



Etapas de desarrollo

Desde el alta hospitalaria hasta la edad de escolarización

- Cuando se acerca la vuelta a casa
- Los padres deben preparar (y prepararse para) el alta
- Una vez en casa
- Observación y valoración del desarrollo evolutivo. Atención Temprana
- Seguimiento del desarrollo del niño desde el nacimiento y durante su escolarización (Educación Infantil)
- Principales apoyos y recursos
- Detección precoz de alteraciones: Signos de alarma
- Hitos del desarrollo de 0 a 36 meses (edad corregida)
- Incorporación del niño prematuro a la escuela: El papel de los Equipos de Atención Temprana
- Preguntas frecuentes sobre niños prematuros entre los 0 y los 3 años de edad
- Fuentes y referencias consultadas

[Volver al índice](#)

Cuando se acerca la vuelta a casa

Durante el periodo que el bebé permanece en la unidad de neonatos, los padres se ven invadidos por diversas emociones: por un lado, la angustia del día a día, de los cables y de los aparatos, de las alarmas, de los continuos análisis y revisiones, el temor a las noticias que se van a recibir en cada informe; por otro, la confianza en el equipo y los medios técnicos, en los avances médicos que posibilitarán la solución a cualquier contingencia que pueda presentarse.

Finalmente, tras un periodo variable en función de cuánto se haya adelantado el nacimiento y de las circunstancias que hayan ido dándose, el bebé ya está preparado para irse a casa. Ha alcanzado el peso suficiente y puede regular su temperatura corporal y respirar y seguramente alimentarse por sí mismo, pero ¡se le ve tan pequeño y frágil! Surgen ahora otro tipo de temores sobre cómo hacer frente al día a día y a los posibles problemas, a la incertidumbre sobre el futuro...

El equipo médico del hospital informará al alta de los protocolos que se deben seguir en adelante, de la periodicidad de las visitas al pediatra y a otros especialistas, si los precisara; también puede aclarar cuantas dudas surjan a los padres sobre el manejo de las incidencias cotidianas.

[Volver al índice](#)

Los padres deben preparar (y prepararse para) el alta

[Guía corta APREM Vuelta a casa.pdf](#)



[Volver al índice](#)

Una vez en casa

La mayor parte de este apartado constituye un resumen, elaborado por APREM, de información seleccionada de los capítulos 5 a 8 del libro “El Gran Libro del Prematuro”, de Susan L. Madden, por lo que recomendamos su consulta para obtener información más detallada.

Para conseguir una mejor y más rápida organización en casa, deberéis realizar una visita al pediatra del centro de salud durante las dos primeras semanas, ayudar a vuestro hijo a adaptarse, dar tiempo a vuestra adaptación como padres, aprender los patrones de comportamiento habituales del niño prematuro, tener en cuenta ciertos cuidados especiales y aprender los pasos de la transición hacia la lactancia materna.

¿Cómo organizarse?:

1. Realizad una visita con vuestro hijo/a al pediatra del Centro de Salud durante las dos primeras semanas posteriores al alta. Sirve para plantear preocupaciones y resolver dudas, para registrar el historial médico del bebé, para que el pediatra conozca a vuestro hijo y haga una primera revisión de su estado. El pediatra os dirá el régimen de visitas al centro de salud que deberéis seguir. Comprobará talla, peso y perímetro cefálico en cada una de ellas.
2. Ayudad al niño a adaptarse:
 - o Continúad con algunas de las rutinas a las que vuestro hijo/a está acostumbrado/a. Mantener una cierta continuidad en el cuidado del bebé permite que éste no tenga que enfrentarse a demasiados cambios a la vez.
 - o Dejad una luz de noche o una radio encendida durante los primeros días, si notáis al niño intranquilo o con dificultades para conciliar el sueño.
 - o Mantened un diario o registro de las actividades cotidianas del niño/a (tomas, medicación, temperatura, patrón sueño).
 - o Ayudad al niño a conocer la diferencia entre el día y la noche. Por ejemplo, no hablando ni jugando con el bebé en las tomas de la noche).
 - o Buscad ayuda suplementaria para las tareas domésticas.
 - o Simplificad al máximo la vida familiar (tareas domésticas, comidas, compras...).
3. Aprended los patrones de comportamiento habituales del niño prematuro (en comparación con niños nacidos a término):
 - o Los periodos de sueño profundo y tranquilo pueden ser más breves y los de sueño ligero más largos.
 - o Alimentación:
 - Necesitan tomar pequeñas cantidades de leche y con mayor frecuencia. Comen más lentamente, pueden necesitar descansos durante las tomas por el esfuerzo extra que supone comer, pueden dormirse en mitad de las tomas.
 - La necesidad de dormir puede ser mayor que el deseo de comer.
 - Pueden dejar de respirar mientras succionan, debido a la necesidad de concentrarse en dominar la secuencia: succión-deglución-respiración.
 - Se distraen con facilidad ante cualquier estímulo.
 - Los niños que han estado conectados a un respirador o que han sufrido otras experiencias orales desagradables pueden rechazar cualquier cosa que se les ponga en la boca.

