

Causas de ingreso al programa de Estimulación Temprana en el Hospital de la Mujer del Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes

Terrones-Saldívar MC*, Gallegos-Dávila VM**, Medina-Alcántar B**, Muñoz-Contreras RE**, González V ***

Resumen

La Estimulación Temprana (ET) es un conjunto de acciones que tienden a proporcionar al niño las experiencias que éste necesita para favorecer al máximo sus potencialidades de desarrollo. Tiene como finalidad ofrecer a los niños con déficits o con riesgo de padecerlos un conjunto de acciones optimizadoras y compensadoras, que faciliten su adecuada maduración en todos los ámbitos y que les permita alcanzar el máximo nivel de desarrollo personal y de integración social. Se realizó un estudio descriptivo de 87 pacien-

tes para identificar los principales diagnósticos que los hacen ingresar al programa de ET, de agosto 2008 a noviembre 2010, en el Hospital de la Mujer de Aguascalientes. Encontramos que en los neonatos de término el diagnóstico más frecuente fue la asfixia perinatal (31.5%), entre los pretérmino, predominó el bajo peso al nacer (88.23%) y el síndrome de dificultad respiratoria (27.94%). Es importante identificar las causas de ingreso para disminuir los factores de riesgo que ocasionan estos diagnósticos. **LUXMÉDICA 6(19): 21-26**

Palabras clave: estimulación temprana, riesgo perinatal, periodos críticos

* Profesora investigadora del Departamento de Gineco-Obstetricia y Pediatría del Centro de Ciencias de la Salud de la UAA

** Estudiantes del noveno semestre de Medicina UAA

*** Encargada del Programa de Estimulación Temprana del Hospital de la Mujer ISEA

Fecha de recibido abril 2011

Fecha de aceptación julio 2011

Correspondencia Dra Ma del Carmen Terrones Saldívar Departamento de Gineco-Obstetricia y Pediatría del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Aguascalientes. Avenida Universidad #940. Teléfono 9108443 correo electrónico dra_terr@yahoo.com

Introducción

Los primeros años de vida constituyen una etapa de la existencia especialmente crítica ya que en ella se van a configurar las habilidades perceptivas, motrices, cognitivas, lingüísticas y sociales que posibilitarán una equilibrada interacción con el mundo circundante.¹ La mayoría de los mamíferos están provistos de un conjunto variado de mecanismos de adaptación que les permitirán sobrevivir en su medio. Los momentos en que los eventos ambientales pueden ejercer una influencia reguladora sobre el desarrollo se llaman "períodos críticos". La duración de estos períodos de gran vulnerabilidad cerebral es distinta para cada especie y en el ser humano comprende los dos primeros años.² Los períodos críticos son determinantes para el funcionamiento adecuado de los sistemas sensoriales, así como para la ejecución de patrones de conducta compleja, de manera que la alteración de una o varias modalidades sensoriales (por ejemplo: visión, audición, tacto, propiocepción) o de la experiencia social en esta etapa de la vida, puede ocasionar alteraciones funcionales irreversibles³. Por esta razón se considera de importancia detectar cualquier alteración o problema y prevenir oportunamente, aplicando técnicas de Estimulación Temprana.⁴

La Estimulación Temprana (ET) es un conjunto de acciones que tienden a proporcionar al niño las experiencias que éste necesita para favorecer al máximo sus potencialidades de desarrollo.² Tiene como finalidad ofrecer a los niños con déficits o con riesgo de padecerlos un conjunto de acciones optimizadoras y compensadoras, que faciliten su adecuada maduración en todos los ámbitos y que les permita alcanzar el máximo nivel de desarrollo personal y de integración social. Otro de los beneficios que se obtienen a través de la Estimulación Temprana, es el desarrollo y la fortaleza de los cinco sentidos y la percepción. Favorece también el desarrollo de las funciones mentales superiores como son la memoria, la imaginación, la atención así como también el desarrollo del lenguaje. A nivel adaptativo, desarrolla en el niño confianza, seguridad y autonomía.¹

