





UNIVERSIDAD
FASTA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
LICENCIATURA EN FONOAUDIOLÓGÍA



ANÁLISIS FONOAUDIOLÓGICO DEL DESEMPEÑO COGNITIVO, LINGÜÍSTICO Y MOTOR EN NIÑOS PREMATUROS

GARRERA SILVINA ANDREA - LOJDA MARIA LAURA

TUTORA

Lic. Mónica Dudok

ASESORAMIENTO METODOLÓGICO

Dra. Mg. Vivian Minnaard

Lic. Mariana González

Lic. Carla Bravo

2022



*“...el pensamiento no se expresa a través de las palabras,
sino que se gesta en ellas”*

Lev Vygotsky (s.f)

Dedicatoria

A nuestros padres que nos impulsaron,
a nuestra familia que nos acompaña
y a nuestros pacientes que mantienen viva nuestra motivación.

Agradecimientos

A nuestros maestros, que han sido guía e inspiración.

A los padres de nuestros pacientes, por la confianza.

A ellos, nuestros pequeños pacientes, que dan sentido a la tarea.

Resumen

El nacimiento prematuro constituye un factor de riesgo biológico que puede incidir en el aspecto madurativo, afectando, entre otras áreas el lenguaje, la cognición y el desarrollo motor.

Objetivo: Analizar el desempeño cognitivo, comunicativo-lingüístico y motor en niños prematuros entre los 11 a 33 meses de edad, que asisten a consulta fonoaudiológica en la ciudad de Campana desde el 2015 al 2022.

Materiales y métodos: Investigación descriptiva observacional, no experimental, transversal. Se realizó el análisis de las historias clínicas en una muestra de doce niños prematuros de entre 11 y 33 meses de edad, evaluados en consulta privada en la ciudad de Campana desde el 2015 a 2022, seleccionados en forma no probabilística por conveniencia.

Resultados: 9 de los 12 niños de la muestra presentan índices cognitivos de rendimiento medio, es decir que no exhiben déficit cognitivo al momento de la evaluación. En el área del lenguaje, la mitad de los niños evaluados presenta un desempeño lingüístico dentro de la media esperable, manifestando habilidades preverbales y verbales acordes a la edad, la otra mitad exhibe compromiso lingüístico de distinto grado, viéndose demorado el desarrollo del lenguaje con mayor compromiso de la vertiente expresiva. En la escala motora menos de la mitad de la muestra evidencia índices correspondientes a un nivel medio de rendimiento, en el resto de los casos se registró compromiso motor de distinto tipo, con afectación de la motricidad fina, gruesa o de ambas.

Conclusiones: Los niños prematuros componen una población vulnerable a presentar dificultades en alguna de las áreas del desarrollo, por ello se considera necesario evaluar tempranamente y realizar seguimiento periódico de las habilidades cognitivas, lingüísticas y motoras. La detección a tiempo de patrones atípicos en la evolución permitirá implementar intervenciones oportunas que disminuyan el impacto que la prematurez pueda tener en la maduración del niño.

Palabras claves: prematuro–desarrollo motor–cognición–lenguaje – prevención

Índice

Introducción	7
Estado de la cuestión.....	10
Material y método.....	22
Resultados.....	24
Conclusiones.....	73
Bibliografía.....	76



INTRODUCCIÓN



Introducción

Según datos publicados por la Organización Mundial de la Salud, uno de cada 10 nacimientos se da en forma prematura a nivel mundial. Se considera prematuro a todo bebé que nace antes de las 37 semanas de gestación, clasificándose en subcategorías de acuerdo a la edad gestacional y peso al nacer (OMS, 2018)¹.

La prematurez constituye un factor de riesgo biológico que incide directamente en la tasa de mortalidad y morbilidad infantil. Las condiciones asociadas al parto prematuro son hemorragia intracraneana, episodio hipóxico isquémico, hiperbilirrubinemia, displasia broncopulmonar, requerimiento de asistencia respiratoria mecánica, entre otras. Éstas predisponen a una labilidad que a corto o largo plazo puede afectar, entre otras áreas del desarrollo, al lenguaje y a la cognición.

Los avances médicos, tecnológicos y el desarrollo de los cuidados neonatales de las últimas décadas, han permitido un aumento de la sobrevivencia de los recién nacidos prematuros (Matos Alviso, 2021)². Sin embargo, los riesgos de verse afectado el neurodesarrollo no han acompañado en igual medida a esta mayor sobrevivencia, volviendo vulnerable a esta población de padecer retrasos y/o trastornos secundarios a su prematurez (Farias et al., 2017)³.

“La prematurez tiene efectos a lo largo de la vida aumentando los riesgos de padecer complicaciones neuromotoras, cognitivas, trastornos en la comunicación y en el lenguaje, alteraciones en la conducta y dificultades en la socialización, entre otras”. (Farias et al., 2017, p. 39)⁴

El desarrollo del sistema nervioso central intra-útero se interrumpe al llegar a la vida antes del término del embarazo, dado que las estructuras y funciones cerebrales continúan en formación hasta la semana 40 de gestación. La evidencia científica señala que los niños prematuros presentan alteraciones estructurales y funcionales a nivel de la maduración cerebral que pueden ocasionar dificultades en distintas áreas del neurodesarrollo (Mento y Nosarti, 2015, como se cita en Menendez Maissonave y Herrera, 2019)⁵.

El lenguaje es una función compleja que se construye a partir de bases necesarias, como estructuras neurobiológicas aptas, y el sustento de funciones neuropsicológicas competentes tales como atención, cognición, memoria, funciones ejecutivas, en interrelación con estímulos ambientales favorecedores. Durante los dos primeros años de vida, el ser humano construye el conocimiento del mundo a partir de la información que percibe a través

¹ Se estima que cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros y esta cifra va en aumento.

² Actualmente logran sobrevivir niños a partir de las 22 semanas de gestación de menos de 1000 grs. que hace tres décadas no sobrevivían.

³ Cuanto menor sea el peso y la edad gestacional, mayor es el riesgo de que se den alteraciones del desarrollo.

⁴ La detección temprana de comorbilidades en el desarrollo a causa de la prematurez permitirá adoptar medidas de intervención oportunas y específicas.

⁵ Las dificultades pueden ser sensoriales visuales y auditivas, psicomotoras, del lenguaje, del aprendizaje.

Introducción

de los sentidos. De este modo, comienza a organizar imágenes mentales como parte constitutiva de los significados, a los que posteriormente asociará con sus respectivas etiquetas verbales.

Las habilidades cognitivas que promueven la adquisición del lenguaje son la atención selectiva, las acciones dirigidas hacia un objetivo, la sistematicidad y la abstracción. Es decir que, el niño dispone de una capacidad cognitiva general que da sustento a la interacción con el adulto y le permite establecer relaciones con los objetos y acontecimientos que lo rodean. Es así, que va dominando los sistemas simbólicos y obteniendo los mecanismos necesarios para la adquisición del lenguaje (Aguado, 2000, como se cita en Cerdas Núñez y Murillo Rojas, 2017)⁶. Por consiguiente, el desarrollo cognitivo y el desarrollo del lenguaje, se encuentran íntimamente relacionados. El pensamiento y el lenguaje son funciones mentales que se sustentan mutuamente.

Considerando todo lo enunciado, se plantea el siguiente problema de investigación: ¿Cómo es el desempeño cognitivo, comunicativo-lingüístico y motor en niños prematuros evaluados entre los 11 a 33 meses de edad, que asisten a consulta fonoaudiológica en la ciudad de Campana desde el 2015 al 2022?

El objetivo general es:

-Analizar el desempeño cognitivo, comunicativo-lingüístico y motor en niños prematuros entre los 11 a 33 meses de edad, que asisten a consulta fonoaudiológica en la ciudad de Campana desde el 2015 al 2022.

Los objetivos específicos son:

- Identificar el desempeño cognitivo en habilidades visoejecutivas, de juegos y capacidad de resolución de problemas, en los niños prematuros.
- Determinar el desarrollo comunicativo receptivo en los niños prematuros.
- Examinar el desarrollo comunicativo expresivo en niños prematuros de entre 11 y 33 meses de edad.
- Indagar el nivel de desarrollo motor fino en los niños prematuros.
- Evaluar el desempeño motor grueso en niños prematuros de entre 11 y 33 meses de edad.

⁶ En la etapa prelingüística se distinguen cuatro elementos interrelacionados, que son el desarrollo perceptivo, el desarrollo cognitivo, la afectividad y los formatos y primeras interacciones.



ESTADO DE LA CUESTIÓN



Estado de la cuestión

El número de nacimientos prematuros, en los últimos años, se mantiene en aumento a nivel mundial. En Argentina, el informe nacional de relevamiento epidemiológico, indicó una tasa del 9,9 % de nacimientos prematuros en 2014 (Segundo informe nacional de relevamiento epidemiológico SIP-Gestión, 2018)⁷. En 2019, se registraron en Argentina, 55.709 nacimientos antes de la 37 semana de gestación, sobre un total de 625.441 nacidos vivos, representando una tasa de prematuridad del 8,9%. Los nacimientos antes de término representan un elevado porcentaje como causa de mortalidad infantil y discapacidad en edades tempranas. En el acto central dentro del marco de la semana de la prematuridad, bajo el lema “Cuidar para prevenir”, representantes del área de salud del estado nacional, con la cooperación de asociaciones científicas de todo el país, presentaron los lineamientos para la prevención y el cuidado de la salud durante la gestación y la primera infancia, destacando la importancia de prevenir el nacimiento pre término y, cuando este acontece, brindar al niño los cuidados necesarios para minimizar los riesgos de alteraciones en su salud (Ministerio de Salud de la Nación, 2021)⁸.

Se reconoce a la prematuridad como el nacimiento producido antes de las 37 semanas de gestación, se establece la siguiente clasificación: prematuros extremos, nacidos antes de las 28 semanas; muy prematuros, nacidos entre las 28 y las 32 semanas y prematuros moderados a tardíos, nacidos entre las 32 y 37 semanas. Considerando que también el bajo peso al nacer conlleva riesgos para el desarrollo, en función del peso se propone esta división: bajo peso, por debajo de los 2500 gramos; muy bajo peso, inferior a 1500 gramos y extremado bajo peso, por debajo de 1000 gramos (Rojas y López, 2018, como se cita en Fernández-Cano Rodríguez, 2021)⁹.

Existen una multiplicidad de factores de riesgo para un parto prematuro, pero entre los factores maternos más destacables se encuentran la incompetencia cervical por alteraciones del cérvix uterino, la preeclampsia o hipertensión del embarazo, enfermedad materna grave como diabetes, cardiopatía, anemia, las madres muy delgadas con un índice de masa corporal inferior a 19 que se asocia a disminución del flujo uterino por mal nutrición, también la obesidad ya que el tejido adiposo produce proteínas inflamatorias que desencadenan el parto espontáneo, el factor de la edad de

⁷ El porcentaje de distribución por jurisdicción muestra a la provincia de San Juan en el límite inferior, con una incidencia del 7,2 %, y a Formosa en el extremo superior, con un 15,4 % de prevalencia de prematuridad.

⁸ La Ley Nacional de Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia 27.611, también denominada Ley de los Mil Días, amplía derechos de las personas gestantes y de los niños en sus primeros tres años de vida.

⁹ Las clasificaciones según la edad de gestación y el peso al nacer pueden combinarse entre sí, la correlación entre edad gestacional y bajo peso, aumentan los riesgos de que se instalen problemas en el desarrollo.

Estado de la cuestión

la madre inferior a 20 años o superior a los 40 años, nivel sociocultural bajo, depresión, el consumo excesivo de alcohol, el abuso de drogas, tabaco u otros tóxicos, la conducción irresponsable, antecedentes de otros partos pretérmino, infecciones urinarias o genitales (Ricaurte Jijón, Larrea Ricaurte, 2021)¹⁰.

La prematuridad constituye la primera causa de mortalidad en los niños de menos de 5 años. Se estipula que, de los 15 millones de niños prematuros que nacen cada año en el mundo, más de un millón muere por complicaciones relacionadas a esta condición debido a la complejidad suscitada por la inmadurez de los órganos y del funcionamiento fisiológico de éstos. Pero la prematuridad no solo es causa importante de muerte, sino también de daños, alteraciones fisiológicas y del neurodesarrollo con consecuencias persistentes que pueden traducirse en discapacidad (Matos Alviso et al., 2021)¹¹.

Entre las condiciones fisiológicas y principales trastornos asociados a la prematurez, la patología respiratoria es la primera causa de morbimortalidad de esta población de niños, dada por la inmadurez neurológica central y debilidad de la musculatura respiratoria. Dentro de los problemas respiratorios se encuentran el síndrome de distrés respiratorio, que produce una dificultad creciente para respirar; el desarrollo incompleto de los pulmones; las apneas; las alteraciones del patrón respiratorio que dan lugar a una respiración irregular, rápida, baja o deficiente; la enfermedad de membrana hialina, provocada por la inmadurez pulmonar; y la displasia broncopulmonar, que provoca trastornos respiratorios crónicos a largo plazo por lesión del tejido pulmonar (Segovia Gómez, 2014)¹².

Dentro de la patología gastrointestinal la enterocolitis necrotizante es la más frecuente, a causa de una combinación de factores de maduración, vasculares, hipoxémicos e infecciosos. Además, pueden darse trastornos de tolerancia con escasa capacidad gástrica, reflujo gastroesofágico, motilidad del intestino lenta y retraso en las evacuaciones. Por otro lado, la inmadurez hepática y el retraso del tránsito digestivo facilitan la hiperbilirrubinemia. El sistema inmune del recién nacido prematuro, es incompetente, inespecífico e ineficaz, lo cual facilita la aparición de sepsis con focos secundarios que comprometen gravemente su pronóstico. También son muy frecuentes

¹⁰ El sangrado en el segundo y tercer trimestre del embarazo es un síntoma clínico crítico que alerta sobre complicaciones como la ruptura prematura de membranas o la amenaza del parto prematuro.

¹¹ El acontecimiento de nacimientos prematuros no sólo implica a la salud materna, sino que abarca factores socioambientales, públicos, políticos y económicos.

¹² El síndrome de distrés respiratorio es producido por la falta de suficiente producción de surfactante en los pulmones, sustancia que impide que los alvéolos se colapsen.

las alteraciones metabólicas que producen dificultades para la regulación de la temperatura, determinadas por un metabolismo basal bajo con poca producción de calor, disminución de la grasa corporal y deficiente control vasomotor que condiciona la hipotermia. Además, la inmadurez renal limita la reabsorción adecuada de sodio y agua, el metabolismo del calcio fosfórico es insuficiente y debe ser regulado con aportes de vitamina D para corregir la desmineralización ósea y evitar la osteopenia del prematuro. Los escasos depósitos de glucógeno, y la falta de los aportes de glucosa materna al nacer, producen un descenso brusco de la glucemia dando lugar a la hipoglucemia, mientras que los prematuros más extremos presentan dificultades para regular la insulina, condicionando a la hiperglucemia. Como trastornos endocrinos, de acuerdo con el grado de inmadurez de la glándula tiroides, puede darse un hipotiroidismo transitorio o subyacente. Como patología oftalmológica se halla la retinopatía del prematuro, que en su grado más extremo provoca la ceguera, ocasionada por la detención de la vascularización de la retina, la oxigenoterapia y saturación restringida y el posterior crecimiento desordenado de nuevos vasos sanguíneos. Por otra parte, se encuentra la patología neurológica, determinada por la inmadurez del sistema nervioso central, siendo la hemorragia intraventricular, el infarto hemorrágico y la leucomalacia periventricular, las patologías más frecuentes. Una consecuencia de la inmadurez del sistema nervioso autónomo es la hipotensión arterial, patología cardiovascular ocasionada por la dificultad de éste para mantener un tono muscular adecuado, o por otros factores como la hipovolemia, la sepsis y la disfunción cardíaca (Matos Alviso et al., 2021)¹³.

Otras dificultades asociadas a la prematurez son las alteraciones visuales y auditivas. Como ya se mencionó, entre las más frecuentes se encuentra la retinopatía del prematuro, que se da con mayor incidencia en prematuros de menos de 30 semanas y de bajo peso. Por otro lado, y en íntima relación con el desarrollo del lenguaje, está la discapacidad auditiva. Se sostiene que la hipoacusia neurosensorial congénita aumenta su prevalencia en niños de menos de 32 semanas de gestación y de bajo peso al nacer (Hernández Satriano, 2021)¹⁴.

El desarrollo del sistema nervioso central, en cuanto a su estructura y funcionamiento, se ve afectado en el niño prematuro en la etapa prenatal, así como en la etapa postnatal temprana. La fase prenatal, incluye principalmente factores biológicos

¹³ Son frecuentes las afecciones fisiológicas, complicaciones respiratorias, oftalmológicas, cardíacas, gastrointestinales, metabólicas, inmunológicas y del neurodesarrollo que van desde alteraciones leves de las funciones cognitivas hasta la parálisis cerebral, retrasos del desarrollo psicomotor, sordera o hipoacusia neurosensorial.

¹⁴ A menor peso al nacer, mayor es el riesgo de padecer retinopatía o hipoacusia neurosensorial, y de más gravedad.

que se dan intraútero, y que no pueden completarse en los bebés que nacen antes de término, por ejemplo, la transmisión a través de la placenta, de sustancias maternas, no sólo nutricias, sino de otras, también esenciales, como las hormonas tiroideas. (Prezioso et al., 2018, como se cita en Magan Maganto, 2021)¹⁵. En tanto que, la fase postnatal, implica los eventos sensoriales a los que el bebé se expone en el medio extrauterino. En los niños que nacen antes de término, la maduración cerebral se ve alterada, y esto varía en función del grado de desarrollo que haya alcanzado el cerebro durante el tiempo gestacional, así como de la posible aparición de complicaciones asociadas al nacimiento prematuro, como la leucomalacia periventricular, hemorragia intraventricular, entre otras, aumentando entonces el riesgo de que se instauren dificultades neuroevolutivas. (Allen, 2008; Mwaniki et al., 2012, como se cita en Magan Maganto, 2021)¹⁶.