- Se puede seguir un programa de alimentación a demanda, pero adaptado. Los niños prematuros puede que no se despierten o que no muestren signos claros de tener hambre; por este motivo, si ha pasado demasiado tiempo desde la última toma, deberéis despertar a vuestro hijo para alimentarle. Se aconseja que no transcurran más de 5 horas de sueño entre toma y toma.
 - Las regurgitaciones, o reflujo gastroesofágico raramente revisten gravedad, pero pueden representar un problema. Mientras el niño siga comiendo bien, gane peso y no parezca demasiado molesto, en general, el tratamiento médico no es necesario. En caso contrario, acudid al pediatra. De todas formas, es aconsejable:
 - No sacudir al niño durante o después de las comidas.
 - Debéis sostenerle en posición erguida y hacerle eructar con frecuencia.
 - Si toma lactancia artificial, aseguraos de que al tomar la leche del biberón no traga aire.
 - Puede mostrar reacciones exageradas a estímulos, sobreexcitación, irritabilidad, y puede ser más difícil calmarle.
 - Su comportamiento es más inmaduro, por lo que puede resultar más difícil interpretar cuando está cansado, hambriento o molesto.
 - Se puede presentar mayor dificultad para la transición entre estados de vigilia/sueño.
4. Tened en cuenta los siguientes cuidados especiales:
- Protegedle del exceso de ruido y actividad
 - Puede que un nivel de actividad normal para un bebé a término, (como mecerle, alimentarle o cantarle), o patrones visuales diseñados para bebés, sean excesivos para un bebé prematuro.
 - Signos clásicos de estrés: dedos extendidos, hipos, arqueamiento, sobresaltos.
 - Medidas de protección:
 - reducid estímulos
 - mantened limpio y despejado su entorno
 - procurad un entorno tranquilo y simple durante las tomas.
 - reducid al máximo la manipulación del niño.
 - Protegedle de la exposición a enfermedades
 - Protegedle del Virus Respiratorio Sincitial (VRS) durante los meses de invierno, ya que los niños prematuros son especialmente vulnerables a este virus y puede causarles una grave infección respiratoria de vías bajas, como neumonía o bronquiolitis.
 - Limitad el número de visitas durante las primeras semanas o, si se producen, limitad su contacto con el niño.
 - No permitáis las visitas de personas enfermas.
 - Pedid a los visitantes que observen normas de higiene básicas, principalmente lavarse las manos con agua y jabón.
 - No permitáis fumar en la casa.
 - No llevéis al bebé a lugares concurridos.

- Cuando acudáis a citas al hospital o al centro de salud, pedid que os dejen esperar en una sala de exploración vacía o en el recibidor.
5. Adaptación familiar
- Dad tiempo a vuestra propia adaptación como padres a vuestro hijo, a la del hijo a vosotros, y ayudad a los hermanos mayores implicándoles en el cuidado del bebé y prestándoles atención individual.
 - Tomad tiempo para vosotros mismos, individualmente y como pareja.
6. Transición a la lactancia materna (**Lactancia Materna en Aprem-e.org**)

Para muchas madres con niños prematuros la transición hacia la lactancia materna es un objetivo extremadamente difícil a lo largo de un proceso lento y gradual, que requiere tiempo, constancia, energía, esfuerzo y suerte.

Recomendaciones para las madres:

- Antes de dejar el hospital es aconsejable darle el pecho con la mayor frecuencia posible, mantener una elevada producción de leche no dejando de extraerla con regularidad (aumentar la frecuencia, utilizar doble sacaleches, comer de forma nutritiva y beber agua en abundancia, preguntar por suplementos dietéticos que estimulen la producción de leche), consultar a algún especialista en lactancia materna a niños prematuros del hospital y adquirir un buen libro sobre lactancia natural.
- Almacena en casa la leche recién extraída.
- Semanas de transición. Para que el bebé se adapte mejor a la lactancia materna, la producción de leche materna aumente y las cantidades en biberón vayan siendo menores:
 - Como los bebés prematuros carecen de la suficiente resistencia para tomar toda la leche que necesitan del pecho materno, durante las primeras semanas en casa, deberás aumentar el tiempo que el niño mama de cada pecho y poco a poco disminuir las tomas suplementarias que recibe.
 - Alimenta “triplemente” al bebé: Primero, dale el pecho; segundo, ofrécele una toma suplementaria de leche materna o leche artificial, y; por último, extráete la leche.
 - Doble pesada. Durante los dos primeros días, y después periódicamente, pesa al niño con la misma ropa, antes y después de cada toma, para comprobar la ingesta.
- Si la lactancia materna completa falla, no desesperes, debes centrarte en que has dado tu leche a tu hijo durante todo el tiempo que has podido y en el momento en que era más necesaria. El objetivo es alimentarle de la mejor forma posible, de manera que crezca y progrese.

[Volver al índice](#)

Observación y valoración del desarrollo evolutivo. Atención Temprana

Los prematuros son niños de riesgo en su desarrollo por sus circunstancias al nacer, independientemente de su diagnóstico al alta hospitalaria. Por este motivo, es fundamental que, una vez fuera del hospital, todos los niños nacidos pretérmino sean objeto de una valoración que determine la necesidad o no de seguir tratamiento de Atención Temprana.

Habitualmente, el examen de valoración para Atención Temprana se lleva a cabo en los denominados Centros Base o Centros responsables de la valoración de minusvalías, dependientes de las Consejerías de Servicios Sociales o de Salud de cada comunidad autónoma, a los que los padres deben acudir al alta de sus hijos en el hospital. Para más información (**Atención Temprana en Aprem-e.org**)

Por lo general, las valoraciones del desarrollo de los prematuros se basan en escalas de desarrollo psicomotor. No obstante, es **asimismo importante una vigilancia del funcionamiento neurológico**, ya que, aunque los avances de la medicina y de la tecnología permitan la supervivencia de bebés nacidos cada vez más temprano, la incidencia de alteraciones neurológicas que pueden afectar la posterior adaptación del niño a su medio, incluido por supuesto el escolar, no parece haberse modificado. Dado que la evaluación neurológica de los niños es peculiar, siendo necesario distinguir las distintas etapas evolutivas, lo apropiado es recurrir a un buen especialista (neurólogo infantil, neuropediatra...). Este aspecto es especialmente importante, ya que es en la primera infancia cuando la **plasticidad neuronal** (capacidad de las células de nuestro sistema nervioso para “tender puentes alternativos”, para regenerar y reorganizar funciones con el fin de adaptarse a daños sufridos en sus estructuras) es mayor. Puesto que las estructuras nerviosas del niño están en continua evolución y maduración, la intervención temprana (habilitación/rehabilitación de procesos neuropsicológicos enfocados a la formación de patrones de funcionamiento adecuados) se ha mostrado eficaz para optimizar el desarrollo posterior y prevenir dificultades en diversos ámbitos: motor, sensorial, cognitivo... Esto se debe a que la capacidad de asimilar e integrar nuevas experiencias es mucho mayor en etapas precoces del desarrollo, gracias a la posibilidad de aumentar las interconexiones neuronales, en respuesta a ambientes enriquecidos con estímulos debidamente programados.

