

30° Aniversario

Programa de Seguimiento de Prematuros

DECÁLOGO DEL PREMATURO  

1. La prematuridad se puede prevenir en muchos casos, por medio del control del embarazo al que tienen derecho todas las mujeres.
2. Los recién nacidos prematuros tienen derecho a nacer y a ser atendidos en lugares adecuados.
3. El recién nacido prematuro tiene derecho a recibir atención adecuada a sus necesidades, considerando sus semanas de gestación, su peso al nacer y sus características individuales.
Cada paso en su tratamiento debe ser dado con visión de futuro.
4. Los recién nacidos de parto prematuro tienen derecho a recibir cuidados de enfermería de alta calidad, orientados a proteger su desarrollo y centrados en la familia.
5. Los bebés nacidos de parto prematuro tienen derecho a ser alimentados con leche materna.
6. Todo prematuro tiene derecho a la prevención de la ceguera por retinopatía del prematuro (ROP).
7. Un niño que fue recién nacido prematuro de alto riesgo debe acceder, luego del alta neonatal, a programas especiales de seguimiento.
8. La familia de un recién nacido prematuro tiene pleno derecho a la información y a la participación en la toma de decisiones sobre su salud a lo largo de toda su atención neonatal y pediátrica.
9. El recién nacido prematuro tiene derecho a ser acompañado por su familia todo el tiempo.
10. Las personas que nacen de parto prematuro tienen el mismo derecho a la integración social que las que nacen a término.

“Claves en la Promoción de la Salud a Largo Plazo de los Niños Nacidos Prematuros”



Hospital Materno Infantil
“Ramón Sardá”

Hospital Materno Infantil “Ramón Sardá”

1986 • 2016

30° Aniversario

Programa de Seguimiento de Prematuros

“Claves en la Promoción de la Salud a Largo Plazo de los Niños Nacidos Prematuros”

*Hospital Materno Infantil “Ramón Sardá”
1986 • 2016*

“No duden que un grupo de personas inspiradas pueden cambiar las cosas. De hecho, eso es lo que ha ocurrido desde el comienzo de la historia”

« MARGARETH MEAD »

PUBLICACIÓN

30° Aniversarios Del Programa De Seguimiento De Prematuros

“Claves en la Promoción de la Salud a Largo Plazo de los Niños Nacidos Prematuros”

Hospital Materno Infantil “Ramón Sarda”

AUTORES: Integrantes del Programa de Seguimiento de Prematuros H.M.I.Sardá.

Esta publicación es con el aporte del Laboratorio ABBVIE



Dedicado a:

Dra. Norma Aspres

Dra. Alicia Benitez

Sra. Mima Cameo

Dra. Ana Galindo

Dra. Iris Schapira

Colaboración: Red de Familias Prematuras - www.familiasprematuras.com.ar /

red@familiasprematuras.com.ar

Diseño Editorial: Estudio AG - www.estudioag.com / veronica@estudioag.com

Directora General: Dg. Verónica Angelastro

Supervisión y Correcciones: Sra. Verónica Fernández

Esta publicación puede ser reproducida o transmitida libremente para beneficio de la comunidad y sin ánimo de lucro. La versión electrónica está disponible en www.sarda.org.ar email revistasarda@gmail.com

Propiedad Intelectual: en trámite, Ciudad de Buenos Aires, Argentina. 2016.

Contenidos

	PÁGINA
» Prólogo	7
» Autores	9
› <i>¿Por qué un Programa de Seguimiento?</i>	13
› <i>Enfermería. Plan de Cuidados</i>	17
› <i>Pediatra de Seguimiento</i>	19
› <i>Inmunizaciones</i>	25
› <i>Fonoaudiología</i>	31
› <i>Kinesiología y Fisiatría</i>	37
› <i>Juegoteca del H.M.I.S.</i>	41
› <i>Neurología</i>	45
› <i>Estudios Neurofisiológicos</i>	47
› <i>Oftalmología</i>	49
› <i>Psicopedagogía</i>	53
› <i>Salud Mental</i>	57
› <i>Servicio Social</i>	61
› <i>Adherencia al Programa de Seguimiento</i>	65
› <i>Red de Familias Prematuras</i>	67
› <i>Cuadro Médico de Controles</i>	69

Prólogo

PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DE PREMATUROS

Estimados lectores este breve prólogo, tan solo pretende adelantarles que están frente a una información de inmenso valor y por lo tanto les sugiero que comiencen de inmediato su lectura.

La creciente sobrevida de recién nacidos prematuros es la expresión del avance en el conocimiento científico y en la adopción de tecnologías apropiadas. Esta conclusión es imperfecta por insuficiente, ya que no incluye a los verdaderos protagonistas de esta afirmación. Los recién nacidos adquieren el derecho a vivir por su propio esfuerzo, consecuencia del amor y del afecto que reciben de sus padres. Es decir que la familia mecánica necesita sin excepción de la familia biológica: padres, familia y comunidad. En este sentido el programa de seguimiento del Hospital Materno Infantil R. Sarda se lleva a cabo en el marco macro de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia, modelo conceptual y ético que prioriza el empoderamiento de la familia, reconociendo su condición de dueños de casa.

Coherentes con el esfuerzo que representa para los recién nacidos prematuros y sus familias alcanzar condiciones óptimas para su traslado al hogar, es lógico que exista un programa de seguimiento para ofrecer las mejores condiciones para su desarrollo integral.

La Maternidad Sarda tiene un programa de seguimiento que apenas ha cumplido 30 años. Este solo hecho ya sería suficiente para justificar la calidad asistencial conseguida. Sin embargo como leerán en la introducción de la Dra. Mónica Brundi el programa tiene mucho más que la experiencia de los años cronológicos.

Los éxitos se pueden alcanzar por casualidad o son la consecuencia de acciones enmarcadas en los conceptos de seguridad y calidad. Esto se consigue únicamente mediante la constitución de equipos de trabajo. Equipo parece una denominación fácil

pero no lo es. Un equipo con resultados positivos, necesariamente debe estar constituido por expertos en el conocimiento de las diferentes áreas involucradas en el objetivo. Las personas que lo integren deben ser proactivas, respetuosas, honestas y con la actitud crítica de que las decisiones a tomar, no deben ser exclusivamente personales, sino las mejores para el interés de las personas.

Un programa de seguimiento se basa por lo tanto en un enfoque de derechos que respeta la dignidad humana. Este programa resume la sumatoria de cada uno de sus autores lo cual es casi una excepción encontrarlo en una sociedad tantas veces egoísta y materialista.

Como dijimos al comenzar, no pierdan más tiempo y comiencen su lectura. Todos ustedes, familia y agentes de salud, se beneficiaran.

Miguel Larguía

Autores

» INTEGRANTES DEL PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DE PREMATUROS H.M.I.R. SARDÁ.

(Por orden alfabético)

Allignani Gabriela

Fonoaudióloga. Esp. En trastornos de la deglución.

Binda Victoria

Médica Pediatra Neonatóloga. Especialista en Desarrollo Infantil.

Bossi Lucrecia

Médica Pediatra Neonatóloga.

Brundi Mónica

Médica neonatóloga. Jefa de Consultorio Externo de Pediatría.

Caló Agustín

Médico Oftalmólogo Pediátrico.

Caputo Andrea

Licenciada en Enfermería.

Cúneo Libarona María Lucrecia

Licenciada en Terapia Física, Especialista en Tratamiento de Neurodesarrollo. Especialista reed. global de cadenas miofasciales.

De la Fuente Victoria

Licenciada en Psicopedagogía. Concurrente en psicopedagogía H.M.I.R.Sardá.

Fiorentino Alejandra N.

Licenciada Kinesióloga Fisiatra, especialista en cuidados críticos kinesifisiátricos, especialista en tratamiento de neurodesarrollo. Hospital Posadas.

Granovsky Gustavo Javier

Licenciado en Fonoaudiología. Esp. en Neuropsicología Clínica (UBA).

González María Aurelia

Psicóloga Perinatal, Mg. en Antropología Social, Especialista en Política y Gestión en Salud Mental.

