación del tema.



CONSEJO DIRECTIVO

FCS

LA SALUD
TEMPRANA
CUIDOS

07 MAY 2018

Facultad de Ciencias
De la Salud

Ambato, 23 de abril de 2018
Resolución CD-P-2018-1419

Licenciada Mg.
Verónica Troya Ortiz
COORDINADORA
Carrera de Estimulación Temprana
Facultad de Ciencias de la Salud
Presente.


De mi consideración:

El H. Consejo directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud, en sesión ordinaria del 23 de abril de 2018, en conocimiento del memorando UTA-UAT-FCS-2017-0247-M, suscrito por el Dr. Jesús Chicaiza Tayupanta, Presidente de la Unidad de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud, solicitando se apruebe la modalidad de titulación mediante **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**, de la señorita PACHA SÁNCHEZ JOHANNA ARACELLY, al respecto.

CONSEJO DIRECTIVO, RESUELVE:

- **AUTORIZAR A LA SEÑORITA PACHA SÁNCHEZ JOHANNA ARACELLY, ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA DEL CICLO MARZO – AGOSTO 2018, OPTAR POR LA MODALIDAD DE GRADUACIÓN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN CON EL TEMA "LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL RECIÉN NACIDO PREMATURO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO", PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN ESTIMULACIÓN TEMPRANA.**
- **DESIGNAR COMO TUTOR DEL TRABAJO DE GRADUACIÓN O TITULACIÓN, A LA LICENCIADA MAGISTER VICTORIA VALLADARES LÓPEZ, QUIEN DEBERÁ PRESENTAR UN INFORME BIMENSUAL DE SU AVANCE Y UNO AL FINAL, DE CONFORMIDAD CON EL ART. 14 DEL REGLAMENTO DE GRADUACIÓN PARA OBTENER EL TÍTULO TERMINAL DE TERCER NIVEL DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO.**
- **AUTORIZAR A LA SEÑORITA ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA LA ELABORACIÓN DEL TRABAJO DE GRADUACIÓN O TITULACIÓN EN LOS PLAZOS ESTABLECIDOS EN LA DISPOSICIÓN GENERAL, INCISO TERCERO Y CUARTO DEL REGLAMENTO DE RÉGIMEN ACADÉMICO.**

Atentamente,


Dr. Mg. Marcelo Ochoa Egas,
Presidente



Anexo
c.c.

memorando UTA-UAT-FCS-2017-0247-M, documentación correspondiente
Carpeta estudiantil
Leda. Mg. Victoria Valladares López, Tutora



UNIVERSIDAD
TÉCNICA DE AMBATO

Cdla. Ingahurco Teléfono (03) 3 730 268 Ext. 5211

www.uta.edu.ec



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

Oficio Nro. UTA-FCS-2018-0062-O

Ambato, 16 de abril de 2018

Asunto: Se autorice el Ingreso a Hospital Latacunga

Licenciada
Soraya Heredia
Gerente
HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL LATACUNGA
En su Despacho

De mi consideración:

Por medio del presente me permito solicitar a usted se otorgue las facilidades correspondientes para que la señorita JOHANNA ARACELLY PACHA SÁNCHEZ, estudiante de la Carrera de Estimulación Temprana de esta Unidad Académica, ciclo marzo - agosto 2018, pueda acceder a las instalaciones respectivas, con la finalidad de que la mencionada estudiante pueda desarrollar su Proyecto de Investigación bajo el Tema: "LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL RECIÉN NACIDO PREMATURO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO" previo a la obtención del Título de Licenciada Estimulación Temprana.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

J. Ochoa
Dr. José Marcelo Ochoa Egas
DECANO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Referencias:
- UTA-ET-FCS-2018-0362-M

Copia:
Doctora
Veronica Maribel Alvarez Cordova
Director de Docencia
HOSPITAL GENERAL LATACUNGA

Doctor
Wilmer López
Director Asistencial
HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL LATACUNGA



[Handwritten signature]



19-04-2018
10:35

Anexo 6: Consentimiento informado.

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y COMPROMISO DE LA INFORMACIÓN MANEJADA POR SERVIDORES DEL HOSPITAL GENERAL DE LATACUNGA

La señorita, **Pacha Sánchez Johanna Aracelly**, con cedula de ciudadanía número **180540866-1**, Egresada de la Universidad Técnica de Ambato, de la carrera de Estimulación Temprana, con el tema de investigación "ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL RECIEN NACIDO PREMATURO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO" que en adelante y para los efectos jurídicos del presente instrumento se denominará "El Investigador", de manera libre y voluntaria, y en el uso de sus capacidades, suscribe el presente Acuerdo de Confidencialidad al tenor de las siguientes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMERA.- ANTECEDENTES:

1. La Constitución de la República del Ecuador manda:

"Art. 66.- Se reconoce y garantizará a las personas: (...)