No obstante, a pesar de la aparente fragilidad del niño, ahora que se acerca el momento de volver a casa, los padres se dan cuenta de lo mucho que su hijo/a ha avanzado mucho desde que nació. Este proceso de cambio, la evolución que se aprecia desde el mismo momento de la fecundación hasta el final de la vida es lo que se conoce como **desarrollo**. Evidentemente, las partes genética (herencia) y biológica juegan un papel importante en lo que somos; sin embargo, es la interacción continua con el ambiente lo que va determinando nuestras características. Ningún ser se da en el vacío: la genética, la biología, nos proporciona la base y, en algunas ocasiones, las limitaciones, pero es la interacción con el medio, las posibilidades que nos ofrece, la que determina las manifestaciones. Esto supone que el desarrollo es un proceso continuo que comienza con la fertilización y evoluciona en grados de organización y maduración de complejidad crecientes a través de una serie de etapas. En cada una de éstas, el desarrollo es fruto tanto de la herencia como de las experiencias proporcionadas por el entorno, y las distintas adquisiciones se suceden de modo irreversible: puede variar el momento en el que aparecen, pero no su orden; es decir, para alcanzar una determinada etapa de desarrollo es preciso haber pasado por cada una de las precedentes.

Durante el primer año de vida, las etapas se suceden de forma vertiginosa, siendo el progreso más lento durante el segundo año y decreciendo la velocidad en los años posteriores. A medida que aumenta la edad cronológica, los procesos de aprendizaje constituyen la base de los cambios de conducta.

El niño en desarrollo es un ser único que tiene unas características físicas, psicológicas y sociales propias. La observación, incluso la ocasional, no sistemática, en el medio natural, como la que puede llevar a cabo la familia en casa, es un método de detección que posibilita el diagnóstico precoz de los trastornos del desarrollo y de situaciones de riesgo, posibilitando así una intervención lo más temprana posible.

Los niños prematuros son objeto de un cuidadoso seguimiento por parte de los servicios sanitarios: Servicios de Neonatología, Servicios de Pediatría con las visitas ordinarias y el programa de control del niño sano, y especialistas como otorrinos, oftalmólogos, etc. pueden completar la detección y diagnóstico. No obstante, como acabamos de indicar, **la propia familia es un agente esencial de detección**, ya que en muchas ocasiones son ellas mismas, con sus recursos (familiares, amigos...), los que en la interacción diaria con el niño pueden observar anomalías que les hagan consultar con profesionales del desarrollo infantil. Así, en el primer año se pueden detectar los trastornos más graves del desarrollo (parálisis cerebral, retraso mental, deficiencias sensoriales, etc.). En el segundo año, se pueden detectar formas moderadas y leves de los trastornos del desarrollo, y los trastornos generalizados del desarrollo. En el tercer y cuarto

año se van a manifestar las alteraciones en el lenguaje, los trastornos motores menores y los trastornos de conducta.

Es preciso tener en cuenta que, aunque la familia tenga un protagonismo indiscutible como agente de prevención y detección de posibles anomalías, también es preciso encontrar un equilibrio entre la dedicación que exige la crianza de un bebé, cuanto más si ha nacido antes de tiempo, y el resto de factores que forman parte de su vida, como otros hijos, relación de pareja, amigos, profesión... Las distintas comunidades autónomas disponen de servicios de atención a familias que pueden realizar una labor de orientación, y algunas veces de intervención, en caso de crisis. También pueden buscar ayuda profesional o apoyo personal a través de distintas asociaciones.

Para los niños con problemas o en riesgo de sufrirlos, el marco de actuación más adecuado corresponde a la **Atención Temprana**, que se define de la siguiente forma (*Libro blanco de la Atención Temprana*):

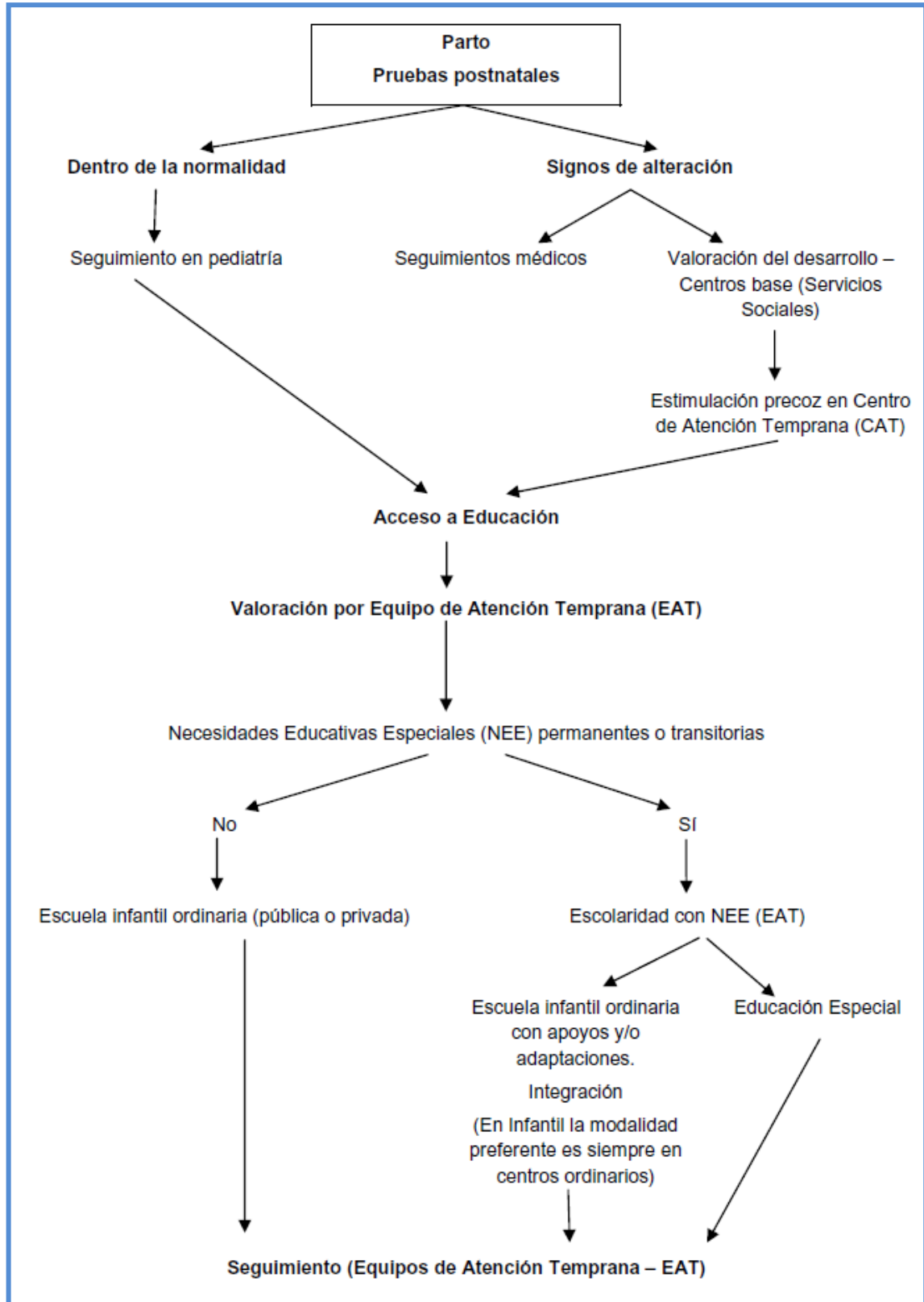
Se entiende por Atención Temprana el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar.