Gerometta Gisela

Licenciada en Psicopedagogía. Terapeuta en Atención e Intervención Temprana.

Halliburton Florencia

Licenciada en Psicología. Servicio de Salud Mental.

Iroz Marisa

Fonoaudióloga (UBA)

Kasten Laura

Médica Neonatóloga. Coordinadora del Programa de Seguimiento Prematuros, H.M.I.R.S. Médica de Planta Sanatorio De Los Arcos.

Oyhanart Jorgelina V.

Lic. en Terapia Ocupacional.

Plachco Tatyana

Médica Pediatra Neonatóloga.

Piombo Viviana

Médica Pediatra Neonatóloga. Especialista en desarrollo infantil (UBA).

Ruggiero Cecilia

Licenciada en Psicología. Servicio De Salud Mental.

Russo Gabriela Mariana

Médica Neuróloga, Especialista en Neurología Infantil.

Sena Hugo César

Técnico en Neurofisiología. Especialista en Estudios Pediátricos.

Toledo Silvina Marcela

Licenciada en Psicopedagogía (USAL). Profesora Nivel Inicial “ Normal Nro 1” .

Tuduri Marina

Licenciada en Trabajo Social. Esp. en problemas sociales infanto juvenil.

Vivas Silvana

Licenciada en Psicopedagogía (USAL).

Zaid Rachelle

Licenciada en Psicopedagogía. Observadora de lactantes y docente Universitaria.

Programa de Seguimiento de Prematuros

“Claves en la Promoción de la Salud a Largo Plazo de los Niños Nacidos Prematuros”

~

Hospital Materno Infantil “Ramón Sardá”

1986 • 2016

¿Por qué un Programa de Seguimiento?

Dra. Mónica Brundi

Un programa de seguimiento de niños de alto riesgo es un equipo interdisciplinario con un objetivo común: guiar y acompañar a las familias prematuras en la crianza y desarrollo de su hijo prematuro.

A pesar del cuidado brindado desde las unidades de cuidado intensivo neonatal, que ha permitido una mejor supervivencia de estos niños, la prematuridad continúa siendo uno de los problemas de salud más prevalentes en la población infantil.

Según datos del Ministerio de Salud, en Argentina, la Tasa de Mortalidad Infantil en el año 2013 fue de 10,8 ‰. Si se analiza la mortalidad en el primer año de vida según el peso al nacer, el mayor riesgo está en los más pequeños. Los niños nacidos con un peso menor de 1500g contribuyen con el 48% de las muertes neonatales, es decir antes del mes de vida y con el 36.8% de los niños fallecidos antes del año de vida.

En países desarrollados, alrededor de un 10% de los nacimientos ocurren antes de las 37 semanas de gestación y justifican el 75% de la mortalidad perinatal y el 50% de la discapacidad en la infancia. Por tanto, la prematuridad es un factor importante en la morbi-mortalidad infantil, y es causa de múltiples alteraciones: de crecimiento, sensoriales, cognitivas, motoras y respiratorias. Por otro lado, la internación prolongada es un factor de estrés para los padres que en ocasiones puede alterar la crianza de sus hijos.

El desarrollo infantil es un proceso que implica la progresión de etapas cada vez más complejas para que el niño adquiera independencia y autonomía, por lo cual los niños de riesgo necesitan de un programa de seguimiento que, de forma ideal se extienda hasta la adolescencia. El programa debe contar con un equipo interdisciplinario que asegure el crecimiento y desarrollo físico; las habilidades motoras y de coordinación; aspectos cognitivos de aprendizaje y pensamiento; comunicacional (comprensión y expresión); socio-emocional: establecimiento de relaciones interpersonales saludables; y adaptativas (habilidades conceptuales, sociales y prácticas aprendidas para funcionar en la vida diaria y que permiten responder a las circunstancias cambiantes de la vida y a las exigencias contextuales).

El seguimiento periódico y sistemático, con intervenciones oportunas y tratamientos adecuados, permitirá el máximo desarrollo de sus potencialidades y alcanzar grandes mejoras en la calidad de

vida del niño y su familia. El programa de seguimiento busca responder a las necesidades del niño y acompañar el desarrollo infantil a largo plazo, ayudando a que las familias aprendan cómo cuidar al niño, cómo favorecer su desarrollo, aprovechando eficientemente los recursos humanos y socioeconómicos disponibles.

Nuestro Programa

En el año 1986 el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá inició el programa de seguimiento de prematuros con peso de nacimiento menor a 1500g, dentro del marco de MSCF con el objetivo de brindar continuidad de atención especializada a los niños egresados de la unidad de neonatología. El programa de seguimiento comienza en la unidad de neonatología. El pediatra de seguimiento participa de los pases de sala y en la programación del alta, iniciando así el contacto con las familias que ingresarán al programa. Pediatra y trabajadora social realizan una epicrisis que incluye los datos clínicos y sociales del niño y su familia. Luego del alta, el niño realizará los controles de salud correspondientes en el consultorio externo de pediatría. La modalidad de atención es de Hospital de Día, permitiendo la atención integral del niño, tanto en la salud como en intercurrencias, optimizando el tiempo de las familias y estimulando la continuidad de los controles.

Está integrado por un equipo interdisciplinario constituido por médicos pediatra/neonatólogo, neurólogo y oftalmólogo, y licenciados en fonoaudiología, kinesiología, psicopedagogía, psicología, trabajo social y enfermería. También cuenta con el apoyo de Damas Rosadas y la Red de Familias Prematuras. La Red de Familias Prematuras realiza reuniones mensuales en la sala de espera brindando información, experiencia, y apoyo a otras familias prematuras.

Los datos obtenidos en el seguimiento, de todas las disciplinas, se vuelcan a una base de datos (desde 1986) que se utiliza para mejorar el conocimiento de la población y generar nuevas propuestas e intervenciones oportunas.

Misión

Favorecer un óptimo desarrollo en niños de alto riesgo mediante la utilización de instrumentos de tamizaje y diagnóstico basados en la evidencia, y la intervención temprana, oportuna e integral, derivada del trabajo conjunto de diversas disciplinas.

Empoderar y otorgar, a los padres o cuidadores los conocimientos y habilidades necesarias ya que ellos son los principales habilitadores o rehabilitadores.

Visión

Abogar por el desarrollo infantil, el diagnóstico precoz y la intervención oportuna a fin de: maximizar las oportunidades de un desarrollo óptimo, de una mejor calidad de vida y de una mayor inserción social.

Promover proyectos que favorezcan el desarrollo infantil: impulso de leyes, publicación de libros y/o artículos de investigación, colaboración con el Ministerio de Salud de la Nación, participación en la Especialidad en Desarrollo Infantil.

Consolidar el liderazgo y reconocimiento de los programas de seguimiento con asistencia personalizada de calidad conforme a la mejor evidencia científica, fortaleciendo la triada asistencia, docencia e investigación. Contribuyendo para que los niños y sus familias vivan en condiciones que promuevan su desarrollo integral.

Objetivos

» **Asistencial:** Identificación precoz de factores de riesgo biológicos y ambientales, vigilancia del crecimiento y desarrollo, abordaje de diversas patologías del niño nacido prematuro (sensorio-motriz, comunicación, coordinación, cognición, socio-emocional) a través de la aplicación de estrategias de intervención multidisciplinares oportunas y adecuadas.

Informar al pediatra de atención primaria sobre el programa de seguimiento en el que el niño está incluido y confirme que realiza los controles correspondientes a su edad en su lugar de seguimiento. Estas acciones facilitarán la adherencia a dichos programas.

Promoción de la lactancia materna, brindando apoyo y consejería a las madres a través del Consultorio de Lactancia.

Favorecer el trabajo integrado de distintas especialidades, realizando derivaciones a centros de atención cercanos al domicilio según requerimientos del niño, y comunicación con instituciones escolares y/o terapéuticas.

Discusión de casos en ateneos clínicos interdisciplinarios para tomar decisiones apropiadas e informadas brindando a la familia un mensaje único, con distintas miradas.