La detección de las posibles alteraciones en el desarrollo infantil es un aspecto fundamental. En los servicios de Neonatología se reciben niños con alto riesgo de presentar deficiencias, trastornos o alteraciones en su desarrollo en función de determinadas condiciones genéticas y de situaciones adversas en el ámbito biológico u orgánico: infecciones intrauterinas, bajo peso, hipoxia, hemorragias cerebrales, infecciones postnatales.⁵

La necesaria permanencia de estos niños en la unidad neonatal añade otros factores de riesgo, de carácter ambiental y psicoafectivo. En el entorno de estímulos ambientales encontramos, entre las situaciones más frecuentes, un exceso de ruido ambiental, de intensidad y tiempo de exposición a luz intensa e inmovilización. En el ámbito psico-afectivo debe considerarse que incluso cuando el contacto con los padres es posible, su adecuación a las necesidades y posibilidades del niño es difícil o limitada, debido a la situación de bloqueo y alteración emocional de éstos.⁶

Es condición indispensable conocer el desarrollo psicomotor normal del niño. El retraso del desarrollo psicomotor constituye un reto diagnóstico de primer orden para el pediatra de atención primaria⁷

Los factores de riesgo están agrupados en tres categorías: aspectos socioeconómicos, riesgo perinatal y crecimiento y desarrollo. Los factores de riesgo perinatal incluyen factores maternos, del parto y posteriores al parto, que influyen directamente en la sobrevivencia del neonato, así como características del propio menor que alteran su capacidad de respuesta a los estímulos del medio ambiente. En este grupo se consideran un total de siete factores de riesgo, tres de ellos maternos: enfermedad materna (enfermedad infecciosa o crónica degenerativa), complicaciones en el embarazo, complicaciones en el parto (distocias) y cuatro factores evaluados al nacimiento: prematuridad (nacimiento antes de las 36 semanas de gestación), peso al nacer (menor a 2,500 g), apgar (menor a 6) y atención del parto por personal no calificado.²

Desde mediados de los años 80, gracias a los importantes cambios en el cuidado pre, peri y neonatal, la mortalidad de los neonatos pretérmino de bajo y muy bajo peso al nacer ha disminuido significativamente; no así la morbilidad de la prematuridad que continúa siendo muy importante: la parálisis cerebral infantil es la secuela más frecuente y aumenta al disminuir el peso de nacimiento de forma que se presenta en aproximadamente el 10% de todos los menores de 1500g.⁶

El Hospital de la Mujer del Estado de Aguascalientes ha iniciado recientemente con el programa de Estimulación Temprana y proporciona atención a los neonatos del hospital, por lo que el objetivo de este trabajo fue identificar los principales diagnósticos de ingreso al programa de ET.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo buscando identificar los principales diagnósticos de ingreso al programa de Estimulación Temprana del Hospital de la Mujer de Aguascalientes. Lo anterior se hizo llevando a cabo una revisión por conveniencia de expedientes de los pacientes que acudieron a la consulta del servicio mencionado, mismos que ingresaron al programa durante el periodo de agosto de 2008 a noviembre del 2010. Esta revisión fue posible con el apoyo de la terapeuta física encargada del área. Fueron tomadas en cuenta variables como sexo, edad gestacional, peso al nacer y diagnóstico de

ingreso al servicio. La muestra inicial de pacientes fue de 89, pero debido a que dos expedientes no cumplían con todos los datos requeridos fueron eliminados del estudio, obteniendo una muestra final de 87 expedientes revisados.

De acuerdo a la edad gestacional, se hicieron dos grupos: uno de neonatos de término y el segundo de neonatos de pretérmino, de acuerdo a la clasificación de la Organización Mundial de la Salud. A partir de estos dos grupos se registraron los principales diagnósticos de ingreso en cada grupo, algunos pacientes solo tuvieron un diagnóstico, pero algunos otros tuvieron dos e incluso tres. Los datos obtenidos fue-

ron capturados en una base de datos en Excel. Los resultados se reportan en medidas de tendencia central y mostrada en tablas para facilitar su análisis.

Resultados

Fueron incluidos 87 pacientes, divididos en dos grupos de acuerdo a su antecedente de número de semanas de gestación (SDG), siendo estos grupos "neonatos de término" (>37 SGD) con 19 pacientes (21.8%) y "neonatos de pretérmino" (<37SDG) con 68 pacientes (78.16%).