Su principal **objetivo** es que los niños que presenten trastornos en su desarrollo o tengan riesgo de padecerlos reciban, siguiendo un modelo que considere los aspectos bio-psico-sociales, todo aquello que desde la vertiente preventiva y asistencial pueda potenciar su capacidad de desarrollo y de bienestar, posibilitando de la forma más completa su integración en el medio familiar, escolar y social, así como su autonomía personal.

Aunque todas las Comunidades Autónomas siguen las directrices expresadas en el Libro Blanco de la Atención Temprana, su interpretación puede variar de una comunidad a otra, por lo que la información expuesta en este documento se debe entender como de carácter general, con independencia de la aplicación real del texto referido en cada una de las comunidades autónomas.

[Volver al índice](#)

Seguimiento del desarrollo del niño desde el nacimiento y durante la escolarización (etapa de Educación Infantil)



Fuente: Elaboración propia, a partir de la información del módulo "*Diagnóstico precoz e intervención temprana*". J.M. Ruiz Llorente. Máster en intervención en dificultades de aprendizaje. ISEP - U. Politécnica de Cataluña.

[Volver al índice](#)

Principales apoyos y recursos

Salud	Servicios Sociales	Educación
<ul style="list-style-type: none">• Hospitales• Centros de salud • Pediatra• Especialistas: neonatólogos, neurólogos, otorrinos, oftalmólogos, etc.	<ul style="list-style-type: none">• Calificación minusvalía• Valoración psicológica del desarrollo• Tratamiento en Centros de Atención Temprana (CAT): estimulación, fisioterapia, lenguaje...• Apoyo a la familia: Normalización	<ul style="list-style-type: none">• Equipos de Atención Temprana (EAT): valoración del niño y orientación sobre su acceso a la modalidad de escolarización más apropiada. Apoyo especializado y coordinación con otros servicios• Escuela infantil (privada o pública), en modalidad ordinaria, de integración o educación especial• Apoyo a la familia: Normalización

Fuente: Elaboración propia, a partir de la información del módulo "*Diagnóstico precoz e intervención temprana*". J.M. Ruiz Llorente. Máster en intervención en dificultades de aprendizaje. ISEP - U. Politécnica de Cataluña.

[Volver al índice](#)

Detección precoz de alteraciones: Signos de alarma

Insistimos en que la detección precoz de alteraciones en el desarrollo del bebé prematuro es fundamental, ya que permite que nada más producirse la detección de un riesgo o patología pueda dar comienzo el tratamiento y, por lo tanto, que las posibles secuelas puedan ser evitadas o, al menos, producirse de manera más leve. Como venimos comentando, los padres son agentes fundamentales en la detección precoz de alteraciones en el desarrollo de su hijo/a prematuro. Mientras el bebé permanece hospitalizado, el contingente de profesionales de la salud que atienden al niño puede detectar, junto con los padres, esos signos.

Pero una vez el niño ya está en casa, ¿qué pueden hacer los padres para contribuir a la detección precoz de complicaciones? Mucho: aprender los signos de alarma, observar a su hijo/a, acudir al pediatra al menor signo de alarma, respetar las visitas de seguimiento programadas, y seguir las indicaciones de los especialistas.

A continuación figuran los principales signos que pueden alertar sobre la posibilidad de una alteración del desarrollo que precise intervención especializada. Sin embargo, la temporalización que figura, así como la de los principales hitos evolutivos del apartado posterior, debe ser considerada como una referencia, ya que **cada niño avanza a su propio ritmo, cuanto más si ha nacido antes de tiempo**. Por otra parte, hay que tener en

cuenta que para niños prematuros y de bajo peso es preciso **aplicar la edad corregida** hasta los 3 años (algunos pediatras la emplean incluso hasta los 6). Esta edad se calcula a partir de la fecha en la que estaba previsto el nacimiento; por ejemplo, si el bebé nació el 25 de mayo y estaba previsto que lo hiciera el 25 de julio, su edad corregida a fecha 1 de septiembre será de 1 mes.

Signos de alteraciones motoras.

Fin del 1^{er} trimestre (3 meses):

- Alteración del tono muscular: hipertonía, hipotonía o distonía.
- No sujeta la cabeza al 4^o mes.
- Al 4^o mes, boca abajo, no desplaza el centro de gravedad del esternón al ombligo.
- Boca abajo, hiperextiende el cuello o lo extiende asimétricamente.
- Boca abajo, no se apoya en los dos codos.
- Mantiene los puños cerrados escondiendo el pulgar.
- Se aprecia una asimetría.

Fin del 2^o trimestre (6 meses):

- No desplaza el centro de gravedad hacia cadera y muslo.

Fin del 3^{er} trimestre (9 meses):

- No se sienta solo.
- No es capaz de darse la vuelta (boca arriba a boca abajo y viceversa).

Fin del 4^o trimestre (12 meses):

- No se mantiene de pie con apoyo.
- Se apoya en hiperextensión (parece muy estirado y rígido).

18 meses en adelante:

- No anda solo.
- Marcha asimétrica.

Signos de alteraciones de la comunicación.

1 a 3 meses:

- Problemas severos de succión y deglución (para chupar y tragar).
- Llanto débil y monótono que no varía según lo que el bebé quiera expresar (hambre, dolor, incomodidad, etc.).
- No reacciona ante un sonido.
- No reacciona a la voz de la madre.