» **Auditoría:** Conocer y registrar los datos obtenidos durante el seguimiento permite disponer de información precisa sobre patologías relevantes o secuelas, y de resultados anuales que permitan diseñar programas de salud ajustados a las necesidades de estos niños proporcionando información válida para la investigación.

» **Investigación:** El desarrollo de proyectos de investigación evalúa el impacto alejado de intervenciones perinatales, identifica factores de riesgo brindando la información necesaria para unificar criterios y acciones a desarrollar en el seguimiento de esta población.

» **Docencia:** Formación continua del equipo de trabajo, capacitación de residentes y profesionales rotantes con especial entrenamiento en la vigilancia de esta población y promoción del

trabajo multi e interdisciplinario.

Bibliografía

- Organización del Seguimiento del Recién Nacido Prematuro de Alto Riesgo. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. 2016.
- Unidad Consultorios Externos de Pediatría. Aspres, N. Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá 2014.
- Consultorios Externos de Pediatría: desde sus comienzos hasta hoy. Aspres, N. Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá 1998.

Enfermería. Plan de Cuidados

Lic. Andrea Caputo

Luego del alta de la unidad de neonatología, los controles del niño prematuro y su familia continúan en el consultorio externo de pediatría, donde son recibidos por la enfermera del programa de seguimiento.

Con la finalidad de brindar al momento del alta un seguimiento integral, interdisciplinario y de contención que se adapte a los requerimientos de cada paciente y su familia, el rol de la enfermera de consultorio es esencial.

El profesional de enfermería debe contar con preparación eficiente y competente que permita brindar cuidados de calidad. El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un conjunto de acciones especializadas para que la familia reciba de la mejor forma posible los cuidados de salud correspondientes, es una guía que permite programar las intervenciones de la práctica profesional. Las fases del proceso son: valoración de las necesidades del niño y su familia, diagnóstico de las necesidades, planificación del cuidado y evaluación de lo realizado. La aplicación del proceso permite crear un plan de cuidados centrado en las necesidades de cada niño y su familia.

Misión

Proporcionar una óptima atención a los pacientes ingresados a Seguimiento de Prematuros satisfaciendo sus necesidades y expectativas mediante la prestación de cuidados especializados y de máxima calidad, seguridad y organización efectiva basada en principios éticos y científicos que sustentan el quehacer de enfermería.

Visión

Aplicar el proceso de atención de enfermería con una visión integral de la salud, abordando aspectos biológicos, psico-sociales y culturales, manteniendo una buena comunicación y relación interpersonal con la familia.

Acciones

- Presentación del programa de seguimiento y modalidad de atención.
- Verificar los antecedentes perinatales volcados en la historia clínica, actualizando dirección y

teléfono en cada consulta.

- Realizar examen físico y antropometría.
- Información y promoción de la lactancia materna.
- Brindar consejería sobre los cuidados relacionados con la crianza, higiene, posición al dormir y prevención de accidentes domésticos.
- Verificar la realización de los controles correspondientes según la edad del niño e inmunizaciones.
- Coordinar en el día de atención, las interconsultas a realizar, optimizando el tiempo de espera de la familia.
- Interiorizarse en la estructura familiar y la relación de los miembros de la familia o cuidadores, priorizando la escucha atenta a los padres al momento de concurrir a la consulta
- Planificar en días coincidentes las consultas interdisciplinarias.

» **Docencia:** participación de ateneos clínicos brindando información sobre el niño y su familia necesarias para establecer estrategias de atención para satisfacer sus necesidades.

» **Educación:** con la finalidad de mejorar la comunicación, se abordará un lenguaje claro, preciso y coloquial que tiene como meta que los padres aprendan cada día más sobre pautas y cuidados que favorezcan la aplicación de tratamientos dados o la detección temprana de posibles complicaciones.

Bibliografía

- El proceso de atención y la relación de ayuda, en enfermería pediátrica. Rev., Cultura de los Cuidados. Universidad de Alicante. 2003.
- Alfaro R. Aplicación del Proceso de Atención Enfermería. Doyma. Barcelona. 1998.

Pediatra de Seguimiento

Dra. Kasten L., Dra. Binda V., Dra. Bossi L., Dra. Piombo, V., Dra. Plachco, T.

El pediatra de cabecera debe integrar un equipo de salud interdisciplinario y ser el nexo entre los distintos especialistas intervinientes.

Su función es promover la salud del niño y estar alerta a los signos y síntomas emergentes, trabajando en forma conjunta con los especialistas en tiempos óptimos.

Será quien conoce las necesidades del niño, su familia y su entorno en forma integral, brindando contención emocional y respuestas a los interrogantes que puedan surgir a lo largo del seguimiento, teniendo en cuenta que para las familias la opinión del pediatra es un referente válido, en la que se suele depositar su confianza.

El Pediatra de Atención Primaria realiza los controles pediátricos generales y participa en todas las actividades de prevención, promoción y educación para la salud dentro de los equipos de atención primaria.

El Pediatra de Seguimiento es el encargado de cumplir con los objetivos del programa de seguimiento y dar apoyo a los pediatras de cabecera. Realiza los controles a edades predeterminadas para identificar problemas en forma oportuna proporcionando información y contención a los padres o cuidadores sobre la evolución del niño.

En nuestro programa el pediatra de seguimiento actúa como médico de cabecera.

Misión

Contribuir a disminuir el impacto de la enfermedad y mejorar la calidad de vida, aplicando intervenciones oportunas y tratamientos adecuados manteniendo una capacitación permanente.

Propiciar el trabajo en equipo que permita lograr el máximo potencial de crecimiento, cognitivo y estabilidad socio-emocional para que el niño adquiera independencia y autonomía.

Visión

Poner a disposición los recursos, medios y métodos necesarios para una asistencia sanitaria de excelencia y calidad, brindando información, asesoría y contención a las familias durante el programa.

Promocionar y colaborar en acciones que conduzcan al fomento de la salud de la población infantil, o que eliminen riesgos y eviten enfermedades, así como prevenir limitaciones físicas, psíquicas y sociales.

Objetivos

- Informar al pediatra de atención primaria sobre el programa de seguimiento en el que el niño está incluido y confirme que realiza los controles correspondientes a su edad en su lugar de seguimiento. Estas acciones facilitarán la adherencia a dichos programas.
- Promoción de la lactancia materna brindando consejería a través del consultorio de lactancia.
- Vigilancia del crecimiento y desarrollo según edad gestacional corregida.
- Favorecer el trabajo integrado de distintas especialidades, verificando su concurrencia a los controles programados por las distintas interdisciplinas.
- Reforzar pautas de prevención de infecciones respiratorias implementando talleres de información, y control de inmunizaciones aplicadas según edad cronológica.
- Promover la docencia y la investigación: capacitación de médicos rotantes, participación de ateneos clínicos interdisciplinarios y trabajos de investigación para evaluar el impacto alejado de intervenciones perinatales, identificando factores de riesgo y adherencia al programa.
- Contar con una base de datos actualizada.

Crecimiento y nutrición

Los recién nacidos con peso al nacer menor de 1.500 g o con una edad gestacional inferior a 32 semanas presentan un patrón de crecimiento en los primeros años de vida diferente al de los niños nacidos a término o los prematuros de mayor peso o mayor edad gestacional.

Un crecimiento postnatal óptimo se asocia con un mejor estado de salud y mejor desarrollo neurológico. Los niños con una ganancia de peso insuficiente en los primeros años de la vida presentan un peor desarrollo cognitivo, los que, por el contrario, ganan peso excesivamente, tienen un riesgo mayor de presentar síndrome metabólico en la edad adulta (obesidad, enfermedad cardiovascular y diabetes).

Los pediatras que participan en la atención de este grupo de niños de alto riesgo después del alta deben controlar la velocidad de crecimiento, peso, talla y perímetro cefálico y la relación peso/talla.

Por tanto, los planes nutricionales deben proporcionar suficientes calorías para que puedan aproximarse poco a poco a los patrones de crecimiento normales, evitando tanto la ganancia insuficiente como excesiva de peso.

Patrones de crecimiento

La literatura muestra un patrón de crecimiento diferente entre los niños de peso adecuado para la edad gestacional de los que son bajo peso para la edad gestacional.