Al término del quinto mes gestacional, se completa la proliferación neuronal. Al final del primer semestre culmina la migración neuronal, proceso en el que las neuronas van desde las zonas centrales a la periferia para formar la corteza cerebral. A partir del sexto mes se dan las interconexiones neuronales, y así se van estableciendo los circuitos a través de las sinapsis, algunos de los cuales permanecen y otros desaparecen, por apoptosis o muerte celular programada, para dar lugar a otros más complejos. Esta organización dura varios meses y continúa después del nacimiento. Posteriormente, ocurre la mielinización, que comienza alrededor del nacimiento y se prolonga durante varios años. En cuanto a la organización cerebral, las regiones sensoriales y motoras primarias del cerebro se interconectan a través de fibras de asociación. A su vez, hay fibras interhemisféricas que conectan a las áreas homólogas de los dos hemisferios cerebrales. La corteza cerebral cuenta con una especialización tanto estructural como funcional, los sistemas sensitivos y motores tienen células especializadas que posibilitan un procesamiento rápido de la información y respuestas adecuadas (Montero, 2015)¹⁷. El avance en el desarrollo del sistema nervioso en el feto es continuo, y se acelera hacia el final de la gestación. Tal es así, que el peso del cerebro en la semana 34, es de sólo el 60%, en relación al que alcanza entre las semanas 39 a 41 y, además, aumenta cinco veces su volumen (Ceriani Cernadas, 2017)¹⁸. La escasa migración neuronal, la pobre mielinización de la sustancia blanca y el insuficiente

¹⁵ Las hormonas tiroideas transmitidas de la madre al feto parecen cumplir un rol importante en el desarrollo cortical.

¹⁶ El desarrollo intrauterino interrumpido impide que el bebé alcance el nivel de maduración neurobiológica suficiente para poder aprovechar luego la estimulación sensorial que le aportará el entorno extrauterino.

¹⁷ En la organización cerebral, las redes neuronales tienen una distribución topográfica que permite identificar áreas específicas: auditivas, visuales, motoras.

¹⁸ Los procesos de neurogénesis, sinaptogénesis, arborización dendrítica y proliferación de células gliales que se dan hasta la semana 41, determinan que la maduración neurológica continúe siendo muy activa en este período gestacional.

desarrollo de la sustancia gris, a consecuencia del nacimiento anticipado, también se asocia a una fragilidad considerable de la estructura vascular a nivel de la matriz germinal, aumentando la susceptibilidad a la hipoxia y a los cambios de tensión y de osmolaridad. Esto predispone a un sangrado subependimario frecuente, con aparición de hemorragia intraventricular o a infarto hemorrágico, en su forma más grave. La leucomalacia periventricular es otra lesión frecuente, que se da como consecuencia del daño hipóxico de la sustancia blanca, y alcanza una incidencia de entre el 1-3% en los niños pretérminos de muy bajo peso (Antúnez Ballesteros, 2017)¹⁹.

La experiencia, a partir de la influencia del ambiente, impacta sobre el funcionamiento cerebral que se organiza para recepcionar y responder a los estímulos. Las condiciones desfavorables que implican que el cerebro complete su desarrollo fuera del útero, pueden ocasionar alteraciones de la corteza frontal. Esta zona del cerebro se vincula con la atención, el aprendizaje, el autocontrol y, el procesamiento mental complejo; funciones en las que los niños prematuros pueden tener dificultades (Basso, 2018, como se cita en Menéndez Maissonave, 2020)²⁰.

Sumado a los riesgos biológicos descritos, se señala la presencia de riesgos psicológicos que aparecen en el niño nacido prematuramente como, la alteración de los estados de consciencia, el vínculo de apego, la sensibilidad al dolor, entre otros. El niño prematuro tarda en desarrollar la alerta tranquila que le permite estar receptivo para una interacción con su madre. Los patrones de sueño y vigilia están alterados, el sueño suele estar desorganizado y mostrar inquietud en sueño REM, cuando está despierto manifiesta somnolencia pudiendo no responder a la estimulación. Además, el llanto del bebé prematuro es más débil e inconsistente, lo cual hace que no llegue a ser un medio de comunicación eficaz para que los padres puedan satisfacer sus necesidades (Valle-Trapero et al., 2012, como se cita en Fernández Cano-Rodríguez, 2021)²¹.

En cuanto al vínculo de apego también se ve afectado dado que, la construcción natural del vínculo madre-hijo a través de los primeros momentos de contacto físico, se ve obstaculizada por la necesidad de estar en incubadora, con intervenciones médicas constantes, en la unidad de neonatología (Grau, 2005; Llorca y Sánchez, 2014; Rojas y López, 2018; Valle-Trapero et al., 2012, como se cita en Fernández Cano-Rodríguez,

¹⁹ Estas lesiones son causantes de diferentes dificultades en el neurodesarrollo del niño prematuro. Entre ellas se destacan, el deterioro de habilidades cognitivas; déficits motores, desde retraso motor leve hasta Parálisis Cerebral; alteraciones sensoriales, pérdida de visión y audición, y otros trastornos como el TEA o Trastorno por déficit de Atención-Hiperactividad.

²⁰ En estudios de resonancia magnética se detectó que, procesos primordiales del desarrollo cerebral, se ven detenidos por el nacimiento pretérmino, ocasionando una limitación en las capacidades cognitivas de los niños.

²¹ Los estados de consciencia de un recién nacido a término son diferentes a los de un prematuro, en el cual se presentan desregulados o desorganizados.

2020)²². Las intervenciones médicas durante la internación en cuidados intensivos neonatales son necesarias para salvaguardar la vida del niño prematuro, pero implican mucha manipulación e invasión hacia su cuerpo, produciéndole dolor, dejándole huellas corporales, cicatrices, generándole áreas especialmente sensibles (Jornadas AEC 2020, 2020, como se cita en Fernández Cano-Rodríguez, 2020)²³.

Si bien los avances científicos y tecnológicos han logrado mejorar la calidad de vida y la rehabilitación de los niños nacidos pretérmino, solo en la gestación completa dentro del vientre materno, el cerebro dispone de las condiciones justas y necesarias para desarrollarse adecuadamente. Cuando el desarrollo y crecimiento cerebral debe darse anticipadamente fuera del útero, queda expuesto a una carga sensorial aumentada capaz de afectar al sistema neurológico inmaduro y por ende al neurodesarrollo (Narberhaus et al., 2007; Egan, Quiroga, Chattás, 2012; Fernández et al., 2012, como se cita en Flórez, Cano, 2016)²⁴.

“La literatura acerca del desarrollo neuropsicológico de niños con antecedente de prematuridad es escasa, sin embargo, hay cierto consenso al señalar que la interrupción de los procesos madurativos que se dan en el ambiente intrauterino por parto prematuro afecta negativamente el desarrollo neurológico posterior” (Flórez, Cano, 2016, p. 203)²⁵.

En resumidas cuentas, los cambios estructurales y funcionales en el sistema nervioso suceden en etapas tempranas de la vida. La condición de prematurez actúa entonces como factor preponderante y predisponente para la alteración del desarrollo cerebral y de los procesos normales del neurodesarrollo, decisivos para el desarrollo cognitivo posterior (Narberhaus et al. 2007; Castaño, 2011; Mento y Biasiacci, 2012, como se cita en Torres-González et al., 2016)²⁶

En vista de ello, se calcula que entre el 10 y el 50% de los casos de prematurez sufre de algún grado de discapacidad intelectual. La mayoría de los estudios reportan que la media del coeficiente intelectual se encuentra en el promedio bajo, pero con diferencias muy significativas en comparación con niños de la misma edad nacidos a

²² La alteración de las expectativas de los padres junto a la preocupación y ansiedad por el estado de salud del bebé dificultan el establecimiento de un apego seguro.

²³ Los bebés prematuros requieren vías y sondas para alimentarse con suero o retirar mucosidades, reciben pinchazos en los pies para hacer pruebas y análisis, lo cual crea huellas de dolor en distintas zonas de su cuerpo.

²⁴ El recién nacido pretérmino posee mecanismos para protegerse de la estimulación inapropiada, pero a menor edad gestacional menor es esta capacidad de defensa y la persistencia de estímulos nocivos puede llevarlo a la desorganización.

²⁵ El desarrollo cognitivo y comportamental de los niños prematuros muestra diferencias en comparación con los niños nacidos a término.

²⁶ La prematurez constituye un factor de riesgo de daño cerebral que puede afectar el desarrollo intelectual con consecuencias significativas para la calidad de vida.

término. Estos déficits cognitivos se asocian al daño difuso de la sustancia blanca, patología cerebral más común en esta población, dado el papel fundamental que tiene ésta en la conectividad funcional cerebral. El desarrollo cognitivo de los niños prematuros resulta de una intrincada combinación entre factores biológicos y socioambientales. Las diferencias en el desarrollo cognitivo de esta población pueden ser atribuidas, entre otros factores, a la severidad de las injurias cerebrales padecidas, a la atención médica recibida, a la intervención terapéutica temprana y los contextos sociales más favorecidos (Torres-González et al., 2016)²⁷.

Un estudio de revisión sistemática sobre factores de riesgo para déficits de neuro desarrollo en niños nacidos pretérmino y de muy bajo peso, consolidó evidencia acerca del riesgo de déficit en los dominios de la cognición, lenguaje, función motora, conducta, audición y visión. La prematurez tiene un efecto nocivo sobre todos los dominios del neurodesarrollo. Mientras que la parálisis cerebral y los déficits sensoriales, ceguera y sordera, son las secuelas más severas de alteración del neurodesarrollo, los déficits cognitivos constituyen las secuelas más prevalentes en la población de niños pretérmino y de muy bajo peso, siendo el puntaje de cociente intelectual, en niños prematuros sin discapacidad severa en edad escolar, consistentemente más bajo que el de los niños de término. Por otra parte, los niños prematuros son más propensos a desempeñarse peor en tareas de atención y función ejecutiva y a manifestar problemas de lenguaje comprensivo y expresivo, en comparación con sus pares de término (Linsell et al., 2015)²⁸. Otros estudios señalan que las principales dificultades del desarrollo de los niños prematuros moderados y tardíos son en el área cognitiva, de la cual derivan dificultades en las habilidades escolares, dificultades de aprendizaje, necesidad de implementación de dispositivos de apoyo educacional, problemas del comportamiento y déficit de atención (Morse et al., 2009, Talge et al., 2010, Linnet et al., 2006, como se cita en Schonhaut et al., 2012)²⁹. Investigaciones más recientes sobre los procesos cognitivos alterados que subyacen al bajo rendimiento intelectual en niños prematuros, han señalado un funcionamiento atípico en dominios como la atención, la memoria, las funciones ejecutivas y la velocidad de procesamiento (Sansavini et al. 2013; Aarnoudse-

²⁷ Las secuelas moderadas o ligeras cobran relevancia en la edad preescolar manifestándose como problemas conductuales, cognitivos o pobre funcionamiento intelectual.

²⁸ Los problemas del desarrollo cognitivo y del lenguaje significan que muchos niños prematuros pueden estar en riesgo de dificultades académicas y reducido potencial de oportunidades a lo largo de la vida.

²⁹ El riesgo de bajo rendimiento cognitivo no puede atribuirse solo a la exposición prematura del cerebro al ambiente extrauterino, sino a las noxas perinatales acaecidas que producen una menor organización neuronal.

Moens et al. 2013; Lahat et al. 2014; Murray et al. 2016; Gnigler, et al. 2015, como se cita en Torres-González, 2016)³⁰.

Por otra parte, en la psicología del desarrollo de la infancia, han existido distintas conceptualizaciones de la inteligencia, desde los precursores hasta las teorías actuales. Desde Wallon, quien afirma que el medio al cual se debe adaptar el niño es biológico, físico y también social; Vygotsky, que otorga importancia al contexto social afirmando que el niño desarrolla su inteligencia a través del intercambio con otros y Piaget, que dio origen a la teoría constructivista por la cual el niño construye su inteligencia a través de la interacción con su medio ambiente, evolucionando por etapas, de un estadio a otro, de lo concreto a lo abstracto (Oberman et al., 2012, como se cita en Suarez Ortiz, 2015)³¹.

Para Piaget, la etapa que va del nacimiento hasta la adquisición del lenguaje es la de la construcción de la inteligencia en un plano sensoriomotor, a través de las acciones y de los sentidos. Plantea dos grandes períodos, divididos en antes y después de la constitución de la función simbólica, que aparece entre los 16 y 20 meses de edad. El primer período se denomina inteligencia sensoriomotriz y se define como la capacidad de resolver los problemas a partir de actividades en las que intervienen la percepción, las actitudes, el tono y los movimientos sin evocaciones simbólicas, es decir, antes de la aparición del lenguaje verbal que permita expresar el pensamiento. En este período el niño comienza paulatinamente a relacionar objetos y actos, a distinguir los medios de los fines, se da cuenta de los resultados obtenidos y hacia el final utiliza procesos de inferencias (Oberman, Paolini y Mansilla, 2012)³². Los diferentes estadios del desarrollo intelectual propuestos por esta teoría son, el sensorio- motriz, que va desde el nacimiento a los 2 años; el de las operaciones concretas, que va de los 2 a los 11 años, dentro del que se identifican la fase preoperatoria y la de las operaciones concretas propiamente dicha, y el de las operaciones formales, de los 12 años en adelante. Así es que, el desarrollo intelectual del niño comienza desde los reflejos innatos, que gradualmente se van transformando en una estructura de esquemas, a partir del intercambio con los elementos de la realidad, permitiendo la diferenciación entre el yo y el mundo de los objetos. Por el ejercicio y la coordinación de estos esquemas, llegará al descubrimiento de procesamientos mentales, dando lugar a la conducta intencional y a la representación mental de la realidad. Un logro importante en esta etapa, es la

³⁰ La afectación de estos dominios ha sido asociada a las anomalías en la sustancia blanca.

³¹ La teoría constructivista está basada en tres orientaciones: una orientación cognitiva, una visión estructuralista y una visión constructivista que supera las teorías conductistas e innatistas principales de la época.

³² El proceso de construcción de la inteligencia sensorio-motriz constituye junto a las áreas de motricidad, coordinación, lenguaje y social la quinta área del desarrollo de un niño.

capacidad de reconocer que los objetos permanecen a pesar de desaparecer momentáneamente. Así, con el surgimiento de la función simbólica, el niño comienza a hacer uso de pensamientos sobre hechos u objetos no presentes. Empieza a utilizar esquemas representativos como el lenguaje, el juego simbólico, la imaginación y el dibujo. A partir de este momento el lenguaje tendrá un gran desarrollo convirtiéndose en un instrumento que posibilitará logros cognitivos posteriores (Saldarriaga-Zambrano, Bravo-Cedeño y Loo-Rivadeneira, 2016)³³.

Dicho en otros términos, el ser humano percibe y discrimina a través de sus sentidos, los estímulos que recibe del entorno, y esta información se convierte en conocimiento. Estos saberes se asientan en la memoria, para ser recuperados cuando sea necesario, y aplicados en distintas situaciones. Las potencialidades cognitivas permiten tomar datos de la realidad, que luego se trasladarán al lenguaje. El lenguaje irrumpe en la cognición, y ambos se combinan para la adquisición del conocimiento. A medida que va dominando el lenguaje, el niño va entendiendo el mundo. A su vez, la estructura cognitiva se dinamiza mediante el lenguaje, ya que, por un lado, el pensamiento se va ordenando a modo de estructuras, y por el otro, estas estructuras se desacomodan y reacomodan para adaptar el conocimiento nuevo al que ya se tenía archivado. El lenguaje hace posible que el conocimiento del medio no se limite a lo que descubren los sentidos, sino que se pueda pasar de la realidad concreta al pensamiento en donde tienen lugar las representaciones mentales. Se pueden distinguir dos tiempos en el procesamiento mental, en primer lugar, se da la comprensión lingüística, y en segundo término, la producción oral (Herrera, 2016)³⁴.

Hay una serie de habilidades que despliegan los bebés, antes de la emergencia del habla, que son precursores necesarios para el desarrollo comunicativo y lingüístico posterior. Estos son, patrones de atención, como el contacto visual y el sostenimiento de una actividad; control instruccional, en el cumplimiento de órdenes simples, primero asociadas a gestos y luego verbales puras; patrones de imitación, motora gruesa, motora fina, gestual, y verbal; y hábitos de cooperación, en juegos sociales de referencia conjunta, actividades de la vida diaria, toma de turnos y roles. En el bebé de entre 4 y 6 meses, surge la intención comunicativa, que precede a la comunicación a través de gestos y al uso de vocalizaciones para demandar algo al adulto. Esta comunicación no verbal se despliega durante el primer año de vida y es necesaria para el desarrollo del lenguaje. Volviendo al desarrollo cognitivo, entre los 18 y 24 meses, en los últimos

³³ Cada una de estas supone una forma de equilibrio cualitativamente diferente de las otras, lo que permite una caracterización específica del desarrollo cognoscitivo.

³⁴ El lenguaje y la cognición actúan de manera conjunta y coordinada para perfeccionar las habilidades mentales, teniendo como finalidad la adquisición de nuevos conocimientos.

subestadios del período sensoriomotor, los niños evidencian una clara evolución en la capacidad de comprensión simbólica, es decir, su lenguaje comprensivo está en pleno avance. Poco a poco, van desarrollando la función simbólica, lo cual ocurre desde los 18 meses hasta los 4 años, etapa en la que se despliega el juego simbólico (Cordero Benito, 2016)³⁵.

En el desarrollo del lenguaje se distingue una primera etapa preverbal, en la que los niños se comunican a través de elementos no lingüísticos, principalmente miradas y gestos, y otra verbal, que se inicia con el uso de las primeras palabras con sentido hacia los 12 a 18 meses y se extiende a lo largo de toda la vida. Cuando se habla del lenguaje, en general, se hace referencia al aspecto expresivo, sin embargo, lo que subyace y da soporte a la producción verbal, es la comprensión, la cual presupone distintos niveles progresivos, desde la comprensión contextual y gestual, la lexical, la morfosintáctica, hasta la inferencial y discursiva. En relación a la expresión, hacia los 2 años, considerando variaciones individuales, es esperable un repertorio léxico de cincuenta palabras aproximadamente. Este crecimiento del vocabulario depende de las habilidades cognitivas, las condiciones culturales y sociales del entorno y la capacidad para procesar y asociar las producciones verbales que escucha de otros y ensamblarlas con las propias. Alrededor de los 2 años, se produce el comienzo del desarrollo de la morfosintaxis con la combinación de dos palabras, y hacia los 30 meses, va aumentando la extensión a emisiones elementales de tres palabras. Entre los 30 y 36 meses, comienzan a organizarse frases con cuatro o más elementos, incluyéndose el uso de preposiciones, artículos determinantes, marcadores de género y número, adverbios y pronombres. Entre los 36 y 42 meses, las frases son más extensas. Entre los 42 y 54 meses puede organizar correctamente oraciones simples y complejas. Hacia los 60 meses, el discurso del niño es narrativo (Maggio, 2020)³⁶.