No hubo predominio en cuanto a la distribución por sexo en la muestra total; por grupo se pudo observar predominio del sexo masculino (73.6%) en el grupo de neonatos de término y en el grupo de neonatos de pretérmino, predominó el sexo femenino, con un 57.3%. (tabla 1)

Tabla 1

Distribución por sexo de los pacientes del programa de Estimulación Temprana del Hospital de la Mujer de agosto 2008 a noviembre 2010

	Neonatos de pretérmino (n=68)	Neonatos de término (n=19)
Masculino	29 (42.65%)	14 (73.68%)
Femenino	39 (57.34%)	5 (26.32%)

Los diagnósticos más frecuentes en el grupo de término fueron en orden decreciente, asfixia perinatal (31.58%), bajo peso al nacer (21.05%) (en promedio $1,813 \pm 354g$), síndrome de dificultad respiratorio (21.05%), hipoglicemia (15.79%),

crisis convulsivas neonatales (10.53%), y con igual frecuencia (5.26%) sepsis neonatal, neumonía, síndrome de Down y prevención en niño sano. Cabe señalar que algunos pacientes tuvieron dos o más diagnósticos. (tabla 2)

Tabla 2

Principales diagnósticos de ingreso al programa de Estimulación Temprana en pacientes nacidos a término (n=19)

Diagnóstico	Frecuencia
Asfixia perinatal	6 (31.58%)
Bajo peso al nacer	4 (21.05%)
Síndrome de dificultad respiratoria	4 (21.05%)
Hipoglicemia	3 (15.79%)
Crisis convulsivas	2 (10.53%)
Sepsis neonatal	1 (5.26%)
Neumonía	1 (5.26%)
Síndrome de Down	1 (5.26%)
Prevención en niño sano	1 (5.26%)

En el grupo de pretérmino, el diagnóstico más frecuente fue el bajo peso al nacer como motivo de ingreso al programa de Estimulación Temprana (88.23%) con un peso promedio de 1715 ± 400 g, seguido o acompañado por otros diagnósticos como síndrome de dificultad respiratoria (27.94%), sepsis neonatal (7.35%), hi-

perbilirrubinemia (5.88%) y de cardiopatía congénita, hipoglicemia, alteraciones electrolíticas, enfermedad por reflujo entre otros, en un porcentaje menor. (tabla 3). Al igual que en el grupo de término, es éste también algunos pacientes tuvieron dos o más diagnósticos a la vez.

Tabla 3

Principales diagnósticos de ingreso al programa de Estimulación Temprana en pacientes nacidos pretérmino (n=68)

Diagnóstico	Frecuencia
Bajo peso al nacer	60 (88.23%)
Síndrome de dificultad respiratoria	19 (27.94%)
Sepsis neonatal	5 (7.35%)
Hiperbilirrubinemia	4 (5.88%)
Cardiopatías congénitas	4 (5.88%)
Hipoglicemia	2 (2.94%)
Alteraciones electrolíticas	2 (2.94%)
Enfermedad por reflujo	2 (2.94%)
Luxación congénita de cadera	2 (2.94%)
Hemorragia intracraneana	1 (1.47%)
Síndrome de Down	1 (1.47%)

Discusión

La ET en los dos primeros años de vida es muy importante ya que estos años son un periodo crítico en el desarrollo psicomotor del ser humano, sobre todo en neonatos nacidos con factores de riesgo; la falta del apoyo de ET puede ocasionar alteraciones funcionales y motoras irreversibles.⁸

Se reconoce que el retraso del crecimiento uterino y el consiguiente peso bajo al nacimiento son un serio problema asociado con un aumento en la morbilidad de los recién nacidos de pretérmino.⁹