A lo largo de toda la infancia, existe una tendencia hacia la normalización del crecimiento que no solo incluye los primeros años de vida, sino que abarca hasta la segunda década de la vida.

Por otro lado, se ha observado que cuanto menor es el peso de nacimiento, mayor es la duración del tiempo en el que puede existir un crecimiento compensatorio.

Con respecto a los niños de bajo peso para la edad gestacional, éstos tienen un mayor riesgo de estar por debajo de percentiles normales a lo largo de toda la infancia y adolescencia que los niños prematuros de peso adecuado a la edad gestacional.

Vigilancia del crecimiento

Hoy en día no se cuenta con curvas válidas específicas para valorar el crecimiento tras el alta de los niños con peso menor de 1.500 g o con una edad gestacional inferior a 32 semanas. Como muchos de los niños de muy bajo peso cuando se van de alta están por debajo del percentil 10 para su edad corregida, el pediatra puede valorar como crecimiento adecuado si las curvas de peso y talla siguen una línea casi paralela a las de los percentiles, pero con una tendencia progresiva a acercarse a las líneas de percentiles normales. Por otro lado, debe vigilar que el incremento de peso y talla sea armónico. Si el peso aumenta en una proporción mayor que la talla, muy probablemente el niño esté acumulando únicamente grasa abdominal.

Para la vigilancia del crecimiento se debe utilizar edad corregida, teniendo en cuenta que los niños con peso de nacimiento menor a 1500g, para peso y talla se deberá utilizarla hasta los dos años, y en los menores de 1000g de peso de nacimiento hasta los tres años. El perímetro cefálico se corregirá hasta el año.

$$\text{EDAD CORREGIDA (sem)} = \text{EDAD GESTACIONAL (sem)} + \text{EDAD POSNATAL (sem)}$$

Método práctico. El cálculo se hace a partir de la edad gestacional del bebé al nacer. Sobre un almanaque, a partir de ese día, se "saltan" hacia abajo las semanas, de renglón en renglón, hasta sumar 40. Ésa es la fecha de término.

Curvas a utilizar

- » Período de 22 a 50 semanas de Edad Post-concepcional: Curvas de Fenton
- » Período de 0 a 5 años: Tablas de la OMS
- » Período desde los 5 años hasta la adolescencia: Tablas Nacionales

Manejo nutricional

Para el seguimiento es útil disponer de información nutricional precisa del período peri y neonatal: peso de nacimiento, longitud corporal, perímetro cefálico, edad gestacional, restricción de crecimiento intrauterino, días de ayuno, días de nutrición parenteral, días en que el paciente logró recibir 120 kcal/kg/día, tipo de nutriente y suplementos que recibió, momento de inicio de la alimentación vía oral y detalles sobre su proceso. También es útil disponer de una copia de la curva de crecimiento durante la internación neonatal.

Es necesario controlar los carriles de crecimiento. Lo ideal es que la normalización del peso sea gradual y controlando siempre la relación peso/talla.

Lactancia Materna: DERECHO N° 5

"Todos los recién nacidos prematuros tienen derecho a ser alimentados con leche humana."

La leche de madre es el alimento de elección para los niños con peso al nacimiento menor de 1.500 g o con una edad gestacional inferior a 32 semanas.

El uso de leche humana en el prematuro tiene múltiples beneficios nutricionales, gastrointestinales, inmunológicos, psicofísicos y neuromadurativos. Además de los beneficios que puede proporcionar durante las primeras semanas de vida, ya que la frecuencia de enterocolitis necrotizante y de sepsis nosocomial está disminuida, mejora el coeficiente de desarrollo y baja el riesgo de rehospitalización.

Existen dos grandes iniciativas que favorecen la instalación y el sostén de la lactancia materna, implementadas en forma activa en la Maternidad Sardá:

-Maternidad Segura y Centrada en la familia (MSCF), donde la familia es la protagonista.

-Hospital Amigo de la Madre y el Niño (HAMyN)

Ambas contemplan:

Información, asesoramiento y apoyo a las madres, Ingreso irrestricto de los padres a la UCIN, contacto piel a piel madre/padre/hijo (COPAP) y el alojamiento conjunto (Residencia de madres), visitas de hermanos y abuelos, lactario y banco de leche humana.

Desde el consultorio de seguimiento, es necesario apoyar a estas familias para que la lactancia materna se sostenga en el tiempo brindando asesoramiento a través del consultorio de lactancia.

Lo aconsejable sería mantener a estos niños con lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad corregida o el máximo tiempo posible.

Los servicios de salud deben trabajar con interés y compromiso para lograr que todo niño prematuro sea dado de alta con la lactancia materna instalada y exclusiva. Si esto no fuera posible, la

lactancia debe ser, al menos, parcial.

Cuando el crecimiento es insuficiente con la leche humana exclusiva, ésta se puede fortificar. De no contar con leche humana o con fortificadores, se deberán utilizar las fórmulas para prematuros.

CUADRO

Comparación entre la composición de la leche materna y las diferentes fórmulas (1/100ml).

Nutrientes	Leche humana	Fórmula Pretérmino Alta Proteína (HP)	Fórmula Pretérmino 1	Fórmula Posalta
Energía (Kcal)	67	82	81	73
Proteínas (g)	1	2,8	2,4	2,1
Grasas(g)	3,5	4,1	4,3	4
Hidratos de carbono (g)	7	8,5	8,7	7,6
Calcio (mg)	26	134	140	83
Fósforo (mg)	14	67	74	47
Sodio (mmol)	0,9	2	1,8	1,1
Hierro (mg)	0,4	1,5	1,5	1,3
Zinc (mg)	0,3	1,2	1,2	0,9
Vitamina A (µg)	68	310	300	102

» Fuente: Benitez A. Algunos integrantes sobre alimentos posalta en prematuros. Rev.Hosp.Mat. Inf. Ramón Sardá. 2010;29(2): 58-60. Nutrición del niño prematuro. www.msal.gov.ar2015

Alimentación complementaria

La introducción de semisólidos y sólidos será recién después del sexto mes de edad corregida, respetando el desarrollo psicomotor y la maduración del niño.

Se ofrecerán al niño alimentos preparados en el hogar, de acuerdo con los hábitos culturales de la familia. Básicamente se seguirán las mismas pautas de introducción de alimentación complementaria que se utilizan en niños no prematuros.

Si el niño tiene dificultades para engordar y crecer y no es capaz de ingerir suficientes calorías se precisará de apoyo especializado.

Inmunizaciones

Dra. Lucrecia Bossi, Dra. Tatyana Plachco

Todo recién nacido presenta inmadurez en el desarrollo de su inmunidad, tanto innata como adquirida. Varios estudios han demostrado que esta inmadurez es potencialmente mayor en recién nacidos prematuros que en los de término. Además, las infecciones y la displasia broncopulmonar son condiciones que disminuyen los recuentos absolutos de linfocitos T, siendo este grupo de pacientes susceptibles a la adquisición de infecciones y a que su evolución sea más tórpida. En cuanto a la vacunación de pacientes prematuros, se ha evidenciado que la respuesta a los antígenos vacunales suele ser similar en intensidad y perdurabilidad a la de recién nacidos a término de la misma edad cronológica.

• BCG

La vacuna antituberculosa, compuesta por una suspensión de bacterias vivas atenuadas, denominada BCG (Bacilo de Koch) debe aplicarse antes del egreso de la maternidad. Existe evidencia con respecto a la vacunación con BCG en neonatos con peso mayor a 1500 g, por lo cual puede aplicarse cuando el niño alcance ese peso. Considerando la mayor incidencia de infección diseminada por BCG en niños VIH+ se contraindica la BCG en niños con infección documentada por VIH, expuestos perinatales al VIH (hasta obtener 2 PCR negativas), enfermedades graves con compromiso del estado general, inmunosupresión congénita o adquirida.

Una vez superadas estas circunstancias, se debe realizar la vacunación.