3 a 6 meses:

- No emite vocalizaciones en respuesta a las del adulto.
- No aparecen expresiones afectivas, como la sonrisa, el desagrado...
- Evita la mirada. Cuando se le coge hay acoplamiento corporal con el adulto.
- Permanece indiferente ante ruidos ambientales o provocados (no vuelve la cabeza, ni desvía la mirada).
- No se complace en hacer ruidos con los objetos.
- Llanto desorganizado, no consolable.

6 a 9 meses:

- No responde a los cambios de entonación de la voz de la madre; no responde sonriendo al tono de alegría.
- No atiende a su nombre.
- Disminuyen las vocalizaciones.
- No vocaliza para llamar la atención ni juega con la prosodia (entonación).
- No echa los brazos.
- No comparte atención al objeto con la madre (mira el objeto y mira a la madre).

9 a 12 meses:

- No emite ningún sonido silábico.
- No comprende palabras familiares.
- No entiende una prohibición.
- No juega imitando gestos, ni sonrío al reconocerlos (palmitas, adiós...).

12 a 18 meses:

- No señala cuando quiere algo.
- No responde de forma diferente ante sonidos diferentes.
- Movimiento bucal global: no hay independencia de movimientos entre lengua, labios y mandíbula.
- No emite ningún bisílabo (palabra de dos sílabas, como *papá*).
- No nombra objetos conocidos.

18 a 24 meses:

- No señala los objetos conocidos cuando se nombran.
- No comprende órdenes sencillas.
- No presta atención las explicaciones sencillas.
- No une dos palabras.

Signos de alteraciones visuales.

1^{er} mes:

- No responde visualmente a la cara humana.
- Posición anómala de los ojos.

2^o mes:

- No sigue, con los ojos o con la cabeza, un objeto en movimiento.

3^{er} mes:

- No sigue con la mirada al adulto que se desplaza.
- En general, el niño permanece muy pasivo y no demanda atención.
- Estrabismo convergente.

4^o mes:

- No mantiene la mano dentro de su campo visual.

6^o a 9^o meses:

-Falla al intentar coger un objeto que tiene a la vista sin que haya alteración motora.

Fuente: Elaboración propia, a partir del módulo "*Desarrollo 0-3 años*". M^a Teresa de Miguel. Especialización en Atención Temprana. Fundación ICSE. Madrid.

[Volver al índice](#)

Hitos del desarrollo de 0 a 36 meses

Por su interés para los padres, reproducimos en este apartado las tablas de hitos de desarrollo del niño sano procedentes de dos fuentes distintas y que contemplan periodos cronológicos sucesivos. En primer lugar exponemos las tablas de hitos del desarrollo de Genysi (Grupo de Estudios Neonatológicos y Servicios de Intervención) para conocer el desarrollo del niño entre los 0 y 18 meses de edad, y a continuación, para el lapso entre los 24 y los 36 meses, los hitos evolutivos recogidos en la publicación "*Caring for your baby and young child*", de la Academia Americana de Pediatría (American Academy of Pediatrics). Dada la importancia de la detección e intervención precoces de posibles alteraciones, ante cualquier desviación significativa con respecto a alguno de los signos recomendamos a los padres acudir al pediatra.

En función de la edad del niño y el riesgo detectado, el pediatra se encargará de remitir a los padres a los centros que proporcionan los recursos de salud (hospitales, especialistas), sociales (Centros Base, Centros de Atención Temprana) y de educación que el niño necesite.

Las tablas que figuran a continuación están tomadas de la página *web* del Proyecto Genysi: <http://paidos.rediris.es/genysi/frampre.htm> Recomendamos a los papás que visiten esta página; en ella encontrarán cuanta información precisen sobre cómo ayudar a los chiquitines a crecer.




1 mes	2 meses	3 meses
<p>Se orientará en su nuevo ambiente a través de los sentidos. Necesita de vosotros para poder llegar a conoceros: habladle, cogedle, acariciadle</p>		
<p>Me paso casi todo el día durmiendo plácidamente</p>	<p>Estoy más rato despierto y me interesa ver lo que hay a mi alrededor. Los ruidos fuertes me sorprenden</p>	<p>Me gusta mirarme las manos y juego con ellas</p>
<p>Sólo me despierto y lloro si tengo hambre o estoy incómodo</p>	<p>Me gusta mirarte a los ojos y si te mueves te seguiré con la mirada</p>	<p>Si te acercas mucho quizás te tirará del pelo y te tocará la cara. Cuando le hables, contestará con sonidos.</p>
<p>Me tranquiliza oír tu voz y aprendo a mirarte</p>	<p>Cuando me hables o acaricies te responderé con sonrisas o sonidos</p>	<p>Al cogermelo en brazos podré sostener la cabeza erguida un ratito.</p>
<p>Si me pones boca a bajo puedo levantar la cabeza unos instantes</p>	<p>Me llaman la atención los objetos móviles y de colores vivos</p>	<p>Boca a bajo me sostengo sobre los brazos y levanto la cabeza</p>
<p>Si a los 3 meses el niño no sonríe, no es capaz de fijar la mirada o no sostiene bien la cabeza, consulte a su pediatra</p>		

4 mes	5 meses	6 meses
<p>Va ampliando su mundo a través de las vivencias y gracias a la posibilidad de manipular los objetos. Establece un lazo afectivo con las personas que le rodean.</p>		
<p>Me oriento hacia los sonidos y gorjeo y grito para llamar la atención</p>	<p>Me divierto jugando con mis pies y mis manos. Esto me ayuda porque me enseña a moverme</p>	<p>Te "contesto" con sonidos cuando tú me hablas.</p>
<p>Reiré a carcajadas cuando juegues conmigo o me hagas cosquillas</p>	<p>Si me dejas el sonajero al alcance de la mano lo cogeré y lo haré sonar</p>	<p>Puedo coger fácilmente los juguetes que me dan</p>
<p>Al mostrarme un objeto intentaré cogerlo</p>	<p>Reconozco a quines están conmigo</p>	<p>También me cojo los pies y así voy descubriendo mi cuerpo</p>
<p>Si me lo pones en la mano seré capaz de sostenerlo y me lo llevaré a la boca</p>	<p>Si me mantienes sentado soy capaz de sostener bien la cabeza</p>	<p>Boca abajo estoy tranquilo y me sostengo apoyado sobre las manos. Puedo voltear</p>
<p>Si a los 6 meses el niño no tiene interés ni intención de coger objetos o bien no usa alguna de las dos manos, consulte a su pediatra</p>		