19. El derecho a la protección de datos de carácter personal, que incluye el acceso y la decisión sobre información y datos de este carácter, así como su correspondiente protección. La recolección, archivo, procesamiento, distribución o difusión de estos datos o información requerirán la autorización del titular o el mandato de la Ley (...)

Art. 362.- (...) Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes (...)"

2. Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública ordena:

"Art. 5.- Información Pública.- Se considera información pública, todo documento en cualquier formato, que se encuentre en poder de las instituciones públicas y de las personas jurídicas a las que se refiere esta Ley, contenidos, creados u obtenidos por ellas, que se encuentren bajo su responsabilidad o se hayan producido con recursos del Estado.

Art. 6.- Información Confidencial.- Se considera información confidencial aquella información pública personal, que no está sujeta al principio de publicidad y comprende aquella derivada de sus derechos personalísimos y fundamentales, especialmente aquellos señalados en los artículos 23 y 24 de la Constitución Política de la República.

El uso ilegal que se haga de la información personal o su divulgación, dará lugar a las acciones legales pertinentes.

No podrá invocarse reserva, cuando se trate de investigaciones que realicen las autoridades, públicas competentes, sobre violaciones a derechos de las personas que se encuentren establecidos en la Constitución Política de la República, en las declaraciones, pactos, convenios, instrumentos internacionales y el ordenamiento

jurídico interno. Se exceptiona el procedimiento establecido en las indagaciones previas (...)".

3. El Código Integral Penal tipifica:

"Art. 179.- Revelación de secreto.- La persona que teniendo conocimiento por razón de su estado u oficio, empleo, profesión o arte, de un secreto cuya divulgación pueda causar daño a otra persona y lo revele, será sancionada con pena privativa de libertad de seis meses a un año".

4. El Reglamento Para El Manejo De Información Confidencial En El Sistema Nacional De Salud prescribe:

"Art. 2.- Confidencialidad.- Es la cualidad o propiedad de la información que asegura un acceso restringido a la misma, solo por parte de las personas autorizadas para ello. Implica el conjunto de acciones que garantizan la seguridad en el manejo de esa información"

"Art. 4.- Disponibilidad de la información.- Es la condición de la información que asegura el acceso a los datos cuando sean requeridos, cumpliendo los protocolos definidos para el efecto y respetando las disposiciones constantes en el marco jurídico nacional e internacional."

"Art. 5.- Seguridad en el manejo de la información.- Es el conjunto sistematizado de medidas preventivas y reactivas que buscan resguardar y proteger la información para mantener su condición de confidencial, así como su integridad y disponibilidad. Inicia desde el momento mismo de la generación de la información y trasciende hasta el evento de la muerte de la persona."

El deber de confidencialidad respecto a la información de los documentos que contienen información de salud perdurará, incluso, después de finalizada la actividad del establecimiento de salud, la vinculación profesional o el fallecimiento del titular de la información.

"Art. 7.- Por documentos que contienen información de salud se entienden: historias clínicas, resultados de exámenes de laboratorio, Imagenología y otros procedimientos, tarjetas de registro de atenciones médicas con indicación de diagnóstico y tratamientos, siendo los datos consignados en ellos confidenciales.

El uso de los documentos que contienen información de salud no se podrá autorizar para fines diferentes a los concernientes a la atención de los/las usuarios/as, evaluación de la calidad de los servicios, análisis estadístico, investigación y docencia. Toda persona que intervenga en su elaboración o que tenga acceso a su contenido, está obligada a guardar la confidencialidad respecto de la información constante en los documentos antes mencionados.

La autorización para el uso de estos documentos antes señalados, es potestad privativa del/a usuario/a o representante legal.

En caso de investigaciones realizadas por autoridades públicas competentes sobre violaciones a derechos de las personas, no podrá invocarse reserva de accesibilidad a la información contenida en los documentos que contienen información de salud."

"Art. 9.- El personal operativo y administrativo de los establecimientos del Sistema Nacional de Salud que tenga acceso a información de los/las usuarios/as durante el ejercicio de sus funciones, deberá guardar reserva de manera indefinida respecto de dicha información y no podrá divulgar la información contenida en la historia clínica, ni aquella constante en todo documento donde reposen datos confidenciales de los/las usuarios/as."