• Séxtuple acelular (DTPa-Hib-HBSalk)

Se debe vacunar contra difteria, tétanos, tos convulsa, Haemophilus influenzae (Hib), hepatitis B y antipoliomielitis a lactantes prematuros (edad gestacional menor a 37 semanas) y nacidos con un peso menor a 1500 gramos con el fin de disminuir la internación, morbilidad y mortalidad por estas enfermedades y minimizar en esta población los efectos adversos graves desencadenados por la aplicación de vacunas con componente celular contra Bordetella Pertussis. Su esquema consiste en 3 dosis administradas a los 2, 4 y 6 meses de edad.

• Hepatitis B

En el año 2009 se incorporó la vacuna combinada DTP-Hib-HB a los 2-4-6 m (quíntuple). La primera dosis (neonatal) de la vacuna HB debe ser sólo monovalente y aplicada dentro de las 12 hs de vida. Posteriormente se continuará el esquema con 3 dosis vacuna combinada.

Se debe estudiar a la madre con HBsAg en las primeras 12 hs post parto (si no fue estudiada durante el embarazo). Si presenta un HBsAg positivo se deberá administrar la vacuna dentro de las doce horas junto con gammaglobulina específica (dentro de los 7 días del nacimiento) continuando más adelante con el esquema: 2-4-6 meses.

• Rotavirus

El rotavirus es el virus que más frecuentemente causa diarrea y vómitos en lactantes y niños de 6 a 36 meses de vida.

Las vacunas pentavalente y monovalente son seguras y bien toleradas. No deben administrarse en la unidad neonatal ni en el medio hospitalario por el potencial riesgo de diseminación. La edad máxima para iniciar la vacunación es 14 semanas. El esquema de vacunación consiste en 2 ó 3 dosis separadas por 4 semanas, como mínimo.

• Antigripal

El virus de la gripe o influenza se transmite de persona a persona, a través de las secreciones respiratorias. En temporada de otoño o invernal se debe vacunar a partir de los 6 meses de edad (dos dosis de 0,25 ml, separadas por 4 semanas), debiéndose vacunar a los familiares, contactos y cuidadores de los menores de 6 meses.

Grupo de edad	Dosis	Cantidad de dosis
> 6 a 35 meses inclusive	0,25 ml	1 ó 2
> De 3 a 8 años inclusive	0,50 ml	1 ó 2
> 9 años	0,50 ml	1

• Triple viral

Esta vacuna se aplica para la protección contra el sarampión, la rubéola y parotiditis (SRP).

La primera dosis se aplica a los 12 meses con un refuerzo a los 5-6 años en el escolar. En los niños que no la han recibido previamente o que no tengan dos dosis aplicadas se indica su aplicación a los 11 años.

• Antineumocócica

El neumococo es el causante frecuente de otitis media aguda y suele complicar una infección viral previa, produciendo enfermedades graves como meningitis y neumonía. El 80% de estas infecciones afecta a menores de 2 años. La infección por neumococo es la segunda causa de meningitis en la población de niños menores de 4 años.

El *Calendario Nacional de Vacunación* contempla la aplicación de la vacuna conjugada contra el neu-

mococo con 2 dosis y un refuerzo (a los 2, 4 y 12 meses).

Conclusiones: La mayoría de los niños prematuros alcanzan concentraciones de anticuerpos protectoras. Las vacunas inducen memoria inmunológica, sin mostrar aumento en la frecuencia de efectos adversos. Las mismas se deben aplicar según la edad cronológica de los pacientes prematuros.

La vacunación de la mujer embarazada con triple bacteriana acelular (luego de la semana 20 de gestación) y vacuna antigripal, en los meses de otoño e invierno, es indispensable para prevenir enfermedades graves en el neonato.

• Virus Sincicial Respiratorio (VSR)

Las infecciones respiratorias agudas (IRAs) en Argentina constituyen la cuarta causa de mortalidad infantil.

La infección respiratoria aguda baja (IRAB) en pediatría el principal agente causal es por el virus sincicial respiratorio (VSR), éstas afectan a dos tercios de los lactantes durante su primer año de vida y es la bronquiolitis la forma clínica más frecuente.

Existe un amplio espectro clínico en los niños infectados por VSR desde episodios leves de catarro de vías aéreas superiores en la mayoría de los casos, mientras que alrededor del 30% pueden desarrollar una neumonía o bronquiolitis, con riesgo de complicaciones e incluso de muerte. También existe mayor predisposición a sibilancias recurrentes, anormalidades en la función pulmonar e hiperreactividad bronquial en el futuro.

Se ha determinado que existen poblaciones pediátricas en las cuales se evidenció un riesgo aumentado de morbilidad en contexto de infecciones respiratorias por VSR. Éstas incluyen a los niños prematuros, lactantes con diagnóstico de displasia broncopulmonar, cardiopatías congénitas con compromiso hemodinámico y alteraciones de la inmunidad.

En la mayoría de las regiones de nuestro país el período estacional de mayor incidencia de infecciones por VSR es de abril a septiembre, pudiendo existir variaciones en algunas provincias.

Al realizar un análisis retrospectivo de casos de IRA por VSR del período 2009-2013, se puede concluir que la mayor cantidad de casos se concentran entre las SE 17 y 35, sin cambios significativos por año. Esto permite clasificar a este período como el de mayor riesgo.

Pese a que la IRAB por VSR representa un problema epidemiológico muy importante en la infancia, hasta la fecha no se ha logrado desarrollar vacunas contra este virus. La limitante mayor es que aun con la infección, la inmunidad generada en el huésped es parcial o incompleta.

En Argentina sólo se cuenta con datos parciales del impacto del VSR en poblaciones de recién nacidos de alto riesgo. Estudios realizados en el Hospital Garrahan y la Maternidad Sardá de Buenos Aires, en cohortes de prematuros con y sin DBP, la incidencia de internación por VSR fue cercana

al 26% .Alrededor de un tercio de los niños internados requirió asistencia respiratoria mecánica para el tratamiento de la IRA. Y en el año 2003, se incorporó la recomendación de indicar profilaxis contra VSR en niños menores de dos años de edad portadores de cardiopatías congénitas con compromiso hemodinámico donde se evidenció una disminución del 45% en las tasas de internación por IRAB por VSR, así como un menor tiempo de internación en este grupo.

Ante esta situación, se considera fundamental implementar una estrategia integral, nacional, sustentable, universal, gratuita y obligatoria, con el objetivo de disminuir la morbimortalidad en los grupos de alto riesgo.

En la actualidad, se dispone de un anticuerpo monoclonal específico contra VSR (Palivizumab / Synagis®) Es un anticuerpo monoclonal que confiere inmunidad artificial contra el VSR mediante la administración pasiva de anticuerpos orientados contra el sitio antigénico A de la proteína F del VSR. Su vida media es de aproximadamente 20 días, alcanzando concentraciones séricas elevadas dentro de las 48 horas de su administración, y manteniéndose por encima del rango protector en los 30 días posteriores, siendo fundamental sostener una adherencia óptima y mensual a la aplicación del producto en función de mantener anticuerpos plasmáticos anti-VSR en concentraciones adecuadas durante el período de circulación viral.

Actualmente, la inmunización Palivizumab constituye la intervención más importante junto con la lactancia materna para reducir la enfermedad grave por VSR en niños de alto riesgo como prematuros o niños portadores de cardiopatías congénitas complejas.

Recomendaciones de uso:

Dosis: 1 a 4 dosis de 15mg/kg en forma mensual.

Vía de administración: intramuscular.

El cronograma de administración: se compone de 4 dosis de anticuerpos que deberán ser aplicados una vez por mes, indicando la 1° dosis lo más tempranamente posible a partir de la última semana de abril.

Población objetivo:

Se definió a los siguientes grupos de riesgo como población objetivo para la inmunización pasiva con Palivizumab, según normas del Ministerio de Salud de la Nación:

- Prematuros menores o igual a 32 semanas de edad gestacional o con peso al nacimiento menor o igual a 1.500 gramos, hasta los 6 meses de edad cronológica al inicio de la temporada de administración del anticuerpo.
- Prematuros con diagnóstico de displasia broncopulmonar y requerimiento de oxígeno suplementario hasta los 12 meses de vida al inicio de la temporada de administración del anticuerpo.
- Prematuros menores de 29 semanas y menores de 1000g al nacer hasta los 12 meses de vida al inicio de la temporada del anticuerpo.