7 meses	8 meses	9 meses
<p>Es capaz de mantenerse sentado de una forma cada vez más estable. Además de coger objetos es capaz de manipularlos y explorarlos. Reclama más a la madre y no le gusta que le dejen con extraños</p>		
<p>Si me das de comer algo que no me gusta cerraré la boca y no querré comer más</p>	<p>Lloro porque te has ido de mi lado y me dejas con extraños</p>	<p>Me gusta que me cojas y estiro los brazos cuando estás cerca. Puedo palmotear y decir adiós con la mano</p>
<p>Puedo decir ga, ta, da... y me gusta repetirlo</p>	<p>Si un juguete me gusta me esforzaré por alcanzarlo aunque esté lejos</p>	<p>Sé cuando voy a ir de paseo y esto me gusta. Miro y escucho y voy aprendiendo cosas nuevas</p>
<p>Me llaman la atención los objetos y los exploro dándoles vueltas en mis manos</p>	<p>Me divierte tirar los objetos para ver como caen y oír el ruido que hacen</p>	<p>Puedo jugar reteniendo un objeto en cada mano y me gusta hacerlos sonar. Ya puedo coger cosas pequeñas</p>

 <p>Soy capaz de sostenerme un ratito sentado pero necesito apoyarme delante con las manos para no caerme</p>	 <p>Quiero conocer mi entorno y lo intento rastreando</p>	 <p>Puedo estar sentado sin peligro de caer</p>
<p>Si a los 9 meses el niño no se sostiene sentado, no se interesa por mirar o tocar las cosas o no parlotea, consulte a su pediatra</p>		

10 meses	11 meses	12 meses
<p>Puede estar sentado de forma estable sin necesidad de apoyo. Tiene gran interés por los juguetes. Con el fin de explorar el entorno buscará algún medio de desplazarse. Progresará en su comunicación gestual y verbal. Empezará a emitir sus primeras palabras.</p>		
 <p>Me llaman la atención los objetos desconocidos e intento cogerlos.</p>	 <p>Reconozco cuando me nombran a papá o a mamá y los busco.</p>	 <p>Os llamaré diciendo papá y mamá y entenderé muchas cosas de las que me digáis.</p>
 <p>Si veo que me escondes un juguete sabré donde está e intentaré descubrirlo.</p>	 <p>Si me dices "dame", alargándome la mano, me acerco ofreciéndote lo que me pides.</p>	 <p>Puedo introducir unos objetos dentro de otros y hacer torres simples con tubos grandes.</p>

 <p>Cogido de los barrotes de mi cuna puedo ponerme en pie.</p>	 <p>Al decirme que no, te miraré sorprendido.</p>	 <p>Intentaré recorrer la casa solo o con ayuda, gateando o cogiéndome a los muebles.</p>
 <p>Puedo gatear si me has dejado en el suelo.</p>	 <p>Me gusta comer solo y puedo hacerlo con los dedos</p>	 <p>¡Cuidado! Abro los cajones para ver lo que hay dentro y si encuentro una cinta tiro de ella para saber lo que hay al final.</p>
<p>Si a los 12 meses el niño no es capaz de sostenerse en pie asido a un mueble (aunque no camine), no busca la comunicación con el adulto o no explora los nuevos juguetes, consulte a su pediatra</p>		

14 meses	16 meses	18 meses
<p>La posibilidad de desplazamiento y la habilidad manual le harán más independiente del adulto y le darán un mayor conocimiento de su entorno.</p>		
 <p>Me interesarán los juguetes de los otros niños e intentaré cogérselos.</p>	 <p>Puedo señalar y nombrar algunos objetos. También conozco partes de mi cuerpo.</p>	 <p>Me gusta jugar al escondite y sé ir a buscarte cuando estás escondida.</p>
 <p>Cuando me miro en un espejo me hace gracia verme reflejado.</p>	 <p>Soy capaz de beber solo cogiendo la taza con las dos manos. Utilizo la cuchara.</p>	 <p>Ya puedo quitarme alguna pieza de ropa (los zapatos o los calcetines) y ayudarte a vestirme.</p>
 <p>Me gusta esparcir por el suelo todos mis juguetes</p>	 <p>Me gusta que me leas un cuento y señalaré los dibujos grandes. Puedo pasar páginas.</p>	 <p>Si me das un papel grande me gusta hacer garabatos con colores vivos.</p>

 <p>Soy capaz de caminar solo o empujando un cochecito.</p>	 <p>Soy capaz de tirar una pelota y me gusta repetir este juego.</p>	 <p>Puedo ponerme en pie sin necesidad de ayuda y agacharme a coger un juguete. Subo las escaleras gateando y sé correr un poquito y saltar un escalón.</p>
<p>Si a los 18 meses aún no camina o desconoce el nombre de algunos objetos o personas familiares, consulte a su pediatra</p>		

Como hemos mencionado al principio de este apartado, las tablas siguientes están confeccionadas a partir de los hitos evolutivos recogidos en la publicación “Caring for your baby and young child”, de la Academia Americana de Pediatría (American Academy of Pediatrics).