Recapitulando, para que se construya el lenguaje deben darse una serie de requisitos, tales como la indemnidad del sensorio auditivo, capacidad de mantenimiento de la atención y escucha activa, contacto a través de la mirada, emisión de gestos y vocalizaciones, y adecuada estimulación del entorno. Ahora bien, como ya se ha mencionado, el nacimiento pretérmino impone condiciones de riesgo biológico, psicoafectivo y social que pueden condicionar la presencia de estos prerrequisitos, impactando en el desarrollo cognitivo, comportamental y/o lingüístico del niño. En una investigación realizada sobre 201 niños de 24 meses de edad corregida, mediante

³⁵ Al final del primer año, con el desarrollo gestual, el bebé comienza a adquirir las funciones comunicativas que le permitirán transmitir distintas intenciones.

³⁶ La construcción del lenguaje resulta de un proceso complejo, que se inicia en el nacimiento y se completa hacia los 5 o 6 años, para continuar perfeccionándose durante toda la vida.

estudios de imágenes por resonancia magnética en comparación con los resultados obtenidos en la Escala Bayley III, se concluyó que, entre los 24 y 30 meses, un menor volumen cerebral se asocia a lenguaje pobre, disminución en la memoria y el desarrollo cognitivo, y alteraciones en las funciones ejecutivas. También se encontró una correlación entre menor volumen del hipocampo y descenso en las puntuaciones de la escala mental (Cheong et al., 2016, como se cita en Díaz Fidalgo, 2020)³⁷.

El antecedente de prematurez puede afectar el ritmo global de desarrollo, y particularmente, el desempeño del niño en habilidades de comunicación y lenguaje en estadios tempranos, con posibles consecuencias sobre el aspecto cognitivo, conductual y socio afectivo. Se han encontrado diferencias entre niños prematuros y nacidos a término, en cuanto al desarrollo del lenguaje, aunque este contraste no siempre indica una desviación del patrón de desarrollo esperable, sino que las diferencias radican más en el ritmo de desarrollo. Lo cierto es que, probablemente, esta población necesite de la intervención fonoaudiológica en los primeros años, siendo ésta, la disciplina que se ocupa de propiciar, prevenir y atender a todas las alteraciones relacionadas con la comunicación y el lenguaje (Hernández Satriano, 2021)³⁸.

³⁷ La conclusión de esta investigación determinó que los prematuros moderados y tardíos obtuvieron resultados similares entre sí, pero alejados de los alcanzados por el grupo de nacidos a término.

³⁸ No se cuenta con suficientes proyectos de investigación que hayan estudiado el desarrollo del lenguaje en todos sus niveles, en la población de niños prematuros hispanohablantes.



MATERIAL Y MÉTODO



Material y método

La investigación se desarrolla en forma descriptiva observacional, ya que estudia en forma independiente, el desempeño cognitivo, el desarrollo lingüístico comprensivo, expresivo y el desarrollo motor, en niños prematuros de entre 11 y 33 meses de edad. El tipo de diseño de la misma es no experimental, dado que no se manipulan las variables; y es transversal, ya que los datos se registran por única vez.

La población está conformada por todos los niños prematuros entre 11 y 33 meses de edad evaluados en consulta privada en la ciudad de Campana desde el 2015 al 2022.

La unidad de análisis es cada uno de los niños prematuros entre 11 y 33 meses de edad evaluados en consulta privada en la ciudad de Campana desde el 2015 al 2022. La muestra está conformada por 12 niños prematuros entre 11 y 33 meses de edad evaluados en consulta privada en la ciudad de Campana desde el 2015 a los 2022 seleccionados en forma no probabilística por conveniencia. Los datos de los niños se obtienen de las historias clínicas de pacientes prematuros de menos de 35 semanas de gestación, con un peso menor a 2500 grs, evaluados entre los 11 y 33 meses de edad cronológica. Se excluyeron las historias clínicas de aquellos niños con antecedentes de prematuridad que presentaran diagnóstico de patología neurológica, sindrómica o sensorial auditiva o visual, al momento de la evaluación.

El instrumento utilizado para la recolección de datos es el test de desarrollo de Nancy Bayley III, cuyos resultados para cada una de las escalas evaluadas, se encuentran disponibles en las historias clínicas de los niños integrantes de la muestra.

Las variables que se estudian son:

- Características del desempeño cognitivo
- Características del desarrollo comunicativo receptivo del lenguaje
- Características del desarrollo comunicativo expresivo del lenguaje
- Nivel de desarrollo motor fino
- Nivel de desarrollo motor grueso



RESULTADOS



Resultados

A continuación, se presentan los resultados que surgen de la información extraída de las historias clínicas de los niños prematuros que forman parte de la presente investigación.

Tabla N° 1. Caracterización de los niños analizados n:12

PACIENTE	SEXO	E. G.³⁹ en sem	PESO (grs.)	GRADO PREMATUREZ	E. C.⁴⁰ (meses)	EDAD. CORREGIDA⁴¹
P1	F	28	725	EXTREMO	11	8
P2	M	34	2215	MODERADO	12	11
P3	F	31	1656	MUY PREMATURO	14	12
P4	F	31	1573	MUY PREMATURO	14	12
P5	M	29	1400	MUY PREMATURO	15	12 y 1/2
P6	F	34.5	1925	MODERADO	17	16
P7	M	30	1480	MUY PREMATURO	20	17 y 1/2
P8	F	33	2444	MODERADO	20	18
P9	M	33	2330	MODERADO	21	19
P10	F	30	994	EXTREMO	26	23 y 1/2
P11	F	30	1455	MUY PREMATURO	33	33
P12	M	28	920	EXTREMO	33	33

Fuente: elaborado sobre los datos de la investigación

En un primer momento se presenta una descripción de la muestra estudiada en relación a sexo, edad gestacional expresada en semanas, peso al nacer, grado de prematurez, edad cronológica y edad corregida al momento de evaluación. La muestra está conformada por 12 niños, 7 mujeres y 5 varones, entre 11 y 33 meses de edad cronológica. En cuanto al grado de prematurez, en función de la edad gestacional y el peso de nacimiento, se compone de 3 niños prematuros extremos, 5 niños muy prematuros y 4 niños prematuros moderados.

En la siguiente tabla se presentan los resultados obtenidos en la Escala Cognitiva en toda la muestra.

³⁹ Edad gestacional, expresada en semanas.

⁴⁰ Edad cronológica, expresada en meses

⁴¹ Edad corregida: ajuste de la edad que se realiza en los niños prematuros. Se calcula restando a la edad cronológica, el tiempo de prematuridad. Esta corrección se lleva a cabo hasta los 24 meses o 24 meses y medio.

Tabla N° 2. Puntuación Compuesta (PC), Puntuación Escalar (PE) y Edad Equivalente (EE). Datos obtenidos por Escala Cognitiva del Test de Bayley III.

	ESCALA COGNITIVA				GRADO PREMATUREZ
	PC ⁴²	PE ⁴³	EE ⁴⁴	NIVEL	
P1	90	8	8	Medio	EXTREMO
P2	85	7	9	Medio Bajo	MODERADO
P3	100	10	12	Medio	MUY PREMATURO
P4	100	10	12	Medio	MUY PREMATURO
P5	100	10	14	Medio	MUY PREMATURO
P6	105	11	18	Medio	MODERADO
P7	85	7	17	Medio Bajo	MUY PREMATURO
P8	100	10	19	Medio	MODERADO
P9	100	10	19	Medio	MODERADO
P10	100	10	25	Medio	EXTREMO
P11	95	9	30	Medio	MUY PREMATURO
P12	65	3	17	Muy Bajo	EXTREMO

Fuente: elaborado sobre los datos de la investigación

En la evaluación de la escala cognitiva mediante el test Bayley III, 9 de los niños de la muestra manifestaron un nivel de rendimiento medio al obtener una puntuación compuesta igual o superior a 90; 2 de los niños consiguieron un nivel de rendimiento medio bajo con puntuaciones compuestas de 85 ubicándose dentro del primer desvío estándar; y uno de ellos mostró un nivel de rendimiento muy bajo con una puntuación compuesta de 65 situándose por debajo de 2 desvíos estándar. Es decir, el 75 % de los niños de esta muestra no exhibe desfasaje en el área cognitiva. Resultados similares se informan en la investigación de Hernández Monroy (2020), estableciéndose que, en una cohorte de 93 prematuros evaluados con Escala Bayley, el área cognitiva fue la que menos afectada se vio.

En la tabla número 3 se presenta la distribución de la muestra según el grado de prematurez y el nivel de rendimiento cognitivo alcanzado.

⁴² Puntuación Compuesta. Valor de referencia: Media 100, desvío estándar 15.

⁴³ Puntuación Escalar. Valor de referencia: Media 10, desvío estándar 3.

⁴⁴ Edad Equivalente para la puntuación directa obtenida, expresada en meses

Tabla N° 3. Habilidades Cognitivas en relación con el grado de prematurez. Clasificación cualitativa correspondiente a las puntuaciones compuestas.

Clasificación Cualitativa de las puntuaciones compuestas	GRADO DE PREMATUREZ			TOTAL
	Extremo -28 semanas	Muy prematuro entre 28 y 32 sem	Moderado entre 32 y 37 sem	
Muy Bajo	1	0	0	1
Límite	0	0	0	0
Medio Bajo	0	1	1	2
Medio	2	4	3	9
Medio Alto	0	0	0	0
Superior	0	0	0	0
Muy Superior	0	0	0	0
TOTAL	3	5	4	12

Fuente: elaborado sobre los datos de la investigación

De los 12 niños que componen la muestra 9 de ellos alcanzaron un rendimiento cognitivo dentro del término medio esperable para su edad corregida, de los cuales 3 son prematuros de grado moderado, 4 muy prematuros y 2 prematuros extremos. Otros 2 niños evidenciaron un rendimiento medio bajo, de los cuales 1 entra en la categoría muy prematuro y otro dentro de prematuro moderado. Solo uno de los niños, con grado de prematurez extrema, presentó puntuaciones correspondientes a un rendimiento cognitivo muy bajo.

En la tabla número 4 se exhiben los resultados obtenidos en la Escala de Lenguaje en toda la muestra.

Tabla N° 4. Puntuación compuesta (PC), Puntuación Escalar (PE) y Edad Equivalente (EE) datos obtenidos por Escala de Lenguaje del Test de Bayley III

	ESCALA DE LENGUAJE					GRADO PREMATUREZ	
	PC	PE		EE			NIVEL
		Receptivo	Expresivo	Receptivo	Expresivo		
P1	97	10	9	9	8	Medio	EXTREMO
P2	89	8	8	9	9	Medio Bajo	MODERADO
P3	83	8	6	10	8	Medio Bajo	MUY PREMATURO
P4	94	8	10	10	12	Medio	MUY PREMATURO

Resultados

P5	97	9	10	13	14	Medio	MUY PREMATURO
P6	106	11	11	18	18	Medio	MODERADO
P7	62	4	3	11	10	Muy Bajo	MUY PREMATURO
P8	86	10	5	20	12	Medio Bajo	MODERADO
P9	91	8	9	17	19	Medio	MODERADO
P10	97	10	8	24	21	Medio	EXTREMO
P11	86	9	6	30	21	Medio Bajo	MUY PREMATURO
P12	74	5	6	18	19	Limite	EXTREMO

Fuente: elaborado sobre los datos de la investigación

En la Escala de Lenguaje, 6 de los 12 niños alcanzaron un rendimiento medio, 4 calificaron con un desempeño medio bajo, uno fue límite y uno muy bajo. Entre quienes clasificaron dentro del término medio, la competencia fue similar para los dominios comprensivo y expresivo. En 3 de los 4 que calificaron medio bajo se registra discrepancia entre la dimensión comprensiva y expresiva en detrimento de esta última, coincidiendo con los hallazgos del trabajo de Hernández Monroy (2020) donde la subescala más afectada fue la de lenguaje expresivo. En los niños con funcionamiento lingüístico de clasificación límite y muy bajo la afectación se evidencia muy descendida y en forma uniforme tanto para las habilidades comprensivas como para las expresivas.

Seguidamente se presenta la distribución de la muestra según el grado de prematurez y la clasificación del rendimiento lingüístico alcanzado.

Tabla N° 5. Habilidades Lingüísticas en función del grado de prematurez. Clasificación cualitativa correspondiente a las puntuaciones compuestas.

Clasificación Cualitativa de las puntuaciones compuestas	GRADO DE PREMATUREZ			Total
	Extremo -28 semanas	Muy prematuro entre 28 y 32 sem	Moderado entre 32 y 37 sem	
Muy Bajo	0	1	0	1
Limite	1	0	0	1
Medio Bajo	0	2	2	4
Medio	2	2	2	6
Medio Alto	0	0	0	0
Superior	0	0	0	0
Muy Superior	0	0	0	0
TOTAL	3	5	4	12

Resultados

Fuente: elaborado sobre los datos de la investigación

La mitad de los niños de la muestra revelaron un rendimiento lingüístico dentro del término medio esperable para su edad corregida, de los cuales 2 son prematuros de grado moderado, 2 muy prematuros y 2 prematuros extremos. Otros 4 niños evidenciaron un rendimiento medio bajo, de los cuales 2 entran en la categoría muy prematuro y los otros 2 dentro de prematuro moderado. Solo uno de los niños, con grado de prematuridad extrema, presentó puntuaciones correspondientes a un rendimiento lingüístico límite y otro muy prematuro evidenció un rendimiento muy bajo.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en la Escala Motora en toda la muestra.

Tabla N° 6. Puntuación Compuesta (PC), Puntuación Escalar (PE) y Edad Equivalente (EE), datos obtenidos por Escala Motora del Test de Bayley III.

	ESCALA MOTORA						GRADO PREMATUREZ
	PC	PE		EE		NIVEL	
		Fina	Gruesa	Fina	Gruesa		
P1	91	8	9	8	9	Medio	EXTREMO
P2	85	8	7	9	9	Medio Bajo	MODERADO
P3	91	10	7	12	10	Medio	MUY PREMATURO
P4	88	9	7	11	10	Medio Bajo	MUY PREMATURO
P5	79	8	5	11	10	Límite	MUY PREMATURO
P6	94	10	8	17	14	Medio	MODERADO
P7	73	6	5	16	14	Límite	MUY PREMATURO
P8	100	11	9	21	18	Medio	MODERADO
P9	79	7	6	16	15	Límite	MODERADO
P10	91	9	8	24	20	Medio	EXTREMO
P11	88	9	7	31	24	Medio Bajo	MUY PREMATURO

Resultados

P12	64	4	4	17	16	Muy Bajo	EXTREMO
------------	----	---	---	----	----	-----------------	----------------

Fuente: elaborado sobre los datos de la investigación

En cuanto a la Escala Motora, 5 de los 12 niños tuvieron un rendimiento medio, 3 presentaron un desempeño medio bajo, 3 calificaron límite y uno muy bajo. Entre los de rendimiento medio, 2 de ellos no mostraron diferencias entre las habilidades motoras finas y gruesas y 3 presentaron discrepancia notoria entre ambas habilidades con peor competencia en motricidad gruesa. 2 de 3 niños con rendimiento medio bajo manifestaron diferencias evidentes con disminución de las habilidades motoras finas. Los 3 niños de rendimiento límite no reportaron diferencias significativas entre ambas subescalas, aun así exhiben mejor capacidad en motricidad fina. Por último, en el niño de rendimiento muy bajo ambas habilidades motoras se manifestaron igualmente descendidas.

En la siguiente tabla se expone la distribución de la muestra según el grado de prematuridad y la clasificación del desempeño motor alcanzado.

Tabla N° 7. Habilidades Motoras en función del grado de prematuridad. Clasificación cualitativa correspondiente a las puntuaciones compuestas. n:12

Clasificación Cualitativa de las puntuaciones compuestas	GRADO DE PREMATUREZ			TOTAL
	Extremo -28 semanas	Muy prematuro entre 28 y 32 sem	Moderado entre 32 y 37 sem	
Muy Bajo	1	0	0	1
Límite	0	2	1	3
Medio Bajo	0	2	1	3
Medio	2	1	2	5
Medio Alto	0	0	0	0
Superior	0	0	0	0
Muy Superior	0	0	0	0
TOTAL	3	5	4	12

Fuente: elaborado sobre los datos de la investigación

Entre los 12 niños, 5 alcanzaron un nivel medio en habilidades motoras, 2 de ellos son prematuros extremos, 1 muy prematuro y 2 moderados. En el rendimiento medio bajo se encontraron 2 de grado muy prematuro y 1 moderado. Del mismo modo, 2 muy prematuros y 1 moderado entraron en la clasificación límite y solo 1 con prematuridad extrema puntuó muy bajo.

Resultados

Se inicia la presentación de los antecedentes peri y postnatales, y de los resultados de la evaluación de cada uno de los pacientes de la muestra.

PACIENTE 1

A continuación, se presentan los datos correspondientes a los antecedentes del paciente 1, previo a la consulta fonoaudiológica

Cuadro N° 1. Caracterización clínica del paciente 1

El Paciente 1 es un RNPT⁴⁵, de sexo femenino. Nació de 28 semanas de gestación, con un peso de 725 gramos. De acuerdo con la edad gestacional y el peso de nacimiento, es un prematuro extremo. El parto fue por cesárea a causa de desprendimiento de placenta, con antecedente de hipertensión arterial materna desde el primer trimestre de gestación. Permaneció 95 días en neonatología. Se detectó estenosis pulmonar, por lo que se le administró surfactante⁴⁶ y requirió ARM⁴⁷ por 15 días, más 30 días de sostén con oxígeno. En el aspecto oftalmológico, no presentó dificultades. El examen auditivo, confirmó respuestas positivas para ambos oídos en OTA⁴⁸. Los estudios neurológicos de ecografía y tomografía cerebral no evidenciaron signos patológicos. En cuanto a la nutrición, fue a través de sonda orogástrica, progresando positivamente en la succión, lo que posibilitó la alimentación posterior mediante biberón y pecho. A los 6 meses comenzó con tratamiento de estimulación temprana.

Fuente: elaborado sobre datos de la historia clínica

Frente a los antecedentes citados anteriormente, se procede a la evaluación de la paciente, mediante la aplicación de las Escalas de desarrollo infantil de Bayley III. La niña es evaluada a los 11 meses de edad cronológica, ajustándose la edad por prematuridad, siendo para este caso de 8 meses. Se inicia la administración en la serie de ítems correspondiente a la edad corregida.

Seguidamente se presenta la tabla número 8 donde se indican los resultados generales alcanzados en cada una de las escalas del Test de Bayley, expresados en puntuaciones escalares, puntuaciones compuestas y edad equivalente.

⁴⁵ Recién nacido pretérmino

⁴⁶ Es una mezcla compleja de lípidos y proteínas que tiene como función principal facilitar el intercambio gaseoso, disminuyendo la tensión superficial en la interfase aire-líquido del alvéolo para impedir el colapso de los alvéolos durante la espiración.