*"Art. 12.- En el caso de historias clínicas cuyo uso haya sido autorizado por el/la usuario/a respectivo para fines de investigación o docencia, la identidad del/a usuario/a deberá ser protegida, sin que pueda ser revelada por ningún concepto.
El custodio de dichas historias deberá llevar un registro de las entregas de las mismas con los siguientes datos: nombres del receptor, entidad en la que trabaja, razón del uso, firma y fecha de la entrega."*

CLÁUSULA SEGUNDA.- OBJETO:

En virtud de las disposiciones legales invocadas en la cláusula anterior, "El Investigador" se compromete a guardar el debido sigilo y la reserva del caso respecto a la información y documentación que en razón de sus funciones maneja en el Hospital General de Latacunga.

CLÁUSULA TERCERA.- OBLIGACIONES:

"El Investigador" ha sido informado y acepta que en atención a la naturaleza de la información y a los riesgos que el mal uso y/o divulgación de la misma implican para el Hospital General de Latacunga, mantendrá el sigilo de toda la información a la que por razones de sus actividades tendrá acceso.

"El Investigador" se obliga a abstenerse de usar, disponer, divulgar y/o publicar por cualquier medio, ya sea verbal o escrito, y en general, aprovecharse de la información y documentación que reposa en el Hospital General de Latacunga, o utilizarla para fines ajenos a los objetivos y necesidades del Hospital General de Latacunga.

CLÁUSULA CUARTA.- SANCIONES:

"EL Investigador" se encuentra sometido a la normativa que regula el uso de información pública y confidencial, principalmente, queda advertido de las sanciones penales que para estos casos establece la legislación ecuatoriana.

"EL Investigador" conoce que el incumplimiento de lo previsto en el presente Acuerdo será sancionado de conformidad con lo determinado en la Ley, sin perjuicio de las acciones penales respectivas.

CLÁUSULA QUINTA.- COMPROMISO:

"El Investigador" declara de forma libre y voluntaria su compromiso para entregar una copia del trabajo final para archivo y seguimiento del Hospital General de Latacunga y la Coordinación Zonal 3 correspondiente.

CLÁUSULA SEXTA.- DECLARACIÓN:

"El Investigador" declara conocer la información que se maneja en esta Cartera de Estado y expresa que utilizará dicha información únicamente para los fines para los cuales se le ha permitido acceso a la misma, debiendo mantener dichos datos de manera reservada, en virtud de la protección de que goza la misma, de conformidad con la legislación vigente.

"EL Investigador" declara además, conocer la normativa que regula la confidencialidad de la documentación, en especial las previsiones de la Constitución de la República del Ecuador, de la Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública, del Código Orgánico Integral Penal y del Reglamento de Información Confidencial en Sistema Nacional de Salud.

CLÁUSULA SÉPTIMA.- VIGENCIA:

Los compromisos establecidos en el presente Acuerdo de Confidencialidad y Compromiso se mantendrán vigentes de manera indefinida, desde la suscripción de este documento.

CLÁUSULA OCTAVA.- ACEPTACIÓN:

"EL Investigador" acepta el contenido de todas y cada una de las cláusulas del presente Acuerdo y en consecuencia se compromete a cumplirlas en toda su extensión, en fe de lo cual y para los fines legales correspondientes, lo firma en dos ejemplares del mismo tenor y efecto, en la ciudad de Latacunga, el 19 de Abril del 2018.

Nombre: Johanna Aracelly Pacha Sánchez

Firma 

C.I: 1805408661

Teléfono: 0992823290

Correo Electrónico: aracelly.lulaps@gmail.com

Anexo 7: Autorización del ingreso al Hospital.


Ministerio
de Salud Pública
Coordinación Zonal 3 - Salud
Hospital Provincial General de Latacunga

Latacunga 19 de Abril del 2018

Señor Doctor
Marcelo Ochoa
DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
Presente

Asunto: Carta de interés institucional con protocolo de investigación: "ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL RECIEN NACIDO PREMATURO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO"

De mi consideración:

Yo Lic. Mg Soraya Heredia, en calidad de **GERENTE DEL HOSPITAL GENERAL DE LATACUNGA**, manifiesto que conozco y estoy de acuerdo con la propuesta del protocolo de investigación titulado: LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN EL RECIEN NACIDO PREMATURO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO, cuyo investigador principal es la señorita JOHANNA ARACELLY PACHA SÁNCHEZ.

Certifico también que se han establecido acuerdos con el investigador para garantizar la confidencialidad de los datos de los individuos, en relación con los registros médicos o fuentes de información a los que se autorice su acceso.

Atentamente,



Lic. Mg Soraya Heredia
GERENTE DEL HOSPITAL GENERAL DE LATACUNGA