- Niños menores de 12 meses con cardiopatías bajo Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas que presenten inestabilidad hemodinámica significativa al inicio de la temporada invernal. Conjuntamente con la administración del Palivizumab existen medidas generales para evitar las infecciones respiratorias, estas deben ser transmitidas por el pediatra durante la visita al consultorio o mediante la implementación de talleres para la comunidad. Estas incluyen:

- *Promover y sostener la lactancia materna.*
- *Limitar el contacto con personas con infección respiratoria alta.*
- *Promover estricto lavado de manos antes y después del contacto con el bebe.*
- *Evitar la contaminación ambiental con humo (ej. humo de cigarrillo, braseros) y el hacinamiento.*
- *Realizar controles mensuales con pediatra de cabecera, y cumplimiento del Calendario Nacional de Vacunación en el niño, convivientes y contactos cercanos (ej. cuidadores).*
- *Educar sobre aplicación de Palivizumab como herramienta importante dentro del abordaje integral para la prevención de enfermedades respiratorias en grupos de alto riesgo.*
- *Fomentar la vacunación antigripal de convivientes de niños prematuros menores de 1.500 gramos al nacimiento, hasta los 6 meses de vida.*
- *Fomentar la vacunación con vacuna triple bacteriana acelular -dTpa, en convivientes de prematuros y madre no vacunada durante el embarazo.*
- *Promover la consulta temprana ante la presencia de síntomas compatibles con IRA.*

Bibliografía

- Estadísticas Vitales. Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), Argentina 2012. Disponible en: <http://www.deis.gov.ar/>.
- Comité de Estudios Fetoneonatales (CEFEN) Actualización de las recomendaciones sobre el uso de palivizumab. Arch Argent Pediatr 2007.
- Ministerio de Salud de la Nación. Prevención de la infección respiratoria aguda grave por VSR 2014.

Fonoaudiología

Fga. Allignani, G., Lic. Granovsky, G., Fga. Iroz, M.

Las características clínicas del niño nacido pretérmino (hemorragia intracraneana, episodio hipóxico isquémico, asistencia respiratoria, hiperbilirrubinemia, displasia broncopulmonar, etc.) determinan una labilidad que a corto o largo plazo pueden incidir negativamente en el desarrollo de ciertas habilidades cognitivas. Desde el año 1992 en el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, se incorporó el servicio de fonoaudiología al plan de seguimiento de los niños prematuros.

Misión

- Detectar precozmente trastornos en la audición, en el desarrollo de la comunicación y el lenguaje, trastornos en la succión, deglución y respiración.
- Intervenir terapéuticamente hasta los 7 años de edad teniendo en cuenta las características clínicas del niño nacido pretérmino cuya labilidad a corto o largo plazo pueden incidir negativamente en el desarrollo de ciertas habilidades cognitivas.
- Capacitar a los alumnos de la Carrera de Fonoaudiología (UBA) en el área de la estomatología.
- Investigación clínica a fin de mantener una continua actualización en los instrumentos de evaluación y tratamiento fonoaudiológico.

Visión

- Difundir dentro del ámbito de esta institución, las tareas profesionales que desempeña el fonoaudiólogo, su inclusión dentro del ámbito de la atención primaria de la salud, la actividad interdisciplinaria que desarrolla y su rol en el diagnóstico precoz.

Objetivos

El principal objetivo es evaluar, diagnosticar e intervenir tempranamente en las distintas áreas de especialización fonoaudiológica:

- **Área de la audición:**

Seguimiento en consultorios externos: Se realizan otoemisiones acústica como parte del testeo auditivo universal del Programa de Pesquisa Neonatal, del Ministerio de Salud del GCBA, (PROTAUN).

Durante el primer año de vida se realiza *la evaluación de la audición a través de la observación clínica*, discriminación auditiva (instrumentos sonoros) y observación de la conducta. Se dan pautas de estimulación auditiva a los padres y se realiza la derivación correspondiente si fuese necesario.

Evaluación objetiva de la audición: Dentro de los seis meses de edad corregida por medio de los Potenciales Evocados Auditivos se evalúa la maduración de la vía auditiva y los umbrales auditivos de cada paciente. En presencia de una patología se procede a la derivación, dentro de la Red de Fonoaudiología, a un servicio de tercer nivel para su evaluación y eventual tratamiento.

• **Área de la comunicación y el lenguaje**

El seguimiento neurolingüístico que se realiza en el Servicio de Fonoaudiología está diagramado considerando las pautas básicas del desarrollo del lenguaje en el niño en sus diversas etapas.

Nivel prelingüístico: Comprende desde el nacimiento hasta la aparición de las primeras palabras (aproximadamente al año de edad corregida). Durante este período, se realizan consultas mensuales donde se evalúa el desarrollo del juego vocal o balbuceo y la comunicación. Se valora la aparición, el incremento, la variabilidad y la consistencia del balbuceo. Asimismo, se registran aspectos fonológicos específicos: sonidos guturales, vocálicos, consonánticos, la aparición de las sílabas canónicas reduplicativas y no reduplicativas. Por último, se registra la aparición de las primeras palabras, considerando en este caso, su correlato semántico pragmático, su relación denotativa y connotativa.

Nivel lingüístico: A partir de la adquisición de las primeras palabras, se evalúa el desarrollo del lenguaje en los aspectos fonológico, sintáctico, semántico y pragmático. Durante este período, considerando el desarrollo paralelo de otras funciones cognitivas estrechamente relacionadas, se determinan dos etapas bien diferenciadas de evaluación.

De 1 a 3 años:

- La irrupción de la palabra frase.
- La aparición de la frase simple de dos palabras.
- El aumento general del vocabulario.
- La comprensión de órdenes simples de selección y selección ejecución.
- La característica del discurso considerando el número de palabras (más de tres), aspectos sintácticos, semánticos y pragmáticos.

De 3 a 7 años:

Durante este período el acceso a la escolaridad formal requiere del correcto desarrollo del lenguaje para facilitar el aprendizaje de la lectura, escritura y cálculo. Dada la complejidad del desarrollo psicolingüístico en esta edad, a tal efecto hemos seleccionado diversos subtest de baterías estandarizadas.

De este modo, los subsistemas del lenguaje evaluados por estas técnicas son:

- **Aspecto fonológico:** Registro fonológico, nivel expresivo de vocabulario (Test de figura palabra

expresivo) y conciencia fonológica (Prueba de conciencia fonológica).

- **Aspecto semántico-comprensivo:** Nivel receptivo de vocabulario, órdenes complejas de selección, selección ejecución, nivel de pensamiento en función lingüística, noción de juicio (causalidad y efecto), definiciones, absurdos verbales, semejanzas y diferencias, comprensión de situaciones, fluidez verbal, comprensión sintáctico-gramatical, concepto de cantidad y secuencia temporal.

- **Aspecto semántico-expresivo:** respuestas a expresiones concretas, relación parte-todo, relación temporal, conservación de tamaño, clasificación, fluidez verbal, respuestas con justificación, lenguaje dialogado, repetición de una historia con apoyo visual, utilización verbal e integración gramatical. Los aspectos semánticos son evaluados por medio del Test de figura palabra receptivo y expresivo, Subpruebas de ELCE Evaluación Comprensiva y Expresiva del lenguaje, del Preschool Language Scale, Fourth Edition (PLS-3), del Test Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas y el Inventario de Desarrollo Battelle.

En forma complementaria, y a fin de arribar un diagnóstico global de las tareas subyacentes al aprendizaje escolar, se decidió incorporar la evaluación de la memoria verbal, memoria visual y aspectos visoperceptivos, dado que estas habilidades cognitivas reguladas por el lenguaje se encuentran habitualmente alteradas en los niños nacidos prematuramente (Subprueba del Test AEI, Subpruebas del Cumanin).