⁴⁷ Asistencia respiratoria mecánica.

⁴⁸ Otoemisiones acústicas.

Resultados

Tabla N° 8. Resultados de la evaluación P1 Test de Bayley III

Escala	P.C.	P.E.	E.E	Nivel
Cognitiva	90	8	8	Medio
Lenguaje	97			Medio
Lenguaje Receptivo		10	9	
Lenguaje Expresivo		9	8	
Motora	91			Medio
Motricidad fina		8	8	
Motricidad gruesa		9	9	

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

Referencias: P. C.: puntuación compuesta / P. E.: puntuación escalar / E. E.: Edad equivalente, expresada en meses

A continuación, se muestran las respuestas a los distintos ítems administrados de la escala cognitiva.

Tabla N° 9. Resultados de la Escala Cognitiva

EC	Ítems de la Escala Cognitiva																								Edad corregida	Grado de prematurez	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38			39
P1																										8	EXTREMO

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

Referencias

Ítems logrados	
Ítems no logrados	
Ítems de regla de terminación	
Ítems de regla de retorno	
Ítems no aplicados	

Cumplió positivamente con los ítems que indagan la manipulación y exploración de elementos, como un cordel atado a una anilla, cubos y una campana. Utilizó la conducta instrumental, tirando de una toalla y de un cordel, para acercar un objeto que quería alcanzar, evidenciando buena capacidad para desplegar estrategias en la resolución de problemas. Hizo sonar intencionalmente la campana, mostrando noción de causa-efecto. Falló en los ítems que requieren mayor sostenimiento de la atención, como el observar imágenes en un libro, sacar cubos de una taza. Tampoco logró la elaboración de nuevas estrategias para resolver una situación, como por ejemplo tomar

Resultados

un tercer cubo mientras ya tiene dos en sus manos, o colocar sucesivamente nueve cubos dentro de la taza.

Según los resultados exhibidos en la tabla 8, corresponden a una puntuación escalar de 8, para la Escala Cognitiva, siendo la media esperable de 10, y el desvío estándar de +/- 3 y una puntuación compuesta de 90, cuya media esperable es de 100, con desvío estándar de +/- 15. Estas puntuaciones indican un rendimiento cognitivo de nivel medio según lo esperado para la edad corregida de la paciente. La puntuación directa obtenida se correlaciona con una edad equivalente de 8 meses, es decir, acorde a su edad corregida.

Se prosigue con la presentación de las respuestas a los distintos ítems administrados de la escala de Lenguaje.

Tabla N° 10. Resultados de la Escala de Lenguaje Receptivo

LR	Ítems de la Escala de Lenguaje Receptivo																					Edad corregida	Grado de prematurez
	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21				
P1																						8	EXTREMO

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

En la escala de lenguaje receptivo, también cumplió positivamente con los ítems de la serie correspondiente a su edad corregida: busca la fuente emisora de sonido girando la cabeza, reacciona ante la aparición de un sonido novedoso, diferente al que estaba escuchando; reacciona al llamado por su nombre, interrumpiendo la actividad de juego, para mirar a quien la nombra. Puede reconocer e interactuar en rutinas conocidas, como el juego de esconderse. Aún no responde al no, ni da muestras de reconocer palabras familiares. No identifica objetos ni imágenes por su rótulo verbal.

Tabla N° 11. Resultados de la Escala de Lenguaje Expresivo

LE	Ítems de la Escala de Lenguaje Expresivo																			Edad corregida	Grado de prematurez	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19			
P1																					8	EXTREMO

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

En los ítems de la escala de lenguaje expresivo se constata la producción de sonidos vocálicos y consonánticos, y escasas combinaciones silábicas. No se registró el uso de gestos indicativos, ni la imitación de palabras. Participa en rutinas de juego como el cu-co, pero no inicia la actividad de intercambio.

Resultados

En la escala de lenguaje receptivo, la puntuación escalar es de 10, acorde a la media esperable. La puntuación directa se correlaciona con una edad equivalente de 9 meses, es decir, levemente superior a su edad corregida. En la escala de lenguaje expresivo, la puntuación escalar alcanzada fue de 9 y la puntuación directa corresponde a una edad equivalente de 8 meses, acorde a su edad corregida. La puntuación compuesta de lenguaje global, es decir, para el lenguaje receptivo y expresivo, es de 97, correspondiendo a un rendimiento lingüístico de nivel medio según lo esperado para su edad corregida.

Se presentan las respuestas a los distintos ítems administrados de las subescalas motora fina y gruesa.

Tabla N° 12. Resultados de la Escala Motora Fina

M Fina	Ítems de la Escala Motora Fina																																		Edad corregida	Grado de prematuridad
	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34														
P1																																			8	EXTREMO

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

En la escala de motricidad fina, la niña resolvió tareas de toma unilateral de objetos, así como de manipulación bimanual en la línea media del cuerpo. Pudo agarrar un cubo usando oposición parcial del pulgar en relación a los otros dedos, pero aún no logra hacer esta toma con objetos muy pequeños o angostos como un cereal o un lápiz. Con estos últimos elementos la prensión es palmar. Todavía no realiza garabatos espontáneos sobre el papel. En la escala de motricidad fina alcanzó una puntuación escalar de 8, y una edad equivalente de 8 meses.

Tabla N° 13. Resultados de la Escala Motora Gruesa

M Gruesa	Ítems de la Escala Motora Gruesa																																									Edad corregida	Grado de prematuridad
	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41																
P1																																						8	EXTREMO				

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

En motricidad gruesa, posee habilidades como el control postural y rotación del tronco en posición de sentado. Logra el gateo en cuadrupedia. Puede incorporarse desde sentado a parado apoyándose en algún soporte, pero aún no intenta movimientos de marcha. En la escala de motricidad gruesa, la puntuación escalar fue de 9, y la edad equivalente de 9 meses. La puntuación compuesta de Motricidad es de 91, correspondiendo a un rendimiento motor de nivel medio según lo esperado para su edad corregida.

Resultados

La niña logró un rendimiento parejo en las tres escalas: cognitiva, de lenguaje y motricidad, con valores correspondientes al término medio, y equiparables a su edad corregida.

PACIENTE 2

En el cuadro siguiente se informan los antecedentes del paciente 2, previo a la consulta fonoaudiológica.

Cuadro N° 2. Caracterización clínica del paciente 2

El Paciente 2 es un RNPT, de sexo masculino, que nació a las 34 semanas de gestación, con un peso de 2215 gramos. De acuerdo con la edad gestacional y el peso de nacimiento, es un prematuro de grado moderado. El nacimiento fue por cesárea, a causa de fisura de bolsa y preeclamsia materna. Entre sus antecedentes se destaca que en los primeros días de vida requirió luminoterapia por ictericia y se alimentó por sonda nasogástrica durante 5 días. No presentó compromiso neurológico ni respiratorio. Los estudios oftalmológicos y auditivos fueron normales. Durante el primer año de vida recibió estimulación temprana kinesiológica por indicios de demora en la adquisición de pautas madurativas psicomotoras.

Fuente: elaborado sobre datos de la historia clínica

Por indicación del terapeuta a cargo de la estimulación temprana, se procede a la administración del test de Bayley a fin de realizar un control de su desarrollo en las áreas cognitiva, lingüística y motora. La misma se lleva a cabo cuando el paciente tenía 12 meses de edad cronológica, 11 meses de edad corregida.

En la tabla número 14 se presentan los resultados expresados en puntuaciones escalares, puntuaciones compuestas y edad equivalente de cada una de las escalas.

Tabla N° 14. Resultados de la evaluación P2 Test de Bayley III

Escala	P.C.	P.E.	E.E.	Nivel
Cognitiva	85	7	9	Medio Bajo
Lenguaje	89			Medio Bajo
Lenguaje Receptivo		8	9	
Lenguaje Expresivo		8	9	
Motora	85			Medio Bajo
Motricidad fina		8	9	

Resultados

Motricidad gruesa		7	9	
--------------------------	--	----------	----------	--

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

Seguidamente se muestra el registro de resultados para cada uno de los ítems administrados de la escala cognitiva.

Tabla N° 15. Resultados de la Escala Cognitiva

EC	Ítems de la Escala Cognitiva																							Edad corregida	Grado de prematuridad	
	22	23	24	25	26	27	28	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43			44
P2																									11	MODERADO

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

Dado que este niño no respondió a los 3 ítems consecutivos, necesarios para establecer el nivel base en la serie correspondiente a su edad corregida, se debió aplicar la regla de retorno a una serie de ítems anterior. Logró puntuar positivamente en las conductas esperables para el rango entre 9 y 10 meses de edad, tales como la exploración de objetos y el uso de intermediarios para acceder a los mismos. Sin embargo, falló en aquellos ítems que requieren mayor atención sostenida y en los que exigen descubrir nuevas estrategias para resolver situaciones problemáticas como por ejemplo encontrar un objeto escondido, empujar un autito, sacar un cereal de adentro de una botellita.

Los resultados presentados en la tabla 9, corresponden a una puntuación compuesta de 85 y una puntuación escalar de 7, que indican un rendimiento cognitivo de nivel medio bajo según lo esperado para la edad corregida del paciente. La puntuación directa obtenida se correlaciona con una edad equivalente de 9 meses, siendo inferior a su edad corregida.

A continuación, se muestran las respuestas a los distintos ítems de la escala de Lenguaje.

Tabla N° 16. Resultados de la Escala de Lenguaje Receptivo

LR	Ítems de la Escala de Lenguaje Receptivo																					Edad corregida	Grado de prematuridad
	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21				
P2																						11	MODERADO

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

En la escala de lenguaje tanto en el dominio receptivo como expresivo, también fue necesario aplicar la regla de retorno. En relación al lenguaje receptivo pudo responder a los estímulos sonoros del ambiente y al llamado por su nombre, así como coparticipar en rutinas de juegos simples como por ejemplo de escondite. Aún no evidencia reconocer palabras familiares, ni objetos o imágenes de uso cotidiano.

Resultados

Tabla N° 17. Resultados de la Escala de Lenguaje Expresivo

LE	Items de la Escala de Lenguaje Expresivo																						Edad corregida	Grado de prematuridad
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22		
P2																							11	MODERADO

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

En cuanto al lenguaje expresivo, se registró la emisión de vocalizaciones y escasos silabeos reduplicativos. Logró imitar una palabra, pero aún no usa palabras con sentido en forma espontánea. No dirige la atención del adulto hacia un objeto de su interés, ni inicia la interacción en juegos simples de intercambio dando indicios de pobre desarrollo de formas preverbales de comunicación. La puntuación escalar para las dos dimensiones del lenguaje fue de 8 y la puntuación directa corresponde a una edad equivalente de 9 meses, por debajo de su edad corregida. La puntuación compuesta de lenguaje global es de 89 marcando un nivel de rendimiento lingüístico medio bajo.

Se presentan los resultados frente a los distintos ítems aplicados en la Escala Motora.

Tabla N° 18. Resultados de la Escala Motora Fina

M Fina	Items de la Escala Motora Fina																						Edad corregida	Grado de prematuridad
	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34		
P2																							11	MODERADO

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

Del mismo modo que en las escalas cognitiva y de lenguaje, en las de motricidad fina y gruesa fue necesario usar la regla de retorno a una serie anterior a la correspondiente a su edad. Resolvió tareas de manipulación de objetos, uni y bilateralmente, aunque con cierta persistencia realizaba una exploración oral de los mismos. Pudo tomar elementos pequeños como un cubo y un cereal, usando solo el dedo pulgar y otro. Aún no logra apilar dos cubos, ni pasar páginas de un libro. Tampoco toma un lápiz ni intenta garabatear.

Tabla N° 19. Resultados de la Escala Motora Gruesa

M Gruesa	Items de la Escala Motora Gruesa																						Edad corregida	Grado de prematuridad				
	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40			41	42	43	44
P2																											11	MODERADO

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

En cuanto a la motricidad gruesa, adquirió la posición sedente con buen control de tronco, se desplaza usando el gateo, y puede pararse desde sentado apoyándose en el mobiliario. Realiza marcha lateral tomado de algún apoyo y puede dar algunos pasos sostenido por el adulto. Todavía no logra quedarse parado ni dar pasos sin soporte.

Resultados

En la escala motora fina, la puntuación escalar fue de 8, y en la motora gruesa, fue de 7. Para ambos dominios, la edad equivalente alcanzada fue de 9 meses, desfasada para la edad corregida. La puntuación compuesta de motricidad fue de 85, asociándose a un nivel medio bajo de rendimiento motor.

Este niño, manifestó un funcionamiento parejo y descendido en las tres escalas del test: cognitiva, de lenguaje y motricidad, con valores por debajo de lo esperado para sus 11 meses de edad corregida.

PACIENTE 3

Se continúa con la exposición de los antecedentes del paciente 3, previo a la consulta fonoaudiológica.

Cuadro N° 3. Caracterización clínica del paciente 3

El Paciente 3 es un RNPT, de sexo femenino, producto de embarazo gemelar monocorial monoamniótico⁴⁹. Como antecedente prenatal se registra placenta anterior alta, que provocó trabajo de parto prematuro. El nacimiento fue por cesárea a las 31 semanas de gestación, con un peso de 1656 gramos. En función de la edad gestacional y el peso de nacimiento, es una prematura de grado muy prematuro. Nació vigorosa, con un APGAR 9/10. Permaneció en UCIN⁵⁰ durante 32 días para recupero nutricional. No requirió soporte ventilatorio, a pesar de la maduración pulmonar fetal incompleta. En el aspecto neurológico se mantuvo vigil, reactiva, con succión enérgica. La ecografía cerebral fue normal. En el aspecto cardiológico e infectológico el paciente no presentó complicaciones. Permaneció 48 Hs. en luminoterapia. El aspecto sensorial visual y auditivo, se valoró dentro de límites normales. En cuanto a lo nutricional, recibió aporte enteral a los 3 días de vida. A los 12 días recuperó el peso de nacimiento. Fue dada de alta con un peso de 2315 gramos, alimentándose por pecho materno a demanda más complemento.

Fuente: elaborado sobre datos de la historia clínica

Recibió estimulación temprana kinesiológica durante el primer año de vida. A los 14 meses de edad cronológica, 12 de edad corregida, fue derivada a consulta fonoaudiológica, en la que se aplicó el Test de Bayley para evaluar el nivel de desarrollo cognitivo, lingüístico y psicomotor.

⁴⁹ La gestación gemelar monocorial monoamniótica es en la que los gemelos comparten la bolsa amniótica y la placenta. Es muy poco frecuente, entre 0,2-0,4% de todas las gestaciones gemelares y se produce a causa de la división tardía del embrión entre el octavo y el decimosegundo día tras la fecundación.

⁵⁰ UCIN: Unidad de cuidados intensivos neonatales

Resultados

Tabla N° 22. Resultados de la Escala de Lenguaje Receptivo

LR	Items de la Escala de Lenguaje Receptivo																Edad corregida	Grado de prematurez
	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
P3																	12	MUY PREMATURO

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

En relación a la intercomunicación, se mostró conectada, atenta a los estímulos externos, aunque tomando un rol más pasivo que activo en la interacción con el entorno. Si bien respondió al llamado por su nombre, dicha respuesta no siempre fue consistente. Pudo responder a una rutina de juego sencilla como esconderse y buscar al otro en el juego del “cuco”, o golpear la mesa cuando el adulto le canta: “queremos comer”. No fue posible constatar durante la evaluación el reconocimiento de palabras de uso frecuente, como dame, tomá, chau, mamá, papá, vamos, agua. Los resultados que logró se encuentran por debajo de lo esperado para su edad corregida, correspondiendo a una puntuación escalar de 8 y edad equivalente de 10 meses.

Tabla N° 23. Resultados de la Escala de Lenguaje Expresivo

LE	Items de la Escala de Lenguaje Expresivo																			Edad corregida	Grado de prematurez
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19		
P3																				12	MUY PREMATURO

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

En referencia al lenguaje expresivo, se encuentra en la etapa de conexión/comunicación, preverbal. En esta escala fue necesario usar la regla de retorno a la serie de ítems inmediata anterior. En su producción oral, se registraron algunas vocalizaciones, y silabeos reduplicativos, como ‘calaca-calacala’, ‘mamama’, con variaciones de entonación de la voz a modo de jerga expresiva. Falló en los ítems que evalúan el uso de gestos, los intentos de llamar la atención del adulto y de dirigir el interés del otro hacia un objeto, usar palabras para pedir algo que desea, combinar gestos y palabras, y nombrar objetos cotidianos.

La puntuación escalar conseguida fue de 6, ubicándose debajo del primer desvío estándar y la edad equivalente fue de 8 meses, considerablemente desfasada para su edad corregida.

La puntuación compuesta de lenguaje fue de 83, representando un desempeño lingüístico de rango medio bajo, viéndose descendida tanto la vertiente comprensiva como la expresiva, a predominio de esta última.

En las tablas 24 y 25, se exponen los resultados logrados en los ítems de las escalas motora fina y gruesa respectivamente.

Resultados

Tabla N° 24. Resultados de la Escala Motora Fina

M Fina	Items de la Escala Motrora Fina																	Edad corregida	Grado de prematurez		
	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35			36	37
P3																				12	MUY PREMATURO

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

Entre sus habilidades de motricidad fina se destacan el inicio de la toma digital, ya que pudo alcanzar un cereal usando dos dedos en el agarre. También logró apilar tres cubos. No cumplió con los ítems de garabatear o imitar trazos con un lápiz en un papel, ni pasar páginas de un libro.

Tabla N° 25. Resultados de la Escala Motora Gruesa

M Gruesa	Items de la Escala Motora Gruesa																											Edad corregida	Grado de prematurez			
	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45			46	47	
P3																															12	MUY PREMATURO

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

Sus adquisiciones en motricidad gruesa son el gateo, que usa como forma de desplazamiento independiente, y la posibilidad de mantenerse parada sin apoyo durante algunos segundos, así como pasar del parado al sentado con buen control postural, y dar algunos pasos con ayuda. Aún no logra la marcha lateral con apoyo ni la marcha independiente.

El rendimiento global en el aspecto motor se dio dentro del término medio, con una puntuación compuesta de 91. Sin embargo, la puntuación escalar en motricidad gruesa fue de 7, encontrándose en el primer desvío estándar y la edad equivalente fue de 10 meses, por debajo de lo esperado para la edad corregida. En tanto, en motricidad fina la puntuación escalar fue 10, y la edad equivalente de 12 meses, igual a su edad corregida. Cabe señalar que al momento de la evaluación, la niña continuaba recibiendo tratamiento kinesiológico.