En esta revisión se observó que predominó el paciente pretérmino con bajo peso al nacer como motivo de ingreso a ET. Los neonatos de pretérmino conllevan un riesgo

perinatal solo por esta condición y si aunado a esto presenta bajo peso al nacer, estos niños tienen un riesgo mayor de tener un desarrollo psicomotriz inadecuado así como mayor probabilidad de presentar otras complicaciones como síndrome de dificultad respiratoria, sepsis neonatal, hiperbilirrubinemia, entre otras. De acuerdo con Escalona Aguilera y cols, el bajo peso al nacer (BPN) es el índice predictivo más importante de la mortalidad infantil por su asociación al mayor riesgo de mortalidad. A nivel mundial se calcula que 1 de cada 6 niños nace con bajo peso, estimándose un índice de 17 % a nivel mundial. Uno de cada 5 niños que nace en los países en vías de desarrollo lo hace con un peso menor de 2500 g.⁸

Por otra parte, en el grupo de neonatos de término el diagnóstico más frecuente fue la asfixia perinatal. De acuerdo a lo publicado por Moreno Mora (2008), entre los factores de riesgo de retardo, se hizo evidente el insulto perinatal, en la que los mayores porcentajes se representaron en la hipoxia: 35.01%. También se expresaron como factores de riesgo el bajo peso. Además según sexo, el mayor número de insultos se expresó en el sexo masculino, lo que concuerda con nuestros resultados en el grupo de neonatos de término.^{9,10}

La identificación de los principales mo-

tivos de ingreso a ET tanto en neonatos de término como de pretérmino, permitirán establecer estrategias para disminuir los factores de riesgo.

Para obtener todos los beneficios de la ET es primordial el apoyo de los padres para la realización de los ejercicios de estimulación temprana, por esto es que deben de aprender bien la realización de los ejercicios para que el progreso de sus hijos no se estanque y logren un mayor y mejor desenvolvimiento de sus potenciales y alcancen su máximo desarrollo mental y psicomotor.

Conclusiones

En los neonatos de término el diagnóstico más frecuente fue la asfixia perinatal (31.5%), entre los pretérmino, predominó el bajo peso al nacer (88.23%) y el síndrome de dificultad respiratoria (27.94%). Es importante identificar las causas de ingreso para disminuir los factores de riesgo que ocasionan estos diagnósticos.

Bibliografía

1. Libro Blanco de la Atención Primaria. Tomado de <http://www.acondroplasiaperu.com/images/descargas/4.pdf>
2. Santos- Preciado JI. Estimulación temprana. Lineamiento Técnico. Secretaría de Salud México 2002 Disponible en <http://www.salud.gob.mx>
3. Pons-Tubio A. Prevención de deficiencias en la atención sanitaria del niño. Revista Vox Pediátrica 1999;7(1):56-67
4. Schonhaut L, Alvarez J, Salinas P. El pediatra y la evaluación del desarrollo psicomotor. Revista Chilena Pediatría 2008;79(1):26-31
5. Pineda JJ, Eguigerems I. Morbilidad y mortalidad del recién nacido prematuro ingresado en la unidad de cuidados intensivos neonatales del Instituto Hondureño de Seguridad Social. Revista médica de las postgrados de Medicina 2008;11(3):186-191
6. Álvarez-Gómez MJ, Martínez-Irisarri I. Programa de atención temprana a prematuros, recién nacidos de bajo peso y recién nacidos de muy bajo peso en pediatría de Atención Primaria BOL. S Vasco-Nav Pediatr 2002; 36: 54-58
7. Pérez-Olarte P. Evaluación y manejo del niño con retraso psicomotor. Revista Pediatría Integral 2003;7(8):557-566
8. Escalona- Aguilera JR, López-García M, Impacto de un programa sobre estimulación temprana en niños bajo peso al nacer. Policlínico "José Martí", Gibara. 2008. Rev. Ped. Elec. [en línea] 2011; 8(1) ISSN 0718-0918
9. Moreno-Mora R, Pérez-Díaz C. Impacto de un proyecto comunitario de Estimulación Temprana en el neurodesarrollo en niños de la Habana Vieja. Rev Haban Cienc Méd La Habana, 2008;7(4) Tomado de http://www.ucmh.sld.cu/rhab/rhcm_vol_7num_4/rhcm11408.pdf
10. Pitcher JB, Robertson AL, Cockington RA. Prenatal Growth and Early Postnatal Influences on Adult Motor Cortical Excitability. Pediatrics 2009;124:128-136