24 meses
<p>Área social</p> <ul style="list-style-type: none"> -Imita el comportamiento de otros, especialmente adultos y niños mayores -Es más consciente de sí mismo como una persona independiente de las demás -Se emociona con la compañía de otros niños
<p>Área emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> -Es progresivamente más independiente -Empieza a mostrar un comportamiento desafiante -La ansiedad por la separación de la madre / figura materna aumenta a mediados de esta edad y luego desaparece
<p>Área cognoscitiva</p> <ul style="list-style-type: none"> -Encuentra objetos escondidos aun debajo de varias sábanas -Empieza a clasificar por formas y colores -Empieza a jugar con la imaginación
<p>Área del lenguaje</p> <ul style="list-style-type: none"> -Señala objetos e imágenes cuando se las nombran -Reconoce los nombres de personas cercanas, objetos y partes del cuerpo -Dice varias palabras solas (entre los 15 y 18 meses) -Usa frases sencillas (entre 18 y 24 meses) -Usa oraciones de 2 a 4 palabras -Sigue instrucciones sencillas -Repite palabras que escucha en conversaciones ajenas
<p>Área motora</p> <ul style="list-style-type: none"> -Camina solo -Arrastra juguetes detrás de él mientras camina -Puede cargar un juguete grande o varios juguetes al caminar -Empieza a correr -Se mantiene de puntillas -Patea una pelota -Tropa y baja de muebles sin ayuda -Sube y baja escaleras apoyándose

Área de destrezas manuales

- Hace garabatos por sí solo
- Voltea un recipiente para sacar lo que contiene
- Construye torres de 4 bloques o más
- Puede que use una mano más que la otra

36 meses

Área social

- Imita a adultos y compañeros de juego
- Muestra afecto espontáneamente a compañeros de juego conocidos
- Puede esperar su turno en los juegos
- Entiende el concepto de "mío" y "suyo"

Área emocional

- Expresa su afecto sin recelos
- Expresa una gran variedad de emociones
- A los 3 años, se separa fácilmente de sus padres
- Se opone a grandes cambios en su rutina

Área cognoscitiva

- Hace funcionar juguetes mecánicos
- Hace corresponder objetos en su mano o en su cuarto con los que aparecen en los libros
- Juega imaginativamente con muñecas, animales y personas
- Clasifica los objetos por su color y forma
- Arma rompecabezas de 3 ó 4 piezas
- Entiende el concepto de "dos"

Área del lenguaje

- Sigue órdenes de 2 o 3 partes
- Reconoce e identifica casi todos los objetos e imágenes comunes
- Entiende la mayoría de las oraciones
- Entiende la ubicación de las cosas (encima, dentro, abajo)
- Usa oraciones de 4 ó 5 palabras
- Puede decir su nombre, edad y sexo
- Usa pronombres (yo, tú, nosotros, ellos) y algunos plurales (carros, perros, gatos)
- Personas desconocidas entienden la mayoría de sus palabras

Área motora

- Trepa bien
- Sube y baja escaleras alternando los pies (un pie por escalón)
- Patea una pelota
- Corre fácilmente
- Pedalea un triciclo
- Se agacha hacia adelante fácilmente sin caerse

Área de destrezas manuales

- Dibuja con lápiz líneas de arriba a abajo, de lado a lado y círculos
- Pasa las hojas de los libros de una en una
- Construye torres de más de 6 bloques
- Agarra el lápiz correctamente
- Tapa y destapa jarras, enrosca y desenrosca tuercas y tornillos
- Gira manijas rotatorias

[Volver al índice](#)

Incorporación del niño prematuro a la escuela: El papel de los Equipos de Atención Temprana

Los Equipos de Atención Temprana (EAT) son los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica que intervienen en el proceso educativo de los niños entre los 0 y los 6 años. Realizan la valoración y el diagnóstico, ya sea a petición de las propias familias (en general, aconsejados por los profesionales que atienden a su hijo/a) o de los centros educativos, de los niños y niñas susceptibles de presentar necesidades educativas especiales durante toda la etapa de Educación Infantil, con el fin de promover su escolarización adecuada y atender a dichas necesidades. Asimismo, realizan el apoyo psicopedagógico de los centros infantiles públicos y el asesoramiento, en su materia, a los centros concertados.

Así pues, en el momento en que los padres de un niño o niña prematuro/a decidan que su hijo/a debe empezar a acudir a una Escuela Infantil, el primer paso sería ponerse en contacto con el Equipo de Atención Temprana que les corresponda para que los profesionales evalúen la necesidades educativas de ese/a niño o niña.

- Funciones:
 - Adopción de medidas de atención a la diversidad.
 - Adaptación del currículo para los alumnos con discapacidad.
 - Identificación temprana de situaciones de riesgo y desventaja.
 - Asignación, como miembros de las Comisiones de Escolarización, de plaza escolar a los alumnos con necesidades educativas específicas.
- Asimismo, y específicamente para los alumnos con necesidades educativas especiales, tienen la competencia de realizar:
 - La evaluación psicopedagógica inicial del alumno.
 - La propuesta de la modalidad educativa y de escolarización adecuadas.
 - El seguimiento y evaluación de la eficacia, respecto a la maduración y el aprendizaje, de las medidas adoptadas, con el fin de modificarlas/adaptarlas cuando sea necesario.
 - Realizar evaluación final al término de la etapa educativa para conocer el progreso evolutivo del/de la niño/a.

NOTA:

Una buena fuente de información sobre recursos de salud, sociales y de educación a disposición de los niños prematuros son los **trabajadores sociales**. Estos profesionales se encuentran en hospitales y centros de salud. Si los padres desconocen dónde acudir, por ejemplo, para que su hijo/a prematuro/a sea valorado para su acceso a Atención Temprana, o para conocer sus necesidades educativas, los trabajadores sociales de su centro de salud u hospital con seguridad podrán orientarles y asesorarles.

[Volver al índice](#)

Preguntas frecuentes sobre niños prematuros entre los 0 y los 3 años de edad

Resumen realizado a partir del libro “El Gran Libro del Prematuro”, de Susan L. Madden. Rogamos consultes este documento si deseas obtener información más detallada.

¿Cómo debe dormir el bebé para evitar el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL)?

El riesgo de SMSL es bastante bajo, aunque es cierto que los niños prematuros tienen un tasa superior de SMSL.

En general, ponle a dormir boca arriba, ya que los estudios realizados desde la década de los noventa sugieren que los bebés que duermen boca abajo corren más riesgo de sufrir SMSL.

Si ves que a tu hijo no le gusta, prueba a ponerlo de lado con su espalda apoyada en una almohada o en el moisés.

Además, se aconseja que el bebé duerma sobre colchón firme, mantener el ambiente limpio de humo y no permitir que nadie fume, y la lactancia materna.

Debes consultar con tu pediatra si tienes dudas o si tu hijo está atravesando alguna enfermedad respiratoria, tiene reflujo gastroesofágico, o alguna malformación facial que no le permite respirar bien boca arriba.

¿Tiene alguna relación la apnea de la prematuridad con el SMSL?