El mejor desempeño de la niña se vio en el área cognitiva. El rendimiento global de lenguaje se encuentra por debajo de la media esperable, con compromiso tanto comprensivo como expresivo. Las subáreas de mayor desafío son las de motricidad gruesa y lenguaje expresivo. El aspecto motor global calificó dentro del término medio, a merced del buen desempeño en motricidad fina que compensa el descenso en el área motora gruesa.

PACIENTE 4

En el siguiente cuadro, se presentan los antecedentes del paciente 4, previo a la consulta fonoaudiológica.

Cuadro N° 4. Caracterización clínica del paciente 4

El Paciente 4 es un RNPT, de sexo femenino, gemela del paciente 3. Nació a las 31 semanas de gestación, con un peso de 1573 gramos, ubicándose en la categoría muy prematuro. Nació vigorosa, con un APGAR 9/10. Fue colocada en incubadora por prematuridad. Presentó maduración pulmonar fetal incompleta, sin requerimiento de soporte ventilatorio, ni signos de apneas. En el aspecto neurológico se mantuvo vigil, reactiva, con succión enérgica. La ecografía cerebral fue normal. Los aspectos cardiológico e infectológico no se vieron comprometidos. Se aplicó luminoterapia por 48 Hs. En el aspecto sensorial visual y auditivo, se informaron resultados dentro de límites normales. En cuanto a lo nutricional, recibió aporte enteral a los 3 días de vida. A los 13 días recuperó el peso de nacimiento. Fue dada de alta con un peso de 2210 gramos, alimentándose por pecho materno a demanda más complemento.

Fuente: elaborado sobre datos de la historia clínica

En su primer año de vida, recibió estimulación temprana kinesiológica. Por sugerencia del kinesiólogo tratante, se realizó evaluación del desarrollo, administrándose el Test de Bayley, a los 14 meses de edad cronológica, 12 de edad corregida.

En la tabla siguiente se muestran las puntuaciones compuestas y escalares y las edades equivalentes alcanzadas en las escalas cognitiva, de lenguaje y motora.

Tabla N° 26. Resultados de la evaluación P4 Test de Bayley III

Escala	P.C.	P.E.	E.E	Nivel
Cognitiva	100	10	12	Medio
Lenguaje	94			Medio
Lenguaje Receptivo		8	10	
Lenguaje Expresivo		10	12	
Motora	88			Medio Bajo
Motricidad fina		9	11	
Motricidad gruesa		7	10	

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

Resultados

A continuación se muestran las respuestas a los ítems administrados en la escala Cognitiva.

Tabla N° 27. Resultados de la Escala Cognitiva

EC	Ítems de la Escala Cognitiva																			Edad corregida	Grado de prematuridad							
	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43			44	45	46	47	48	49	
P4																											12	MUY PREMATURO

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

La niña puntuó positivamente en todos los ítems correspondientes a su edad. Fue capaz de utilizar estrategias para resolver situaciones como acercarse hacia sí un objeto alejado utilizando un intermediario, por ejemplo tirar de un cordel, encontrar un elemento escondido en su campo visual, poner y sacar cubos en un recipiente, atender a imágenes en un libro. Falló en los ítems de empujar un autito, mantener dos cubos en sus manos mientras intenta alcanzar un tercero. Tampoco logró resolver aquellos en los que debe elaborar nuevas estrategias para solucionar lo planteado, como encontrar un objeto escondido cuando se invierte el lugar de escondite, o descubrir la abertura de una caja transparente para alcanzar un juguete dentro de ésta. Realizó un juego exploratorio con objetos, pero no se registró un juego relacional.

Los resultados expuestos en la tabla 26, indican una puntuación escalar de 10 y una puntuación compuesta de 100, constituyendo un rendimiento cognitivo de nivel medio para la edad corregida. La puntuación directa alcanzada equivale a una edad de 12 meses.

Seguidamente se presentan los resultados alcanzados en los ítems administrados en las subescalas de Lenguaje comprensivo y expresivo.

Tabla N° 28. Resultados de la Escala de Lenguaje Receptivo

LR	Ítems de la Escala de Lenguaje Receptivo																Edad corregida	Grado de prematuridad
	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
P4																	12	MUY PREMATURO

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

Con respecto a la comunicación se constató la presencia de precursores necesarios para el desarrollo del lenguaje tales como la conexión a través de la mirada, respuesta afectiva en el intercambio con el adulto, atención conjunta. De todos modos, al igual que su hermana gemela, adopta un rol más receptivo que activo en la interacción comunicativa. Respondió al llamado por su nombre, aunque no siempre fue inmediata su reacción. Participó en una rutina de juego sencilla como esconderse y buscar al otro en el juego del “cuco”. No se registró durante la evaluación el reconocimiento de palabras de uso frecuente como dame, tomá, chau, mamá, papá, vamos, agua. Obtuvo

Resultados

una puntuación escalar de 8 y una edad equivalente de 10 meses, por debajo de su edad corregida para habilidades de lenguaje receptivo.

Tabla N° 29. Resultados de la Escala de Lenguaje Expresivo

LE	Ítems de la Escala de Lenguaje Expresivo																						Edad corregida	Grado de prematurez
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22		
P4																							12	MUY PREMATURO

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

Se encuentra en la etapa preverbal de desarrollo de lenguaje en transición hacia la etapa verbal. En su producción oral, se registraron algunas vocalizaciones, y silabeos reduplicativos como ‘tatata’, ‘mamama’, ‘bebebe’, ‘dadada’ y formas aproximadas a palabras con sentido como “bebé”, “caca”. Fue necesario usar la regla de retorno porque no cumplió con los tres ítems positivos consecutivos dentro de la serie de su edad, no obstante, alcanzó una puntuación escalar de 10, dentro de la media esperable, y una edad equivalente acorde a los 12 meses de su edad corregida. Falló en los ítems que evalúan el uso de gestos, la acción de dirigir la atención del adulto y tener la iniciativa en el intercambio, usar palabras para pedir algo que desea, combinar gestos y palabras, y nombrar objetos cotidianos.

Obtuvo una puntuación compuesta de lenguaje de 94, representando un desempeño lingüístico de rango medio, con mejor desempeño en el plano expresivo que en el comprensivo.

Se presentan los resultados de cada uno de los ítems evaluados en las subescalas motora fina y gruesa.

Tabla N° 30. Resultados de la Escala Motora Fina

M Fina	Ítems de la Escala Motrora Fina																	Edad corregida	Grado de prematurez					
	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35			36	37			
P4																							12	MUY PREMATURO

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

En la escala de motricidad fina, pudo ejecutar tareas de toma unilateral de objetos, así como de manipulación bimanual en la línea media del cuerpo. Comienza a usar la oposición del pulgar con otros dedos en el agarre de objetos pequeños como un cereal. En la toma del lápiz usa prensión palmar. Realiza garabatos espontáneos sobre el papel, pero aún no intenta imitar trazos. No logró levantar una taza tomándola por el asa, tampoco pasar las páginas de un libro ni apilar dos cubos. La puntuación escalar en motricidad fina fue 9 y la edad equivalente de 11 meses.

Resultados

Tabla N° 31. Resultados de la Escala Motora Gruesa

M Gruesa	Items de la Escala Motora Gruesa																													Edad corregida	Grado de prematuridad	
	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47			
P4																															12	MUY PREMATURO

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

En la escala de motricidad gruesa se usó la regla de retorno al no alcanzar su nivel base dentro de la serie de ítems correspondiente a su edad. Todavía no logra la marcha lateral sosteniéndose del mobiliario, ni la marcha independiente. Como forma autónoma de desplazamiento usa el gateo en cuadrupedia. Es capaz de permanecer unos instantes parada sin apoyo, llegar del parado al sentado con buen control postural, y dar algunos pasos con soporte del adulto. La puntuación escalar en motricidad gruesa fue de 7 y la edad equivalente de 10 meses, por debajo de lo esperado para la edad corregida. Su desempeño en el aspecto motor, con una puntuación compuesta de 88, calificó en el rango medio bajo, viéndose más comprometidas sus habilidades de motricidad gruesa. Del mismo modo que su hermana gemela, la niña continuaba en tratamiento kinesiológico. Obtuvo un rendimiento medio tanto en la escala cognitiva como de lenguaje. Sin embargo, sus habilidades de lenguaje receptivo no se encuentran a nivel de los parámetros esperables para su edad corregida. El área motora es la que presenta mayor desafío, mostrando un rendimiento medio bajo, con descenso de las habilidades motoras finas y gruesas, a predominio de estas últimas. Las subáreas con mayor compromiso son las de motricidad gruesa y lenguaje receptivo.

PACIENTE 5

Se prosigue con la exposición de los antecedentes del paciente 5, previo a la consulta fonoaudiológica.

Cuadro N° 5. Caracterización clínica del paciente 5

El Paciente 5 es un RNPT, de sexo masculino, de embarazo gemelar, nacido por cesárea a las 29 semanas de gestación, con un peso de 1400 gramos. Dada su edad gestacional y el peso de nacimiento entra en la categoría muy prematuro. Presentó síndrome de distrés respiratorio por lo que requirió soporte de oxígeno con intubación endotraqueal durante 72 horas y administración de surfactante. En el aspecto neurológico se informa, por ecografía cerebral realizada al día de nacido, parénquima cerebral y sistema ventricular con morfología normal para pretérmino, sin datos de hemorragia intraventricular. En nueva ecografía transfontanelar realizada a los 2 meses de vida, se encuentra leve dilatación de los ventrículos laterales, contenido homogéneo que no ocasiona compresión del parénquima adyacente. A nivel del sensoria visual, presentó retinopatía del prematuro de grado I, tratada con antiangiogénico y que

Resultados

continuó en vigilancia posterior. Respecto al sensorio auditivo, se confirma audición dentro de valores normales por registro de potenciales evocados de tronco. En el aspecto nutricional recibió estimulación enteral con sonda orogástrica, progresando luego de una semana a la ingesta por succión. Después de 21 días de internación, egresó con un peso de 1615 gramos, manifestando buena evolución de la succión y adecuada ganancia ponderal, y habiendo remitido el cuadro respiratorio. A los 4 meses comenzó con terapia de estimulación kinesiológica, con la cual continuaba al momento de la evaluación.

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

El niño fue derivado por el neuropediatra a consulta fonoaudiológica para realizar evaluación madurativa. Se administró el test de desarrollo infantil de Bayley III, a los 15 meses de edad cronológica, 12 meses y medio de edad corregida.

En la tabla número 32 se exponen las puntuaciones escalares, puntuaciones compuestas y edad equivalente alcanzadas en las tres escalas.

Tabla N° 32. Resultados de la evaluación P5 Test de Bayley

Escala	P.C.	P.E.	E.E.	Nivel
Cognitiva	100	10	14	Medio
Lenguaje	97			Medio
Lenguaje Receptivo		9	13	
Lenguaje Expresivo		10	14	
Motora	79			Límite
Motricidad fina		8	11	
Motricidad gruesa		5	10	

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

Posteriormente se muestran los resultados encontrados en los ítems aplicados de la escala cognitiva.

Resultados

respuesta al no, reconocimiento de palabras de uso cotidiano, interacción en rutinas de juego conocidas como esconderse o aplaudir cuando se le solicita esta acción, identificación de objetos por su nombre. Aún no reconoce objetos representados en imágenes, ni responde a acciones requeridas por el adulto, como “peiná al muñeco”. Es un niño muy observador, pero poco confiado y reticente a responder a las demandas del adulto. Respecto al lenguaje expresivo, usa gestos protoindicativos, se registraron variados silabeos reduplicativos, algunas aproximaciones de palabras como ‘lo’ por gol, ‘ala’ por hola, ‘ma’ por más. Aún no denomina objetos ni imágenes.

Se presentan los resultados de cada uno de los ítems evaluados en la Escala Motora para el paciente 5.

Tabla N° 36. Resultados de la Escala Motora Fina

M Fina	Ítems de la Escala Motora Fina																	Edad corregida	Grado de prematuridad		
	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35			36	37
P5																				12 y 1/2	MUY PREMATURO

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

En la escala de motricidad fina, se debió usar la regla de retorno. Pudo tomar objetos como cubos, el asa de una taza y cereales, con oposición parcial del pulgar en relación a los otros dedos. Para la toma del lápiz aún usa presión palmar, y no realiza garabatos en el papel. No logra apilar dos cubos. El puntaje bruto obtenido corresponde a 11 meses de edad equivalente en motricidad fina y 10 meses en motricidad gruesa.

Tabla N° 37. Resultados de la Escala Motora Gruesa

M Gruesa	Ítems de la Escala Motora Gruesa																												Edad corregida	Grado de prematuridad		
	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46			47	
P5																															12 y 1/2	MUY PREMATURO

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

En los ítems de la escala de motricidad gruesa también fue necesario aplicar la regla de retorno a una serie anterior a la correspondiente a su edad corregida. Posee adquisiciones como el gateo, que fue logrado próximo al momento de la evaluación, da pasos con sostén del adulto, camina lateralmente apoyado del mobiliario. Aún no consigue mantenerse parado sin apoyo, ni dar pasos solo. Su rendimiento motor global se encuentra por debajo de lo esperado para su edad corregida, siendo más descendido para las habilidades de motricidad gruesa. La puntuación compuesta fue de 79, indicando un desempeño motor Límite. La puntuación escalar en motricidad fina fue de 8 y en motricidad gruesa de 5, ubicándose esta última en el segundo desvío estándar de la media.

Resultados

Este niño presenta un rendimiento acorde a lo esperado para habilidades de cognición y lenguaje, y un desempeño desfasado para su edad corregida en el área motora, tanto fina como gruesa, viéndose más comprometida esta última.

PACIENTE 6

Se continúa con la presentación de los antecedentes del paciente 6, previo a la consulta fonoaudiológica.

Cuadro N° 6. Caracterización clínica del paciente 6

El Paciente 6 es un RNPT, de sexo femenino, nacido por cesárea de urgencia por constatarse falta de movilidad fetal, a las 34.5 semanas de gestación, con un peso de 1925 gramos. De acuerdo con la edad gestacional y el peso de nacimiento, es una prematura de grado moderado. Requirió halo de oxígeno durante 24 horas, permaneció en neonatología por 19 días, para recupero nutricional y sin complicaciones. Los estudios auditivos y visuales arrojaron resultados dentro de la normalidad. En el aspecto nutricional, tuvo buena progresión de la succión, pudiendo alimentarse oralmente por pecho materno más biberón. Egresó de alta neonatal con un peso de 2130 gramos.

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

Durante el primer año de vida, evidenció desajustes en hábitos de alimentación y sueño, siendo muy selectiva en la aceptación de alimentos, y mostrando dificultades para conciliar y mantener el sueño. Dadas estas características y una marcada hiperactividad, el neuropediatra tratante la deriva a una evaluación de terapia ocupacional y a fonoaudiología para la administración de las Escalas de desarrollo Bayley. La misma se lleva a cabo a los 17 meses de edad cronológica, 16 de edad corregida.

En la tabla 38 se muestran las puntuaciones compuestas, escalares y edades equivalentes obtenidas en cada una de las escalas.

Tabla N° 38. Resultados de la evaluación P6 Test de Bayley

Escala	P.C.	P.E.	E.E.	Nivel
Cognitiva	105	11	18	Medio
Lenguaje	106			Medio
Lenguaje Receptivo		11	18	

Resultados

Tanto en el lenguaje comprensivo como expresivo, respondió satisfactoriamente, alcanzando niveles por encima de lo esperado para su edad cronológica. En el aspecto receptivo, se constató el dominio de un vocabulario básico, pudiendo reconocer objetos concretos e imágenes por su rótulo verbal. Falló en el ítem en el que se solicita que el niño detenga su accionar ante una orden inhibitoria. Esta ausencia de respuesta se debió a la poca docilidad conductual más que a una falta de comprensión. En el aspecto expresivo, accedió a la interacción y en ocasiones inició juegos de intercambio como tirar una pelota para que el adulto se la devuelva, usó palabras para pedir algo que desea, maneja un léxico de aproximadamente diez palabras con valor de palabra-frase.

La puntuación escalar para los dos campos del lenguaje fue de 11 y la puntuación compuesta de Lenguaje fue de 106 indicando un nivel de desempeño lingüístico medio.

Por último, se muestran los resultados logrados en los ítems de las subescalas Motora Fina y Gruesa.

Tabla N° 42. Resultados de la Escala Motora Fina

M Fina	Ítems de la Escala Motora Fina																					Edad corregida	Grado de prematuridad	
	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42			43
P6																							16	MODERADO

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

En motricidad fina se registra el uso de pinza digital en la toma de objetos pequeños y pinza trípode en el agarre del lápiz. Garabatea espontáneamente, pero aún no imita trazos en el papel. Puede apilar dos cubos y pasar las páginas de un libro.

Tabla N° 43. Resultados de la Escala Motora Gruesa

M Gruesa	Ítems de la Escala Motora Gruesa																					Edad corregida	Grado de prematuridad	
	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55			56
P6																							16	MODERADO

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

Entre sus habilidades de motricidad gruesa se encuentran la marcha independiente y con buena coordinación, la capacidad para ponerse en cuclillas sin apoyarse en nada, lanzar una pelota y dar algunos pasos hacia atrás. Aún no logra destrezas que requieren mayor precisión y equilibrio como subir una escalera apoyándose en la pared o baranda, correr o mantener el equilibrio en un pie con apoyo del adulto.

Su rendimiento global en el aspecto motor se dio dentro del término medio, con mejor desempeño en motricidad fina que gruesa. En la escala de motricidad fina obtuvo una puntuación escalar de 10, mientras que en la de motricidad gruesa fue de 8. Su desempeño fue acorde a la edad cronológica en el aspecto motor fino, y por debajo de

Resultados

la edad corregida en el aspecto motor grueso. La niña muestra un rendimiento acorde a lo esperado en las áreas cognitiva, de lenguaje y motora, siendo las dos primeras las de mayor fortaleza. El área motora gruesa se ve levemente descendida en relación a su edad corregida.

PACIENTE 7

En el cuadro número 7 se presentan los antecedentes del paciente 7, previo a la consulta fonoaudiológica.