Considerando al lenguaje como sustento principal del pensamiento y teniendo en cuenta su función reguladora en el aprendizaje escolar, resulta evidente la importancia de la evaluación neurolingüística dentro del seguimiento del niño prematuro. El objetivo es identificar los procesos psicolingüísticos implicados en la comprensión y producción del lenguaje, aplicando de forma justificada, pruebas estandarizadas para evaluar cada uno de ellos. La intervención precoz puede reducir notablemente las secuelas negativas en los aprendizajes escolares. Debido a que un alto porcentaje de niños requieren tratamiento fonoaudiológico, resulta imposible que todos puedan recibir la terapéutica en nuestra Maternidad, por lo que son derivados a centros asistenciales cercanos a sus domicilios. Sólo son admitidos en nuestro servicio aquellos pacientes que presentan un trastorno severo del lenguaje, que fueron derivados oportunamente y no pudieron acceder al tratamiento.

• **Área de la alimentación:**

a) **Atención en internación:** Los tiempos y formas de la alimentación en el bebé nacido pretérmino son diferentes a la habitual de un bebé de término. Durante la internación se acompaña al bebé prematuro y su familia en el proceso de alimentación, la misma, es afectada por su inmadurez, y requiere de cuidados especiales para la incorporación del alimento. Las dificultades habituales de los lactantes son: el fácil agotamiento al reflejo de búsqueda, succión débil e inconstante, respiración agitada durante la succión, agotamiento-fatiga-adormecimiento, e incoordinación. La atención

se realiza a todos los prematuros durante la alimentación parenteral, enteral (sonda nasogástrica/orogástrica), lactancia materna y biberón, realizando las intervenciones fonoaudiológicas que se requieran hasta el alta neonatal, continuando con el seguimiento por consultorios externos.

En las primeras consultas se realiza la exploración de los reflejos orales, la morfología ósea orofacial, muscular y la estimulación de la succión no nutritiva. Las mismas, si es posible, se hacen en presencia de la mamá o algún familiar para explicarles cual será nuestro trabajo con el bebé y la importancia de que ellos participen. La succión nutritiva es evaluada con dosificación de volúmenes, en relación a las semanas de gestación, peso y estado clínico del paciente. Se realiza durante la alimentación con pecho materno y/o biberón, observando el mecanismo succión – deglución y su coordinación con la respiración. Si el bebé presentase una alteración en dicho mecanismo, el equipo médico evaluará si es oportuna la derivación para realizar un estudio objetivo y dinámico de la deglución por videofluoroscopia.

Como propuesta terapéutica es recomendable estimular la succión no nutritiva cuando el bebé recibe la leche por vía enteral, preferentemente cuando se realiza la práctica de "contacto piel a piel", ya que durante la misma, el bebé se encuentra sobre del pecho materno pudiendo estimular el reflejo de búsqueda y succión con el chupete o llevando su manito a la boca. Se orienta a los padres sobre la posición adecuada en que el bebé debe recibir el alimento durante y después de la ingesta para evitar el riesgo de aspiración por incoordinación o reflujo gastroesofágico.

El trabajo se realiza conjuntamente con los profesionales que atienden al bebé y con los padres.

b) Atención en consultorios externos: La atención de lactantes y niños pequeños, favorece detectar y prevenir alteraciones en las distintas etapas de la deglución y la respiración, permitiendo realizar intervenciones tempranas oportunas. Se acompaña el desarrollo evolutivo de la alimentación del niño en sus diferentes momentos, teniendo en cuenta que su boca recibió numerosas intervenciones desde su nacimiento, y éstas situaciones vividas pueden contribuir a que la alimentación se vea afectada. La misma, no solo incorpora nutrientes, abarca los aspectos comunicativos, sociales y del niño. A partir de los 6 meses de edad corregida, la evaluación se realiza con alimentos de consistencias líquidas y semisólidas. En la consulta se interroga a la mamá sobre cómo fueron los primeros encuentros con la comida: Apetencia, inapetencia, rechazo a los alimentos, gustos, preferencias, duración y frecuencia alimentaria. Posición y lugar en que alimenta al niño. Si presenta episodios de tos, ahogos, arcadas o vómitos, durante o después de la ingesta. Infecciones respiratorias frecuentes.

Alrededor de los 12 meses de edad corregida, ya se evalúa con alimentos diferentes consistencias, favoreciendo que la masticación, se realice con movimientos laterales y rotatorios de la lengua y mandíbula. Se orienta a que inicialmente la incorporación de alimentos sea de consistencia sólida-blanda, para luego dar paso a la trituración con sólidos más duros. Los volúmenes dentro de

la boca, deben ser pequeños para que pueda contenerlos en la misma, como así también asegurar que la nariz no tenga secreciones para una correcta respiración nasal. Inicia el proceso de sorbición en vaso. Las consultas que realiza el paciente prematuro dentro del seguimiento son orientadas a lograr la incorporación de patrones alimenticios correctos, acorde a la edad, detección de alteraciones de sistema estomatognático y prevención de las mismas.

Haciendo referencia éste último punto, conjuntamente con las especialidades: Nutrición, Terapia Ocupacional y Psicología, se ofrecen talleres a las familias, abordando la alimentación desde diferentes temáticas. Considerando lo anteriormente expuesto a largo plazo es esperable lograr la detección precoz de los trastornos del lenguaje infantil y de la hipoacusia neonatal. Asimismo, lograr disminuir la deserción del plan de seguimiento.

Es indudable que contar con profesionales fonoaudiólogos se hace imprescindible a la hora de intervenir preventivamente en estas patologías.

Bibliografía

- Werner, A. Teoría y práctica de las otoemisiones acústicas. Buenos Aires: Editorial del Autor; 2004.
- Cabra, J. Implantación de un programa para la detección precoz de hipoacusia neonatal. Acta Otorrinolaringológica Española. 52:668-673. 2001. Madrid.
- Lizzi, E. Atención temprana, una perspectiva fonoaudiológica. Rosario, Santa Fe. Editorial GIAF. 2004.
- Aguado G. Trastornos específicos del lenguaje. Madrid: Editorial Aljibe; 2003.
- Esteban, R. Desarrollo del lenguaje en el niño. Madrid. Ediciones Octaedro; 2005.
- Narbona, J. El lenguaje del niño. Madrid. Masson; 2001.
- Matute, E.; Rosselli, M. Evaluación Neuropsicológica Infantil (ENI). México. Manual Moderno; 2011.
- Solovieva, Y. Manual de evaluación neuropsicológica infantil. México. 2002.
- Rosselli, M. Neuropsicología del desarrollo infantil. México DF. Manual Moderno; 2010.
- Portellano, J. Neuropsicología Infantil. Madrid. Síntesis; 2007.
- Jury. S. Palabra, Voz y Deglución. Fundación Roemmers. Bs As.; 1996.
- Moyano. H. y cols. Problemática de la deglución en niños.; 1998.
- F.E.P.I. Fundación para el estudio de los problemas en la infancia. Escritos de la infancia. Nº 8. 1993. CABA.
- Catherine Mathelin. Clínica Psicoanalítica con bebés prematuros. 1998. Nueva Visión 2001.

Kinesiología y Fisiatría

Lic. Klga. Ftra. Alejandra N. Fiorentino, Dra. TF. Ma. Lucrecia Cúneo Libarona

Desde la Kinesiología, con un perfil de neurodesarrollo, se trabaja desde el nacimiento, en la internación y en consultorios externos, el cuidado postural para una facilitación sensorial, como input en la adquisición de comportamientos y habilidades que se transforman en aprendizaje. Este acompañamiento, toma como eje central al niño y su entorno, familia, con quien se trabaja en las pautas de las actividades de la vida diaria, favoreciendo un desarrollo típico y pudiendo detectar en forma temprana y oportuna, desviaciones del desarrollo, incluyendo pautas de tratamiento y derivación específica, en lo posible cercano a sus domicilios, conformando redes de tratamiento.

Misión

Proveer de un servicio de alta calidad, en consultorios externos y en los distintos niveles de internación, a niños nacidos prematuros y sus familias respondiendo a diversas patologías ortopédicas y traumatológicas, neurológicas, cardio-respiratorias y tegumentarias.

Colaborar con las distintas especialidades del programa de seguimiento de prematuros (PSP) en la habilitación o rehabilitación del niño, buscando la máxima potencialidad en su desarrollo y la mayor calidad de vida posible.