Se ha constatado que la apnea de la prematuridad no es un factor de riesgo para el SMSL. Una vez que el bebé ha superado la apnea de la prematuridad no tiene un riesgo superior que otro bebé de presentar un episodio grave de apnea en casa.

Si a tu hijo/a le cuesta dormirse por la noche ...

- Sitúa la cuna en un lugar tranquilo y oscuro.
- Procura que las tomas nocturnas sean cortas; no le hables ni juegues con él.
- Dale seguridad física: ayúdale a mantener la posición en flexión con topes hechos con toallas o almohadas enrolladas a su alrededor.
- Practica el método canguro.

Para saber si tu hijo/a está adecuadamente abrigado...

Hasta que tu hijo/a alcance un peso de 3.500 gramos carecerá de la suficiente grasa aislante y no será capaz de autorregular su temperatura, por este motivo para saber si está adecuadamente abrigado:

- Durante los primeros días, controla su temperatura con termómetro. Posteriormente, para valorar su temperatura, toca sus brazos, piernas o nuca.
- Mantén una temperatura en casa, o por lo menos en la zona donde habitualmente se encuentre el bebé, de entre 20-24°C.
- Vístele con una capa más de ropa de las que tú lleves.
- Es aconsejable que hasta que alcance los 2.700 gramos de peso siga utilizando gorro para dormir.
- No coloques al bebé cerca de ventanas, ventiladores, aire acondicionado.

¿Cuál es la higiene adecuada para mi bebé?

- No debes bañarle más de una o dos veces por semana.
- Entre baño y baño, lava diariamente las zonas del cuerpo con pliegues (zona del pañal, cara, cuello, ...)
- Al principio, será más fácil y menos estresante un lavado con esponja que un baño en bañera. Lava y seca su cuerpo por partes.

- El baño deberá hacerse en una habitación cálida (24-26,5°C) y sin corrientes de aire.
- La temperatura del agua deberá ser levemente más caliente que la temperatura de su cuerpo.
- No le bañes después de una toma.
- Utilizar sólo agua para la cara y jabón suave para bebés en el resto del cuerpo.
- No dejes nunca al niño sin vigilancia.

¿Puedo salir a pasear con mi bebé?

- Mientras el bebé se encuentre por debajo de los 3.500 gr y haga mucho frío o mucho calor, deberás consultar con el pediatra la conveniencia de los paseos al aire libre.
- El uso de oxígeno o monitor de apneas no tiene porqué constituir un obstáculo para el paseo, pero consulta a tu pediatra para hacerlo adecuadamente.
- No a todos los bebés prematuros les agradan los paseos, pueden resultarles estresantes. Observa las reacciones de tu bebé y termina el paseo en cuanto empiece a mostrarse incómodo.
- Manténle alejado de sitios concurridos.

¿Sigo con el método canguro en casa?

- Es conveniente mantener el método canguro durante tres meses desde el alta hospitalaria y durante una hora diaria mínimo.
- Puedes utilizar un método canguro modificado, en el que se lleva al bebé por encima de la ropa en un cabestrillo o mochila para bebés.
- Si tu hijo/a utiliza oxígeno o está monitorizado, consulta a tu pediatra la mejor forma de hacerlo.

¿Cómo puedo detectar si mi bebé está enfermo?

- Fiebre superior a 37,2°C axilar o 37,7°C rectal.
- Tos, estornudos, ojos llorosos o secreción nasal.
- Cambios en el comportamiento.
- Dificultad respiratoria.
- Vomita casi todo lo que come.
- Diarrea.
- Moja menos el pañal y el color de la orina es oscuro.
- Cambios en la coloración de la piel.
- Ante la duda, llamar al pediatra.

¿Cuál es el calendario de vacunaciones de un niño/a prematuro/a?

En general y para las vacunas estándar, el mismo que para los niños nacidos a término; se basa en la edad cronológica, no en la edad corregida.

Situaciones específicas de los bebés prematuros:

- Los bebés con enfermedad pulmonar crónica deben recibir la vacuna anual contra la gripe a partir de los seis meses de edad.
- Todos los miembros de la familia y los adultos que cuiden del bebé deben ser también vacunados contra la gripe cada invierno.
- La vacuna contra la hepatitis B puede administrarse al nacimiento o en algún momento posterior.



Etapas de desarrollo

Desde el alta hospitalaria hasta la edad de escolarización

- Es aconsejable que los niños prematuros, principalmente aquellos con problemas respiratorios, reciban tratamiento preventivo frente al virus VRS (Virus Respiratorio Sincitial).

[Volver al índice](#)

Fuentes y referencias consultadas

Esta información es una elaboración propia de APREM que se ha elaborado consultando las siguientes referencias:

Caring for your baby and young child. Academia Nacional de Pediatría (American Academy of Pediatrics). 2004.

Grupo de Atención Temprana: *Libro blanco de la Atención Temprana*. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalías. 2000.

Hernández-Muela, S., Mulas, F. y Mattos, L.: “*Plasticidad neuronal funcional*”. Revista de Neurología, 2004; 38 (Supl. 1): S58-S68.

Madden, Susan L.: *El gran libro del prematuro*. Ediciones Médici. 2005.

Miguel, M^a Teresa de: Documentación del Módulo “*Desarrollo 0-3 años*”. Especialización en Atención Temprana. Fundación ICSE.

NACERSANO.ORG (Página web de March of Dimes en español). www.nacersano.org

Olhweiler, L., Silva, A.R. y Rotta, N.T.: “*Estudio del desarrollo psicomotor en pacientes prematuros durante el primer año de vida*”. Revista de Neurología, 2002; 35 (8): 727-730.

Ortiz, M^a Ángeles: Documentación del módulo: “*Desarrollo 3-6 años*”. Especialización en Atención Temprana. Fundación ICSE.

REDIRIS. <http://paidos.rediris.es/>

Ruiz Llorente, José Manuel: Documentación del módulo “*Diagnóstico precoz e intervención temprana*”. Máster en intervención en dificultades de aprendizaje. ISEP-Universidad Politécnica de Cataluña.

También recomendamos la consulta del libro: “*El niño de 0 a 3 años. Guía de Atención Temprana*”, elaborado por el Equipo de Atención Temprana de La Rioja y editado por la Consejería de Educación, Cultura y Deporte del Gobierno de La Rioja.