Cuadro N° 7. Caracterización clínica del paciente 7

El Paciente 7 es un RNPT, de sexo masculino, con antecedente de eclampsia materna. Nació por cesárea a las 30 semanas de gestación, con un peso de 1480 gramos. Por su edad gestacional y peso de nacimiento, se ubica en la categoría de muy prematuro. El APGAR fue 7/8. En cuanto al aspecto respiratorio tuvo enfermedad de membrana hialina⁵¹ e hipertensión pulmonar. Permaneció en neonatología por 43 días, requirió ARM por 24 horas, progresando a CPAP por 3 días y 2 días más de oxígeno por cánula. En el aspecto hematológico cursó con hiperbilirrubinemia, recibiendo luminoterapia durante 2 días. Se le realizaron dos transfusiones de sangre a causa de anemia. En el aspecto cardiológico se detectó ductus con cierre espontáneo. En cuanto a lo neurológico la ecografía cerebral arrojó resultados dentro de la normalidad. En el examen oftalmológico se comprobó vascularización normal casi completa, sin ROP. En el aspecto nutricional, se lo alimentó por sonda orogástrica hasta alcanzar los 1700 gramos de peso, luego continuó con alimentación por pecho materno y biberón con complemento. Egresó con un peso 2090 gramos. Luego del alta se estudió la audición con OEA que dieron resultados dentro de la normalidad.

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

A los 8 meses de edad cronológica el niño comenzó con tratamiento de estimulación temprana en las áreas de kinesiología y terapia ocupacional. El equipo interviniente solicitó evaluación del desarrollo cuando el paciente tenía 20 meses de edad cronológica, 17 y 1/2 de edad corregida. Desde el área de fonoaudiología se procedió a la administración del test de desarrollo Bayley.

En la tabla número 44 se exponen las puntuaciones compuestas, puntuaciones escalares y edad equivalente alcanzadas en las escalas cognitiva, de lenguaje y motora.

⁵¹ La enfermedad de membrana hialina es un cuadro de dificultad respiratoria grave que se produce por falta o déficit de surfactante.

Resultados

Tabla N° 44. Resultados de la evaluación P7 Test de Bayley

Escala	P.C.	P.E.	E.E.	Nivel
Cognitiva	85	7	17	Medio Bajo
Lenguaje	62			Muy Bajo
Lenguaje Receptivo		4	11	
Lenguaje Expresivo		3	10	
Motora	73			Límite
Motricidad fina		6	16	
Motricidad gruesa		5	14	

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

A continuación se exponen las respuestas a los distintos ítems administrados de la escala cognitiva.

Tabla N° 45. Resultados de la Escala Cognitiva

EC	Ítems de la Escala Cognitiva																																Edad corregida	Grado de prematuridad		
	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62				
P7																																			17 y 1/2	MUY PREMATURO

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

El niño respondió favorablemente a los ítems relacionados con la noción de constancia de objeto, la resolución de situaciones a través del uso de estrategias y visoejecución en tareas de ensartado y encastrés. Sin embargo, en estas últimas procedió más por ensayo y error que por anticipación visual. No cumplió con los ítems correspondientes al juego relacional consigo mismo y con otros. Tampoco logró prestar atención a un cuento breve. Los resultados presentados en la tabla 44, indican una puntuación que se ubica en el primer desvío estándar de la media, siendo 7 la escalar y 85 la puntuación compuesta. Esto corresponde a un rendimiento cognitivo de nivel medio bajo. La puntuación directa obtenida equivale a una edad de 17 meses para el desempeño cognitivo.

Seguidamente se presentan los resultados obtenidos en los ítems de las escalas de lenguaje.

Resultados

Tabla N° 46. Resultados de la Escala de Lenguaje Receptivo

LR	Items de la Escala de Lenguaje Receptivo														Edad corregida	Grado de prematuridad	
	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21			
P7																17 y 1/2	MUY PREMATURO

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

En la subescala de lenguaje receptivo fue necesario aplicar la regla de retorno, ya que no cumplió con los tres ítems positivos consecutivos dentro de la serie de su edad corregida, necesarios para establecer su nivel base. Pudo responder a rutinas de juego conocidas y decodificar palabras cotidianas como 'vamos', 'no', pero aún no reconoce objetos ni dibujos por su nombre.

Tabla N° 47. Resultados de la Escala de Lenguaje Expresivo

LE	Items de la Escala de Lenguaje Expresivo																						Edad corregida	Grado de prematuridad		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22				
P7																									17 y 1/2	MUY PREMATURO

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

En la escala de lenguaje expresivo, dos veces se debió retornar al inicio de una serie anterior, comenzando en la correspondiente a los 9 meses de edad. Se registró la producción de vocalizaciones y silabeos reduplicativos. Aún no usa palabras con sentido en forma espontánea. No dirige la atención del adulto hacia un objeto de su interés, ni inicia la interacción en juegos simples de intercambio evidenciando un escaso desarrollo de formas preverbales de comunicación.

Las puntuaciones logradas en la escala de lenguaje representan un rendimiento muy bajo. Para el lenguaje receptivo la puntuación escalar fue 4 y la edad equivalente 11 meses. Para el lenguaje expresivo, la puntuación escalar 3 y la edad equivalente 10 meses. La puntuación compuesta de lenguaje fue de 62, alejándose en más de dos desvíos de la media.

Se presentan los resultados alcanzados en los ítems de la Escala Motora.

Tabla N° 48. Resultados de la Escala Motora Fina

M Fina	Items de la Escala Motrora Fina														Edad corregida	Grado de prematuridad										
	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39			40	41	42							
P7																									17 y 1/2	MUY PREMATURO

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

En la escala de motricidad fina cumplió positivamente con los ítems de tomar un cereal usando pinza con oposición del pulgar, pasar las páginas de un libro, garabatear con un lápiz, introducir monedas en una ranura y separar bloques encastrados entre sí. En la toma del lápiz aún usa presión palmar, sin participación de la yema de los dedos.

Resultados

No logra apilar dos cubos, ni imitar trazos en un papel y tampoco introducir confites en un recipiente, uno a uno a través de un orificio pequeño. La puntuación escalar en motricidad fina fue de 6 y la edad equivalente de 16 meses.

Tabla N° 49. Resultados de la Escala Motora Gruesa

M Gruesa	Items de la Escala Motora Gruesa																Edad corregida	Grado de prematuridad		
	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54			55	56
P7																			17 y 1/2	MUY PREMATURO

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

En cuanto a la motricidad gruesa, camina sin apoyo y con buena coordinación, puede pasar de parado a cuclillas sin ningún sostén, dar algunos pasos hacia atrás, y lanzar una pelota. Aún no logra destrezas de mayor precisión y equilibrio, como subir y bajar escalones apoyándose en la pared o baranda, correr o mantener el equilibrio en un pie con apoyo del adulto. En motricidad gruesa, la puntuación escalar fue 5 y la edad equivalente de 14 meses. El desempeño motor global se encuentra por debajo de lo esperado para su edad corregida, siendo más descendido para las habilidades de motricidad gruesa. La puntuación compuesta fue de 73, indicando un desempeño motor Límite. Este niño presenta un desfase en su desarrollo en las tres áreas evaluadas, siendo la más comprometida el área de lenguaje, en segundo término la motora, y finalmente la cognitiva.

PACIENTE 8

En primer lugar, se informan los antecedentes del paciente 8, previo a la consulta fonoaudiológica.

Cuadro N° 8. Caracterización clínica del paciente 8

El Paciente 8 es un RNPT, de sexo femenino, de 33 semanas de gestación, con un peso de nacimiento de 2467 gramos, y APGAR52 5/7, que indica depresión al nacer, por lo que necesitó reanimación. De acuerdo al peso y la edad gestacional es una prematura de grado de prematuridad moderado. Corresponde a primigesta, sin antecedentes de patología durante el embarazo. Nació por cesárea de urgencia, a causa de desprendimiento de placenta normoinserta. Presentó síndrome de distrés respiratorio. Requirió veinticuatro horas de ARM, y tres días de CPAP53. Se le administró una dosis

⁵² Prueba rápida que se realiza al primer y quinto minuto del nacimiento del bebé. La palabra Apgar se refiere a Aspecto, Pulso, Irritabilidad, del inglés Grimace, Actividad y Respiración, que se miden en una escala de 0 a 2, siendo 2 la máxima puntuación posible para cada parámetro.

⁵³ Consiste en la administración de presión positiva continua en la vía aérea, por sus siglas en inglés: Continuous Positive Airway Pressure, que permite mantener abierta la vía aérea, para tratar la dificultad respiratoria en neonatos.

Resultados

de surfactante y cafeína durante siete días. Se mantuvo hemodinámicamente estable, el ecocardiograma arrojó resultados dentro de límites normales. También se le realizó ecografía cerebral, que resultó normal. Recibió tratamiento de luminoterapia, del tercer al quinto día de nacida, y durante el noveno día, por hiperbilirrubinemia. En cuanto a la alimentación, fue parenteral hasta el noveno día, a partir del cual comenzó con tolerancia enteral que progresó favorablemente. Recibió el alta a los catorce días, con un peso de 2261 gramos. Continuó con alimentación por pecho hasta el año de vida y biberón que se mantenía al momento de la evaluación fonoaudiológica. No presentó dificultades en la incorporación de alimentos semisólidos y sólidos. El examen visual fue normal. El examen auditivo, confirmó respuestas positivas para ambos oídos en OEA realizadas a los 8 meses de edad cronológica. En relación a su desarrollo psicomotor, se reseña que adquirió la marcha independiente a los 14 meses. Realizó diez sesiones de estimulación temprana, a partir de los 9 meses de edad cronológica. A los 18 meses fue evaluada en el área de terapia ocupacional, por presentar síntomas de irritabilidad sensorial ante sonidos ambientales. En dicha evaluación se concluyó que la niña presentaba un desempeño ocupacional levemente descendido, con mayores dificultades en el procesamiento sensorial, principalmente vestibular y táctil.

Fuente: elaborado sobre datos de la historia clínica

Debido a la demora en la adquisición de primeras palabras la neuropediatra indicó evaluación fonoaudiológica. Se administró la escala de desarrollo de Bayley a fin de evaluar las áreas cognitiva, lingüística y motora. La misma se llevó a cabo cuando la paciente tenía 20 meses de edad cronológica, 18 meses de edad corregida.

En la tabla número 50 se presentan los resultados expresados en puntuaciones escalares, puntuaciones compuestas y edad equivalente de cada una de las escalas.

Tabla N° 50. Resultados de la evaluación P8 Test de Bayley

Escala	P.C.	P.E.	E.E.	Nivel
Cognitiva	100	10	19	Medio
Lenguaje	86			Medio Bajo
Lenguaje Receptivo		10	20	
Lenguaje Expresivo		5	12	
Motora	100			Medio

Resultados

atención conjunta, gestos protoindicativos, imitación. En la vertiente expresiva del lenguaje, se encuentra en el inicio de la etapa verbal, emitiendo protopalabras y alrededor de cuatro palabras con sentido. Su desempeño en este aspecto, es inferior a su edad corregida, equivalente a los 12 meses de edad, y una puntuación escalar de 5. El rendimiento lingüístico global corresponde a un nivel medio bajo, con discrepancia entre el nivel comprensivo, que está dentro de lo esperable, y el expresivo, que está descendido para la edad. Para terminar, se presentan los resultados logrados en los ítems de las subescalas Motora Fina y Gruesa.

Tabla N° 54. Resultados de la Escala Motora Fina

M Fina	Ítems de la Escala Motora Fina															Edad corregida	Grado de prematuridad					
	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40			41	42	43	44	45
P8																					18	MODERADO

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

El paciente muestra habilidades motoras finas como hacer garabatos en forma espontánea y por imitación, aunque aún no se ajusta a la dirección del trazo que se da como modelo. En la toma del lápiz usa la pinza trípode. Puede construir una torre de seis cubos, introducir monedas en una ranura. Logra separar bloques encastrados entre sí, pero no volver a unirlos.

Tabla N° 55. Resultados de la Escala Motora Gruesa

M Gruesa	Ítems de la Escala Motora Gruesa																		Edad corregida	Grado de prematuridad				
	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56			57	58	59	60
P8																							18	MODERADO

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

En motricidad gruesa se registran buenas habilidades de balance que le permiten pasar de parada a cuclillas sin apoyarse, dar algunos pasos hacia atrás, caminar lateralmente, subir y bajar escalones apoyándose en la pared, mantener el equilibrio en un pie con sostén. Aún no logra subir y bajar escalones sin apoyo, patear una pelota, saltar desde un escalón.

Las habilidades motrices están dentro de lo esperable para el desarrollo normotípico, siendo levemente superiores las de motricidad fina, que corresponden a los 21 meses de edad, con una puntuación escalar de 11; que las de motricidad gruesa, que se equiparan a los 18 meses, con un puntaje escalar de 9.

En este caso, el rendimiento cognitivo y motor corresponden al término medio, mientras que en el área del lenguaje, el desempeño de la niña califica en el rango medio bajo, a expensas del marcado desfase en el campo lingüístico expresivo, con habilidades comprensivas conservadas.

PACIENTE 9

Primeramente, se informan los datos correspondientes a los antecedentes del paciente 9, previo a la consulta fonoaudiológica.

Cuadro N° 9. Caracterización clínica del paciente 9

El Paciente 9 es un RNPT, de sexo masculino, producto de embarazo gemelar, parto por cesárea debido a la falta de crecimiento de su hermana melliza e hipertensión materna. Nació a las 33 semanas de gestación, con un peso de 2330 gramos ubicándose en la categoría de prematuro moderado. Recibió ARM durante 24 horas y halo de oxígeno por las siguientes 48 horas a causa de distrés respiratorio. Presentó hiperbilirrubinemia tratada con luminoterapia. No tuvo otras complicaciones. Los exámenes neurológicos, auditivos y visuales arrojaron resultados dentro de la normalidad.

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

Debido al retraso en la adquisición de pautas motoras y del lenguaje, su pediatra solicitó evaluación del desarrollo. Se procedió a la aplicación de las Escalas de desarrollo de Bayley III, a los 21 meses de edad cronológica, 19 de edad corregida.

En la tabla 56 se presentan las puntuaciones alcanzadas en cada una de las escalas del Test de Bayley.

Tabla N° 56. Resultados de la evaluación P9 Test de Bayley

Escala	P.C.	P.E.	E.E.	Nivel
Cognitiva	100	10	19	Medio
Lenguaje	91			Medio
Lenguaje Receptivo		8	17	
Lenguaje Expresivo		9	19	
Motora	79			Límite
Motricidad fina		7	16	
Motricidad gruesa		6	15	

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

En la tabla número 57 se presentan las respuestas a los distintos ítems administrados de la escala cognitiva.

Resultados

Tabla N° 57. Resultados de la Escala Cognitiva

EC	Items de la Escala Cognitiva																																	Edad corregida	Grado de prematurez			
	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66					
P9																																					19	MODERADO

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

En relación al desempeño cognitivo se manifestó alerta frente a las propuestas, resolvió tareas visoejecutivas, de ensartado y encastre, costándole más estas últimas. Mostró buena capacidad para resolver problemas usando estrategias efectivas a tal fin, como encontrar un objeto escondido, encontrar la abertura de una caja transparente para alcanzar un juguete, desenroscar y quitar una tapa de una botellita para obtener un cereal. Desplegó un juego funcional con objetos, no se registró juego simbólico. La puntuación escalar de 10 y compuesta de 100 implican un rendimiento cognitivo de nivel medio. El puntaje bruto alcanzado corresponde a una edad de 19 meses, concordante con su edad corregida.

En las tablas 58 y 59 se exponen las respuestas para los ítems administrados en las escalas de Lenguaje receptivo y expresivo respectivamente.

Tabla N° 58. Resultados de la Escala de Lenguaje Receptivo

LR	Items de la Escala de Lenguaje Receptivo																	Edad corregida	Grado de prematurez																		
	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26			27																	
P9																																				19	MODERADO

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

En el aspecto receptivo del lenguaje, el niño reconoció y participó en rutinas de intercambio conocidas para él, como tirar besos, esconderse, simular caerse a modo de broma. Acreditó el conocimiento de un vocabulario básico referido a objetos de uso cotidiano, pudiendo reconocerlos tanto en concreto como en imágenes. No logró responder a comandos de señalamiento de partes del cuerpo ni vestimentas, como tampoco a la identificación de acciones representadas en imágenes. Se observó que en varias ocasiones privilegia su propio interés, siendo reticente a responder a lo que el adulto le solicita, lo cual condiciona su rendimiento. La puntuación obtenida equivale a una edad de 17 meses, levemente por debajo de su edad corregida.

Tabla N° 59. Resultados de la Escala de Lenguaje Expresivo

LE	Items de la Escala de Lenguaje Expresivo																																Edad corregida	Grado de prematurez					
	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32																
P9																																						19	MODERADO

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

En el aspecto lingüístico expresivo, se registró un léxico de alrededor de quince palabras, y el uso de palabras yuxtapuestas como ‘ato papá’ por “el auto de papá”, encontrándose en el inicio del desarrollo de la sintaxis. En el lenguaje expresivo, obtuvo

Resultados

un puntaje que se equipara a los 19 meses de edad, siendo acorde a su edad corregida, con una puntuación escalar de 9.

El rendimiento global de lenguaje se clasifica en el término medio, con una puntuación compuesta de 91.

Se visualizan los resultados de los ítems de las escalas motora fina y gruesa.

Tabla N° 60. Resultados de la Escala Motora Fina

M Fina	Ítems de la Escala Motora Fina																Edad corregida	Grado de prematurez	
	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41			42
P9																		19	MODERADO

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

Las habilidades de motricidad fina registradas son el uso de la pinza fina en la toma de objetos pequeños, la capacidad de pasar las páginas de un libro, construir una torre de cuatro cubos, e introducir monedas en una ranura. En el agarre del lápiz persiste la prensión palmar no logrando todavía una toma digital. Si bien garabatea en forma espontánea, no intenta imitar trazos que se le presentan como modelo. Tampoco realizó los ítems de introducir 10 cereales en un recipiente dentro de un tiempo límite, separar bloques y sostener con la mano el papel mientras usa el lápiz con la otra. La puntuación escalar en motricidad fina fue de 7 ubicándose en el primer desvío estándar en relación a la media, y alcanzando una edad equivalente de 16 meses.

Tabla N° 61. Resultados de la Escala Motora Gruesa

M Gruesa	Ítems de la Escala Motora Gruesa																		Edad corregida	Grado de prematurez		
	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56			57	58
P9																					19	MODERADO

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

En la escala de motricidad gruesa mostró destrezas como caminar sin ayuda y con buena coordinación, ponerse en cuclillas sin apoyarse en nada, dar algunos pasos hacia atrás y lanzar una pelota. Aún no logra subir y bajar escalones tomándose de la pared o una baranda, patear una pelota, saltar desde un escalón, correr, ponerse de pie desde la posición supina sin darse vuelta a posición de prono. Pudo mantener el equilibrio sobre el pie derecho apoyándose en el adulto, pero no logró hacerlo sobre el pie izquierdo. En motricidad gruesa, la puntuación escalar fue de 6, por debajo del primer desvío estándar de la media, y la edad equivalente de 15 meses.

La puntuación compuesta fue de 79, indicando un desempeño motor Límite. Su desempeño motor global se encuentra por debajo de lo esperado para su edad corregida, siendo más descendido para las habilidades de motricidad gruesa.

El área motora es la de mayor desafío para este niño, mientras que la cognición y el lenguaje son acordes a los parámetros esperables.

PACIENTE 10

Inicialmente, se exponen los datos correspondientes a los antecedentes del paciente 10, previo a la consulta fonoaudiológica

Cuadro N° 10. Caracterización clínica del paciente 10

El Paciente 10 es un RNPT, de sexo femenino, de 30 semanas de gestación, con un peso de nacimiento de 994 gramos. Grado de prematuridad extremo. Corresponde a primigesta, que cursa con falta de crecimiento fetal intrauterino a partir del tercer mes de gestación. Nació por cesárea, requirió cincuenta días de internación en neonatología. Recibió oxígeno por CPAC, las primeras horas. El resto de la internación fue para recupero nutricional. En cuanto a la alimentación, fue a través de sonda orogástrica por un período aproximado de treinta días. Continuó con alimentación por biberón que se mantenía al momento de la evaluación fonoaudiológica. No presentó dificultades en la incorporación de alimentos semisólidos y sólidos. El examen visual fue normal. El examen auditivo, confirmó respuestas positivas para ambos oídos en OEA

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

Debido a que su desarrollo psicomotor fue demorado, realizó sesiones de estimulación temprana, que se vieron interrumpidas a causa del aislamiento obligatorio dispuesto ante la pandemia por covid-19. Logró marcha independiente a los 15 meses. Fue derivada a fonoaudiología para determinar el nivel de desarrollo comunicativo/lingüístico, y realizar evaluación del desarrollo con Escalas Bayley, la que se llevó a cabo a los 26 meses de edad cronológica, 23 y medio de edad corregida. Si bien es una niña de 2 años, 2 meses, se decide mantener la corrección de edad por prematuridad, siguiendo el criterio de su pediatra y considerando que se trata de una prematura extrema.

A continuación, en la tabla número 62 se presentan los resultados expresados en puntuaciones escalares, puntuaciones compuestas y edad equivalente de cada una de las escalas.

Tabla N° 62. Resultados de la evaluación P10 Test de Bayley

Escala	P.C.	P.E.	E.E.	Nivel
Cognitiva	100	10	25	Medio
Lenguaje	97			Medio

Resultados

Tabla N° 65. Resultados de la Escala de Lenguaje Expresivo

LE	Ítems de la Escala de Lenguaje Expresivo																	Edad corregida	Grado de prematurez				
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33			34	35	36	37
P10																						23 1/2	EXTREMO

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

En cuanto a la expresión verbal, posee un léxico de alrededor de veinte palabras, y utiliza palabras yuxtapuestas, encontrándose en el inicio del desarrollo de la sintaxis. En el lenguaje expresivo, obtuvo un puntaje que se equipara a los 21 meses de edad, encontrándose levemente descendido para su edad corregida, con una puntuación escalar de 8. Sin embargo, su nivel de desempeño global de lenguaje, se ubica en el grado de rendimiento medio, con puntuación compuesta 97.

Para terminar, se muestran los resultados de los ítems de las escalas motoras.

Tabla N° 66. Resultados de la Escala Motora Fina

M Fina	Ítems de la Escala Motora Fina																	Edad corregida	Grado de prematurez										
	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42			43	44	45	46	47	48	49	50	51	
P10																												23 1/2	EXTREMO

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

En la escala de motricidad fina se debió aplicar la regla de retorno porque no cumplió con un ítem de la serie correspondiente a su edad, sin embargo alcanzó luego una puntuación suficiente para ubicarla dentro de la media. Logró construir una torre de ocho cubos y un tren con cubos, introducir monedas en una ranura, separar bloques encastrados, guardar 10 cereales uno a uno a través del orificio de un recipiente en un tiempo límite de un minuto. En la toma del lápiz usa una prensión de transición en la que se da oposición parcial del pulgar. Sostiene la hoja con una mano mientras garabatea con la otra. No intenta imitar trazos sino que hace garabatos espontáneos.

Tabla N° 67. Resultados de la Escala Motora Gruesa

M Gruesa	Ítems de la Escala Motora Gruesa														Edad corregida	Grado de prematurez												
	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55			56	57	58	59	60	61	62	63				
P10																											23 1/2	EXTREMO

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

En la escala de motricidad gruesa también se aplicó la regla de retorno. Aún no adquirió destrezas como correr con cierta coordinación, saltar desde un escalón, subir y bajar escalones sin apoyarse. Logra agacharse sin ningún apoyo, dar pasos hacia atrás, subir y bajar escalones tomándose de la pared o una baranda, mantenerse en un pie con apoyo, pararse desde la posición supina sin dar media pasando a posición de prono antes de incorporarse.

Resultados

Las habilidades motrices, con puntuación compuesta 91, están dentro del nivel medio de desempeño esperable para el desarrollo normotípico. Resultaron levemente superiores las de motricidad fina, equiparándose a los 24 meses y con puntuación escalar de 9, que las de motricidad gruesa, que corresponden a los 20 meses, con puntuación escalar de 8.

La niña evidencia un desempeño acorde a lo esperado en las tres áreas evaluadas, siendo la cognitiva, el lenguaje receptivo y la motricidad fina, las de mayor fortaleza. El lenguaje expresivo y la motricidad gruesa se ven levemente descendidos.

PACIENTE 11

En el siguiente cuadro se informan los antecedentes del paciente 11, previo a la consulta fonoaudiológica.

El Paciente 11 es un RNPT, de sexo femenino, nacido por parto normal a las 30 semanas de gestación, con un peso de 1455 gramos, ubicándose en la categoría de muy prematuro. Nace con una maduración pulmonar fetal incompleta con hipotonía y cianosis, puntuando con un APGAR de 6/7/8. Se mantuvo con ARM durante 48 horas, extubándose a CPAP que continuó durante 20 días. Aspecto infectológico, cardiológico y endocrinológico sin complicaciones. Dentro del aspecto hematológico recibió luminoterapia como profilaxis durante 72 hs. En cuanto a lo nutricional, inició alimentación enteral a las 48 hs de vida, nutrición parenteral por 4 días completos logrando buena evolución de la succión. Egresó a los 52 días, sin signos de dificultad respiratoria, con un peso de 2620 gramos alimentándose de pecho materno. Los exámenes auditivos por OTA fueron normales. A los 2 meses de vida se realizó ecodoppler cerebral que informó estructuras intracraneanas dentro de límites normales.

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

A los 8 meses inició tratamiento de estimulación temprana kinesiológica por derivación del pediatra, debido a la demora en la adquisición de pautas motoras esperables. Este se extendió hasta los 12 meses de edad de la paciente viéndose interrumpido a causa del aislamiento obligatorio dispuesto ante la pandemia por covid-19. Volvió a consulta de estimulación temprana a los 33 meses de edad por la tardanza en el desarrollo del lenguaje. En ese momento se realizó evaluación en el área de fonoaudiología aplicándose la escala de desarrollo Bayley.

Resultados

Tabla N° 70 Resultados de la Escala de Lenguaje Receptivo

LR	Ítems de la Escala de Lenguaje Receptivo																								Edad corregida	Grado de prematuridad
	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42		
P11																									33	MUY PREMATURO

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

Tabla N° 71. Resultados de la Escala de Lenguaje Expresivo

LE	Ítems de la Escala de Lenguaje Expresivo															Edad corregida	Grado de prematuridad	
	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34			35
P11																	33	MUY PREMATURO

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

En esta niña el funcionamiento lingüístico global, con una puntuación compuesta de 88, corresponde a un nivel medio bajo, con discrepancia entre el aspecto comprensivo y el expresivo, viéndose más descendido este último.

En relación al plano receptivo, pudo responder a comandos verbales simples y demostró conocer un vocabulario básico referido a partes del cuerpo, objetos de uso cotidiano, vestimenta, juguetes, animales, acciones, colores. Aún no comprende conceptos básicos de relaciones espaciales, ni pronombres y determinantes. Alcanzó una puntuación escalar de 9, y una edad equivalente de 30 meses.

En el plano expresivo, se constató que privilegia el uso de gestos protoindicativos para dar a conocer lo que desea. Se registraron escasas emisiones orales, más de tipo onomatopéyicas, algunas aproximaciones de palabras como 'tatata' por pelota, y expresiones como 'miá guaguau' por mira el guaguau. Posee un léxico expresivo de quince palabras aproximadamente, que produce con gran simplificación fonológica. Su desempeño en este aspecto se ubica en el primer desvío estándar de la media, con una puntuación escalar de 6 y una edad equivalente de 21 meses.

Se presentan los resultados logrados en los ítems de las escalas Motora Fina y Gruesa.

Tabla N° 72. Resultados de la Escala Motora Fina

M Fina	Ítems de la Escala Motora Fina																					Edad corregida	Grado de prematuridad
	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51		
P11																						33	MUY PREMATURO

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

En el área de motricidad fina resuelve tareas como introducir monedas en una ranura, apilar seis cubos, construir un tren con cubos, separar y volver a encastrar bloques. Usa prensión en trípode para tomar el lápiz, mientras sostiene la hoja con la otra mano. Imita trazos en dirección vertical, horizontal y circular. Aún no realiza acciones de mayor precisión como el enhebrado, no pudiendo pasar un cordón a través de cubos agujereados.

Resultados

Tabla N° 73. Resultados de la Escala Motora Gruesa

M Gruesa	Items de la Escala Motora Gruesa																Edad corregida	Grado de prematuridad					
	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63			64	65	66	67	68
P11																						33	MUY PREMATURO

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

En el área de motricidad gruesa se constata que camina en distintas direcciones, hacia atrás, de lado y hacia adelante en línea recta. También puede correr con cierta coordinación, balancear el pie para patear una pelota, subir y bajar escalones sosteniéndose de la baranda, mantener el equilibrio en un pie apoyándose en el adulto. Todavía no logra saltar desde un escalón, subir y bajar escalones sin apoyo.

En la escala motora fina, la puntuación escalar fue 9, y la edad equivalente de 31 meses, siendo ésta el área de mayor fortaleza para la niña. Sin embargo, el rendimiento global en el aspecto motor, con una puntuación compuesta de 88, calificó en el nivel medio bajo, debido al descenso en el área motora gruesa. En esta última la puntuación escalar fue 7 y la edad equivalente 24 meses.

En este caso, el área cognitiva es la de mejor desempeño. En las áreas de lenguaje y motricidad el rendimiento es medio bajo y dentro de éstas, el lenguaje expresivo y la motricidad gruesa son los dominios más comprometidos.

PACIENTE 12

En el siguiente cuadro se informan los antecedentes del paciente 12 previo a la consulta fonoaudiológica.

El Paciente 12 es un RNPT, de sexo masculino, con antecedente de hipertensión materna, nacido a las 28 semanas de gestación, con un peso de 920 gramos. Grado de prematuridad extremo. Estuvo en UCIN durante 3 meses, con ARM durante el primer mes de vida y luego con soporte de oxígeno. En el aspecto neurológico se informa la presencia de leucomalacia⁵⁴ comprobada con resonancia magnética nuclear. El examen oftalmológico reveló nervios ópticos pálidos. Posteriormente se confirmó presencia de nistagmo y agudeza visual disminuida.

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

Recibió tratamiento en el centro municipal de estimulación temprana de su lugar de residencia, hasta los 2 años de edad. Luego fue derivado para realizar evaluación de neurodesarrollo por equipo interdisciplinario en un centro privado. A los 33 meses de

⁵⁴ La leucomalacia periventricular es el daño y el reblandecimiento de la sustancia blanca, alrededor o cerca de los ventrículos, espacios en el cerebro que contienen el líquido céfalorraquídeo.

Resultados

edad cronológica se le administró el Test de Bayley, a fin de evaluar su desempeño en las áreas cognitiva, de lenguaje y motora.

En la tabla número 74 se exhiben las puntuaciones escalares, puntuaciones compuestas y edad equivalente de cada una de las escalas.

Tabla N° 74. Resultados de la evaluación P12 Test de Bayley

Escala	P.C.	P.E.	E.E.	Nivel
Cognitiva	65	3	17	Muy Bajo
Lenguaje	74			Límite
Lenguaje Receptivo		5	18	
Lenguaje Expresivo		6	19	
Motora	64			Muy Bajo
Motricidad fina		4	17	
Motricidad gruesa		4	16	

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

Seguidamente se presentan los resultados correspondientes a los ítems aplicados en la escala cognitiva.

Tabla N°75. Resultados de la Escala Cognitiva

EC	Ítems de la Escala Cognitiva														Edad corregida	Grado de prematurez											
	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53			54	55	56	57	58	59	60	61	62		
P12																										33	EXTREMO

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

En el primer contacto que se tomó con el paciente se observó un nivel de funcionamiento por debajo de lo esperado, de modo tal que se inició la toma del test en una serie anterior a la correspondiente. Aun así, se debió aplicar dos veces la regla de retorno, alejándose del rango de pruebas propias de los 2 años en adelante. Resolvió tareas como encontrar un objeto escondido incluso cuando se invirtió el lugar de escondite inicial, ensartar clavijas en un tablero dentro del tiempo pautado, guardar cubos en un recipiente persistiendo en la progresión uno a uno. Falló en actividades visoejecutivas de encastres de formas simples. No pudo sostener la atención durante el relato de un cuento breve, tampoco desplegar juego relacional ni simbólico. Sus períodos de atención son breves, tendiendo a abandonar las actividades sin concluirlos. Mantuvo conductas repetitivas en la manipulación del material que se le ofreció. La puntuación escalar de 3, y compuesta de 65, cae por debajo de los dos desvíos

Resultados

estándar, representando un rendimiento cognitivo muy bajo. El puntaje bruto obtenido se equipara a los 17 meses de edad.

Se continúa con la presentación de los resultados en los ítems administrados para las escalas de lenguaje receptivo y expresivo

Tabla N° 76. Resultados de la Escala de Lenguaje Receptivo

LR	Ítems de la Escala de Lenguaje Receptivo																Edad corregida	Grado de prematurez				
	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28			29	30	31	32
P12																					33	EXTREMO

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

En la evaluación se mostró inhibido y muy apegado a su mamá. Poco a poco pudo separarse de ella e interactuar con el terapeuta. Aceptó las distintas propuestas lúdicas, pero en ningún momento inició el intercambio, y evidenció un bajo nivel de reciprocidad en el vínculo con el adulto.

En la escala de lenguaje receptivo se aplicó tres veces la regla de retorno hasta conseguir el nivel base. Pudo reconocer por su nombre tres entre cinco objetos presentados, y seis de doce imágenes. No cooperó en tareas en las que debía seguir instrucciones como señalar prendas de vestir o partes del cuerpo, o realizar acciones como dar de comer, peinar a un muñeco. La puntuación escalar fue 5, y la edad equivalente de 18 meses en habilidades de comprensión verbal.

Tabla N° 77. Resultados de la Escala de Lenguaje Expresivo

LE	Ítems de la Escala de Lenguaje Expresivo																Edad corregida	Grado de prematurez								
	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25			26	27	28	29	30	31	32	33
P12																									33	EXTREMO

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

En la escala de lenguaje expresivo también se debió usar dos veces la regla de retorno hasta conseguir el nivel base. Es un niño que se expresa verbalmente pero no siempre lo hace con intención comunicativa. Durante la evaluación se mostró silencioso, no usó gestos ni palabras para expresar algún deseo o necesidad. Nombró algunos objetos y figuras, como 'ato' por gato, 'ota' por pelota, 'amion' por auto. Nominó colores como rojo, amarillo, verde, azul, pero sin reconocerlos. Respondió preguntas simples con Si-No. Sus producciones orales consisten en palabras aisladas, no se registró la yuxtaposición de dos palabras. Obtuvo una puntuación escalar de 6, y una edad equivalente a 19 meses para habilidades de lenguaje expresivo.

La puntuación compuesta de lenguaje fue 74, ubicando su rendimiento en el rango límite entre un desempeño medio bajo y muy bajo, siendo parejo e igualmente descendido tanto para el aspecto comprensivo como expresivo.

Resultados

Se presentan los resultados de los ítems administrados en las escalas Motora Fina y Gruesa.

Tabla N° 78. Resultados de la Escala Motora Fina

M Fina	Ítems de la Escala Motora Fina														Edad corregida	Grado de prematurez								
	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35			36	37	38	39	40	41	42	
P12																							33	EXTREMO

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

Tanto en la escala motora fina como gruesa, fue necesario aplicar dos veces la regla de retorno. Manifestó destrezas motoras finas como pasar las páginas de un libro, tomar un cereal usando pinza fina, separar bloques encastrados, guardar 10 confites en un recipiente pequeño en un tiempo de 1'. Hace garabatos en forma espontánea, aún no intenta imitar los trazos que el adulto le presenta como modelo. La toma del lápiz es palmar. No logra apilar más de dos cubos, ni introducir monedas en una ranura.

Tabla N° 79. Resultados de la Escala Motora Gruesa

M Gruesa	Ítems de la Escala Motora Gruesa														Edad corregida	Grado de prematurez								
	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52			53	54	55	56				
P12																							33	EXTREMO

Fuente: elaborado sobre datos de la investigación

Como destrezas motoras gruesas se verifican la marcha independiente y con buena coordinación, la posición de cuclillas sin sostén, la capacidad de lanzar una pelota, subir escalones apoyándose en la pared y ponerse de pie desde acostado, sin girar boca abajo antes de levantarse. Todavía no logra bajar escalones sosteniéndose de la pared o baranda, mantener el equilibrio en un pie con soporte del adulto, correr, saltar, patear una pelota balanceando el pie.

Igual que en la escala cognitiva, en la escala motora obtuvo un rendimiento muy bajo, con una puntuación compuesta de 64. El desempeño en funciones de motricidad fina y gruesa fue desfasado en forma semejante, alcanzando una puntuación escalar de 4 para ambas subescalas, y una edad equivalente de 17 meses en motricidad fina y 16 meses en motricidad gruesa.

Este niño evidenció un desempeño global muy por debajo de los niveles esperados para su edad, encontrándose comprometidas las tres áreas evaluadas, cognitiva, lingüística y motora.



CONCLUSIONES



Conclusiones

En la mayoría de los niños de la muestra, los índices cognitivos se encuentran dentro de la clasificación de rendimiento medio, es decir que no exhiben déficit cognitivo al momento de la evaluación. Dos de los niños presentan un rendimiento medio bajo y solo en un caso el rendimiento es muy bajo. Considerando, en el grupo estudiado, la proporción de niños que se encuentra dentro de la norma estadística para la escala cognitiva, el antecedente de prematuridad en sí mismo no implicó mayor riesgo para este aspecto del neurodesarrollo. En coincidencia con lo expuesto por Linsell et al. (2015), dentro del funcionamiento cognitivo general de los niños en los que se registraron dificultades, las más frecuentes fueron las vinculadas al sostenimiento de la atención en la resolución de tareas visoejecutivas. En cuanto al área del lenguaje, la mitad de los niños de la muestra presentan un desempeño lingüístico dentro de la media esperable, manifestando habilidades preverbales y verbales acordes a la edad. Pero la otra mitad exhibe compromiso lingüístico de distinto grado, viéndose demorado el desarrollo del lenguaje con mayor compromiso de la vertiente expresiva. En estos casos, se constató una prolongada permanencia en la etapa prelingüística y falta de incorporación de elementos inherentes a la etapa lingüística, como escasa producción de formas próximas a la palabra y dilación en la adquisición de las primeras palabras con sentido. En el aspecto comprensivo las dificultades más usuales halladas consistieron en ausencia de respuesta a comandos verbales simples y demora en el acceso al reconocimiento del significado de las palabras. Esto coincide con los hallazgos de Farias et al. (2017) quienes encontraron retrasos en la comunicación preverbal y verbal temprana, manifiestos en una demora en la aparición de vocalizaciones, falta de uso de gestos, lenta progresión en la adquisición de las primeras palabras y del desarrollo verbal posterior. En cuanto al desempeño de las destrezas motoras, menos de la mitad de la muestra evidencia índices correspondientes a un nivel medio de rendimiento en la escala motora general. En el resto de los casos se registró compromiso del componente motor de distinto tipo, afectación de la motricidad fina, gruesa o de ambas. Estos hallazgos son coincidentes con lo expuesto en el trabajo de revisión de Jiménez Benítez (2019) quien señala que los niños prematuros presentan menor habilidad motriz fina y gruesa en comparación con los niños nacidos a término. Cuatro de los siete pacientes que mostraron un rendimiento descendido en la escala motora, también revelaron un descenso en habilidades de lenguaje. Esto concuerda con lo referido por Ross, Demaria y Yap (2018) quienes encontraron que los niños prematuros con retraso motor puntuaron también más bajo en lenguaje receptivo y expresivo.

Conclusiones

La principal limitación de esta investigación es el tamaño reducido y la heterogeneidad de la muestra, por lo que no se pueden realizar generalizaciones de los resultados. Por otra parte la variabilidad en la distribución de los resultados obtenidos no permite establecer una relación entre el grado de prematurez y la afectación del nivel cognitivo, las habilidades del lenguaje y destrezas motoras. No obstante, este trabajo pretende hacer un aporte de información acerca de las dificultades que los niños prematuros pueden presentar en el neurodesarrollo, dimensionarlas y así favorecer la práctica clínica al aislar indicadores de afección, utilizando un instrumento que permita evaluarlos tempranamente. Es conocido que la prematuridad constituye un factor de riesgo para el desarrollo y que los niños prematuros componen una población vulnerable a presentar dificultades en alguna de sus áreas. No obstante, los procesos cognitivos, lingüísticos y motores no se fundan sólo sobre estructuras biológicas indemnes, sino que resultan del permanente interjuego entre factores genéticos, biológicos y medioambientales. Teniendo en cuenta que la evaluación se llevó a cabo en niños de edades tempranas, se considera necesario evaluar regularmente las habilidades cognitivas, lingüísticas y motoras para monitorear su progreso a lo largo del tiempo. Este seguimiento contribuirá a la detección a tiempo de patrones atípicos del desarrollo y a la implementación de intervenciones oportunas o programas específicos que actúen preventivamente y disminuyan el impacto que la prematurez puede tener en la maduración del niño. El rol del fonoaudiólogo en estas tareas de prevención, evaluación, detección e intervención temprana resulta esencial.

De acuerdo con todo lo planteado, se proponen los siguientes interrogantes para futuras investigaciones:

¿Cuáles son las alteraciones del neurodesarrollo que se asocian al grado de prematurez?

¿Qué factores medioambientales inciden en el desarrollo cognitivo, lingüístico y motor del niño prematuro?

¿Qué perfil de funcionamiento lingüístico se identifica en los niños prematuros a los 5 años?

¿En qué medida se asocian los retrasos en la motricidad con las dificultades en el lenguaje en los niños prematuros?



BIBLIOGRAFÍA



Bibliografía

ANTÚNEZ BALLESTEROS, Milena, et al. Factores pronósticos en el neurodesarrollo del paciente prematuro. 2017.

BAYLEY, Nancy, 2005. Escalas Bayley de desarrollo infantil-III. Manual Técnico. Pearson. Madrid. ISBN 978-84-15552-37-6.

CERDAS NÚÑEZ, Jeannette; MURILLO ROJAS, Marielos. El desarrollo del lenguaje en los primeros cuatro años de vida: cómo favorecerlo desde la cotidianidad del espacio educativo. *Revista electrónica leer, escribir y descubrir*, 2017, vol. 1, no 2, p. 3.

CERIANI CERNADAS, José M. Los cambios en la definición del recién nacido de término y su implicancia en los cuidados perinatales: ¿Se están cumpliendo? *Archivos argentinos de pediatría*, 2017, vol. 115, no 5, p. 410-411.

CORDERO BENITO, María, et al. La evaluación de las primeras etapas del desarrollo del lenguaje. Estado de la cuestión. 2016.

DÍAZ FIDALGO, Laia, et al. La prematuridad en el desarrollo comunicativo y lingüístico de 0 a 36 meses. Una revisión sistemática. 2020.

FARIÁS, Paula Nahir, et al. Influencia de la prematurez en el desarrollo de la comunicación. *Revista Faso*, 2017, p. 37-42.

FERNÁNDEZ-CANO RODRÍGUEZ, Ángela. Niños Prematuros en el Ámbito Hospitalario: Atención Temprana y Seguimiento. 2021.

FLÓREZ, Jorge Alexander Ríos; CANO, Tatiana. Influencia del nacimiento prematuro en el desarrollo neuropsicológico infantil. *Psicoespacios: Revista virtual de la Institución Universitaria de Envigado*, 2016, vol. 10, no 16, p. 201-238.

HERNÁNDEZ MONROY, Roberto. *Evaluación del neurodesarrollo con escala de Bayley III y factores de riesgo asociados a resultados subóptimos en una cohorte de prematuros*. 2020. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Nuevo León.

HERNÁNDEZ SATRIANO, Andrea. Influencia del nacimiento prematuro en el desarrollo lingüístico del niño hispanohablante. 2021.

HERRERA, Jonathan Arturo Vivas. ¿Por qué el estudio del lenguaje es fundamental para la cognición? *Sophia: Colección de Filosofía de la Educación*, 2016, n° 20, p. 67-85.

JIMÉNEZ BENÍTEZ, Victoria. Nacimiento prematuro o con bajo peso al nacer y desarrollo del lenguaje. 2019.

LINSELL, Louise, et al. Factores Pronósticos para déficit cognitivo en niños nacidos muy prematuros o con muy bajo peso Una Revisión sistemática. 2015.

MAGÁN MAGANTO, María Carmen. Resumen de tesis. Características neuropsicológicas y alteraciones del neurodesarrollo en niños con nacimiento prematuro. 2021.

MAGGIO, Verónica, 2020. Capítulo 2 Una síntesis sobre el desarrollo típico de la comunicación y el lenguaje. En: *Comunicación y Lenguaje en la infancia*. 1ª Edición marzo 2020. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Editorial Paidós. Pag. 43 a 62. ISBN 978-950-12-9892-5.

Bibliografía

MATOS-ALVISO, L. J., et al. La prematuridad: epidemiología, causas y consecuencias, primer lugar de mortalidad y discapacidad. *Salud Jalisco*, 2021, vol. 7, no 3, p. 179-186.

MENÉNDEZ MAISSONAVE, Camila Belén. El nacimiento pretérmino y su impacto en el desarrollo infantil: la intervención ultratemprana en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. 2020.

MENENDEZ MAISSONAVE, Camila Belen; HERRERA, María Inés. *El nacimiento pretérmino y su impacto en el desarrollo infantil*. En *XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires, 2019.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, 2021. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud-presento-la-politica-integral-para-la-prematurez-centrada-en-la-prevencion>.

MONTERO, Hilda Paitanmala. El Neurodesarrollo de los Niños Prematuros: Perspectivas Neurodevelopmental in premature infants: Perspectives. *REVISTA PERUANA DE PEDIATRÍA*, 2015, vol. 68, no 1, p. 51.

OIBERMAN, Alicia; PAOLINI, Cynthia; MANSILLA, Mariela. Escala Argentina de Inteligencia Sensorio-motriz (EAIS): percentiles nacionales. *Interdisciplinaria*, 2012, vol. 29, no 2, p. 271-286.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2018. *Nacimiento prematuro*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.

RICAURTE-JIJÓN, Clelia Celeste; LARREA-RICAURTE, Libeth. Prematurez como factor de riesgo para el crecimiento y neurodesarrollo. *Polo del Conocimiento*, 2021, vol. 6, no 3, p. 2361-2377.

ROSS, Gail; DEMARIA, Rebecca; YAP, Vivien. La relación entre los retrasos motores y el desarrollo del lenguaje en niños prematuros de muy bajo peso al nacer a los 18 meses de edad corregida. *Revista de investigación del habla, el lenguaje y la audición*, 2018, vol. 61, nº 1, pág. 114-119.

SALDARRIAGA-ZAMBRANO, Pedro J.; BRAVO-CEDENO, Guadalupe del R.; LOOR-RIVADENEIRA, Marlene R. La teoría constructivista de Jean Piaget y su significación para la pedagogía contemporánea. *Dominio de las Ciencias*, 2016, vol. 2, no 3 Especial, p. 127-137.

SCHONHAUT, Luisa, et al. Prematuros moderados y tardíos, un grupo de riesgo de menor desarrollo cognitivo en los primeros años de vida. *Revista chilena de pediatría*, 2012, vol. 83, no 4, p. 359-365.

SEGOVIA GÓMEZ, Luis Ismael. *Validación de un protocolo de manejo de problemas respiratorios en niños prematuros que acuden al Hospital Verdi Cevallos Portoviejo Ecuador*. 2014. Tesis de Maestría. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Graduados.

SEGUNDO INFORME NACIONAL DE RELEVAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO SIP-GESTIÓN. Avances en la implementación a escala nacional del sistema de información en salud de la mujer y perinatal orientado a la Gestión (SIP-Gestión) en

Bibliografía

Argentina, 2018. ISBN: 978-92-75-32012-9. Recuperado de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49147/9789275320129-spa.pdf?sequence=3&isAllowed=y>.

SUÁREZ ORTIZ, Laura Milena. Comparación del desarrollo de la inteligencia sensorio-motriz en bebés prematuros del programa madre canguro y bebés nacidos a término. En *VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires, 2015.

TORRES GONZÁLEZ, Cynthia, et al. Inteligencia general en niños nacidos prematuramente. *Cuadernos de Neuropsicología*, 2016, vol. 10, no 2, p. 142-164.

ANÁLISIS FONOAUDIOLÓGICO DEL DESEMPEÑO COGNITIVO, LINGÜÍSTICO Y MOTOR EN NIÑOS PREMATUROS

Garrera Silvina Andrea -Lojda María Laura

INTRODUCCIÓN

El nacimiento pretérmino constituye un factor de riesgo biológico que puede incidir en el neurodesarrollo. Los niños prematuros pueden presentar tempranamente retrasos que afecten, entre otras áreas del desarrollo, la cognición, el lenguaje y la motricidad, comparados con la población general.

OBJETIVO

El objetivo general es indagar el desempeño cognitivo, comunicativo-lingüístico y motor en niños prematuros entre los 11 y 33 meses de edad, en consulta fonoaudiológica privada, en la ciudad de Campana desde el 2015 al 2022.

MATERIALES Y MÉTODO

Este trabajo se realiza con un enfoque descriptivo observacional, no experimental, transversal. Se estudia el desempeño cognitivo, el desarrollo comunicativo-lingüístico comprensivo y expresivo y el desarrollo motor grueso y fino, a partir del análisis de una muestra de doce niños prematuros, evaluados con Escala Bayley III del Desarrollo Infantil.

RESULTADOS

La mayoría de los niños de la muestra presenta índices cognitivos de rendimiento medio, es decir que no exhibe déficit cognitivo al momento de la evaluación. En el área del lenguaje, la mitad de los niños evaluados presenta un desempeño lingüístico dentro de la media esperable, manifestando habilidades preverbales y verbales acordes a la edad, pero la otra mitad exhibe compromiso lingüístico de distinto grado, viéndose demorado el desarrollo del lenguaje con mayor compromiso de la vertiente expresiva. En la escala motora menos de la mitad de la muestra evidencia índices correspondientes a un nivel medio de rendimiento, en el resto de los casos se registró compromiso motor de distinto tipo, con afectación de la motricidad fina, gruesa o de ambas.

CONCLUSIONES

Los niños prematuros componen una población vulnerable a presentar dificultades en alguna de las áreas del desarrollo, por ello se considera necesario evaluar tempranamente y realizar seguimiento periódico de las habilidades cognitivas, lingüísticas y motoras. La detección a tiempo de patrones atípicos en la evolución permitirá implementar intervenciones oportunas que disminuyan el impacto que la prematuridad pueda tener en la maduración del niño.

Tabla N° 2 Puntuación Compuesta (PC), Puntuación Escalar (PE) y Edad Equivalente (EE). Datos obtenidos por Escala Cognitiva del Test de Bayley III.

	ESCALA COGNITIVA				GRADO PREMATUREZ
	PC ⁽¹⁾	PE ⁽²⁾	EE ⁽³⁾	NIVEL	
P1	90	8	8	Medio	EXTREMO
P2	85	7	9	Medio Bajo	MODERADO
P3	100	10	12	Medio	MUY PREMATURO
P4	100	10	12	Medio	MUY PREMATURO
P5	100	10	14	Medio	MUY PREMATURO
P6	105	11	16	Medio	MODERADO
P7	85	7	17	Medio Bajo	MUY PREMATURO
P8	100	10	19	Medio	MODERADO
P9	100	10	19	Medio	MODERADO
P10	100	10	25	Medio	EXTREMO
P11	95	9	30	Medio	MUY PREMATURO
P12	65	3	17	Muy Bajo	EXTREMO

Fuente: elaborado sobre los datos de la investigación.

Tabla N° 4 Puntuación Compuesta (PC), Puntuación Escalar (PE) y Edad Equivalente (EE) datos obtenidos por Escala de Lenguaje del Test de Bayley III.

	ESCALA DE LENGUAJE						GRADO PREMATUREZ
	PC	PE		EE		NIVEL	
		Receptivo	Expresivo	Receptivo	Expresivo		
P1	57	10	9	9	8	Medio	EXTREMO
P2	59	8	8	9	9	Medio Bajo	MODERADO
P3	63	8	6	10	8	Medio Bajo	MUY PREMATURO
P4	54	8	10	10	12	Medio	MUY PREMATURO
P5	57	9	10	13	14	Medio	MUY PREMATURO
P6	106	11	11	16	16	Medio	MODERADO
P7	62	8	3	11	10	Muy Bajo	MUY PREMATURO
P8	86	10	5	20	12	Medio Bajo	MODERADO
P9	91	8	9	17	19	Medio	MODERADO
P10	57	10	8	24	21	Medio	EXTREMO
P11	86	9	6	30	21	Medio Bajo	MUY PREMATURO
P12	74	5	6	18	19	Límite	EXTREMO

Fuente: elaborado sobre los datos de la investigación.

Tabla N° 6 Puntuación Compuesta (PC), Puntuación Escalar (PE) y Edad Equivalente (EE) datos obtenidos por Escala Motora del Test de Bayley III.

	ESCALA MOTORA						GRADO PREMATUREZ
	PC	PE		EE		NIVEL	
		Fina	Gruesa	Fina	Gruesa		
P1	91	8	9	9	9	Medio	EXTREMO
P2	85	8	7	9	9	Medio Bajo	MODERADO
P3	91	10	7	12	10	Medio	MUY PREMATURO
P4	88	9	7	11	10	Medio Bajo	MUY PREMATURO
P5	79	8	5	11	10	Límite	MUY PREMATURO
P6	94	10	8	17	14	Medio	MODERADO
P7	72	8	5	16	14	Límite	MUY PREMATURO
P8	100	11	9	21	18	Medio	MODERADO
P9	75	7	6	16	15	Límite	MODERADO
P10	91	9	8	24	20	Medio	EXTREMO
P11	88	9	7	31	24	Medio Bajo	MUY PREMATURO
P12	64	4	4	17	16	Muy Bajo	EXTREMO

Fuente: elaborado sobre los datos de la investigación.

REPOSITORIO DIGITAL DE LA UFASTA

AUTORIZACION DEL AUTOR¹

En calidad de TITULAR de los derechos de autor de la obra que se detalla a continuación, y sin infringir según mi conocimiento derechos de terceros, por la presente informo a la Universidad FASTA mi decisión de concederle en forma gratuita, no exclusiva y por tiempo ilimitado la autorización para:

- ✓ Publicar el texto del trabajo más abajo indicado, exclusivamente en medio digital, en el sitio web de la Facultad y/o Universidad, por Internet, a título de divulgación gratuita de la producción científica generada por la Facultad, a partir de la fecha especificada.
- ✓ Permitir a la Biblioteca que sin producir cambios en el contenido, establezca los formatos de publicación en la web para su más adecuada visualización y la realización de copias digitales y migraciones de formato necesarias para la seguridad, resguardo y preservación a largo plazo de la presente obra.

1. Autor:

Apellido y Nombre _____

Tipo y N° de Documento _____

Teléfono/s _____

E-mail _____

Título obtenido _____

2. Identificación de la Obra:

TITULO de la obra (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación)

Fecha de defensa ____/____/20____

3. AUTORIZO LA PUBLICACIÓN BAJO CON LALICENCIA Creative Commons
(recomendada, si desea seleccionar otra licencia visitar
<http://creativecommons.org/choose/>)



Este obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

4. NO AUTORIZO: marque dentro del casillero []

NOTA: Las Obras (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación) **no autorizadas** para ser publicadas en TEXTO COMPLETO, serán difundidas en el Repositorio Institucional mediante su cita bibliográfica completa, incluyendo Tabla de contenido y resumen. Se incluirá la leyenda "Disponible sólo para consulta en sala de biblioteca de la UFASTA en su versión completa

Firma del Autor Lugar y Fecha

¹ Esta Autorización debe incluirse en la Tesina en el reverso ó pagina siguiente a la portada, debe ser firmada de puño y letra por el autor. En el mismo acto hará entrega de la versión digital de acuerdo a formato solicitado.