Acompañar el proceso educativo de los estudiantes de la Carrera de Desarrollo Infantil (UBA) para peditras y neonatólogos.

Desarrollar investigaciones como modo de compartir el conocimiento y evaluar las herramientas e intervenciones terapéuticas.

Visión

Colaborar en el desarrollo y jerarquización de la Kinesiología y Fisiatría como parte integrante del equipo multidisciplinario del PSP, proveyendo una asistencia de calidad, realizando docencia, y llevando a cabo investigación, como colaboración al crecimiento del cuerpo único de conocimiento de la profesión.

Objetivos

Realizar diagnósticos funcionales a través de tests, escalas e instrumentos basados en la eviden-

cia.EEDP, TADI, BSDI, etc.

Proveer de intervenciones basadas en la mejor evidencia disponible:

• **Intervenciones directas oportunas y adecuadas:** Tratamiento de neurodesarrollo, fisio-kinesio respiratoria, vendajes funcionales, movilización articular y de tejidos blandos, tratamiento postural, etc.

• **Intervenciones indirectas:** Asesoramiento familiar, juegos y ejercicios favorecedores del desarrollo y la funcionalidad en las actividades de la vida diaria, pautas de crianza, pautas de cuidado de la vía aérea, enseñanza de colocación de vendajes funcionales, etc.

Charlas grupales a los padres/cuidadores de niños nacidos prematuros internados y descomplejados, sobre pautas de neurodesarrollo y cuidado de la vía aérea, haciendo así la conexión directa al programa de seguimiento en consultorios externos, y facilitando al niño y su familia una mejor calidad y rapidez en la atención.

Participar en:

- Ateneos clínicos del programa de seguimiento de prematuros.
- Actividades académicas y científicas dentro y fuera del HMIRS.
- Llevar estadística de patologías frecuentes, factores de pronóstico o riesgo de interés, etc. para investigación del PSP.
- Colaborar con pediatría y las distintas especialidades del PSP.
- Realizar derivaciones precoces según la necesidad del niño en acuerdo con el médico de cabecera del niño a profesionales dentro o fuera del PSP.
- Participar en la formación de los estudiantes de la Carrera de Desarrollo Infantil (UBA) para pediatras y neonatólogos.
- Realizar actualizaciones profesionales y revisión de la literatura científica periódicamente a fin de conocer el estado del arte de la profesión.

El kinesiólogo del programa de seguimiento presta sus servicios profesionales en las siguientes áreas: Consultorios externos de pediatría, UTIN y UCIN, realizando cuidado de la vía aérea, cuidado sensorio motor y vínculo madre/hijo.

Ingreso del paciente a kinesiología

Luego del control clínico con el pediatra/neonatólogo, el niño es derivado a kinesiología para evaluación y o intervención kinésica (patología respiratoria, tegumentaria, ortopédica) y del neurodesarrollo.

• Evaluación del neurodesarrollo: El niño será evaluado con la EEDP (Escala de Evaluación de Desarrollo Psicomotor) al inicio.

Con el TADI (Test de aprendizaje y desarrollo infantil) desde 3 meses a 2 años.

Los niños son seguidos por psicopedagogía o kinesiología hasta los 2 años de edad corregida y se-

rán evaluados por kinesiología (independientemente de la disciplina que los siga) en las siguientes edades: 6, 12 y 18 meses.

El niño será evaluado con el BSID III a los 4 y 18 meses.

Si una evaluación da como resultado riesgo (1DS) se darán pautas de intervención temprana*1 (IT) al cuidador principal y se citará al mes.

Si dos evaluaciones consecutivas dá como resultado riesgo (1DS), se derivará a intervención temprana (IT).

Si una evaluación dá como resultado riesgo (1DS) y la segunda, retraso se derivará a IT.

Según el área más afectada o la situación particular del niño será una u otra disciplina la que se hará cargo de la IT (ej. dificultad en comunicación a fonoaudiología, socio-emocional a psicopedagogía, dificultad motora o coordinación a kinesiología). Cada disciplina (fonoaudiología, kinesiología o psicopedagogía) decidirá si la IT se realiza en el HMIRS o será necesaria la derivación externa.

*1 (Intervención temprana: estrategias de abordaje sobre el/las área/s comprometida/s del desarrollo infantil, involucrando distintos tipos de apoyo al niño, padres/cuidador principal y familia (experiencias, oportunidades, etc.).

Bibliografía

- Schapira I. Comentarios y aportes sobre desarrollo e inteligencia sensorio-motriz en lactantes. Análisis de herramientas de evaluación de uso frecuente. Rev. HMIRS 2007, 26 (1): 21- 27.
- Schapira I; Toledo S; Vivas R et al. Los Años Formativos. Desarrollo e Intervención oportuna en los primeros 5 años de vida. Fundación Neonatológica (FUN); Bs. As. 2010.
- Estudio prospectivo de recién nacidos prematuros hasta los 2 años. Evaluación de un método de evaluación del neurodesarrollo. IT Schapira, E Roy. Rev. Hosp. Mat Inf. Ramón Sardà. 1998.Vol 17. Cognitive Outcome in Preterm Infants.
- Regional Brain Volume Abnormalities and Long-term. Bradley S. Peterson; Betty Vohr; Lawrence H. Staib; et al. JAMA. 2000;284(15):1939-1947 (doi:10.1001/jama.284.15.1939).
- Comparison of Enrollment in Interventional Therapies Between Late-Preterm and Very Preterm Infants at 12 Months' Corrected Age Jessica L. Kalia, Paul Visintainer, Heather L. Brumberg, Maria Pici and Jordan Kase DOI: 10.1542/peds.2008-Pediatrics 2009;123;804-809.
- Swaddling: A Systematic Review Sleuwen, Adèle C. Engelberts, Magda M. Boere-Boonekamp, Wietse DOI: 10.1542/peds.2006-2083. Pediatrics 2007;120:e1097-e1106.
- The neuronal group selection theory: promising principles for understanding and treating developmental motor disorders Mijna Hadders-Algra, Movement and Development Group, Department of Medical Physiology, University of Groningen, Developmental Medicine & Child Neurology 2000, 42: 707-715.

Juegoteca en un Hospital Materno Infantil

Fga. Gabriela Allignani, Lic. Jorgelina V. Oyhanart

El espacio de juegoteca se encuentra en la sala de espera de consultorios externos de pediatría, enmarcado en la estrategia de atención Primaria de la Salud, en el ámbito de la Secretaría de Salud (GCBA).

La juegoteca es el espacio físico donde se organiza y administra el recurso lúdico, es decir los juguetes y todo aquello que se utilice para jugar y generar placer. Espacio de confrontación y de aceptación de las nuevas sensibilidades de nuestra cultura, las cuales tienen formas diferentes de jugar y de apropiarse del mundo. Es además, una actividad que permite la intervención de distintos profesionales del área de salud, transformándose potencialmente en un espacio interdisciplinario. La esencia de la Juegoteca tiene que ver con facilitar, mediante sus recursos, el juego libre y espontáneo. El juego no como medio, sino como fin. El objetivo es proveer una oportunidad de juego segura y recreativa que favorezca el óptimo desarrollo del niño.

El juego es un derecho (art. 31 Convención Internacional Sobre los Derechos del Niño), crea lazos entre el hogar y el hospital, entre la familia y el niño; y los niños entre sí, generando inclusión. Las juegotecas del área de salud nacen como respuesta a las condiciones de desigualdad de acceso al juego.

Se entiende al juego como una actividad fundante, necesaria y propia de todo ser humano. El jugar es una actividad que se va construyendo con los referentes significativos. Las adquisiciones que va logrando van emergiendo a partir del jugar.

El niño se constituye a través del juego, transita a lo largo de su vida por diferentes experiencias lúdicas: juegos de crianza y sostén, jugares exploratorios, juegos de presencia-ausencia, jugares simbólicos y juegos reglados. Todas estas acciones aportan a su crecimiento, su desarrollo y sus modos de establecer vínculos. El jugar ayuda a desarrollar habilidades motoras (gatear, trepar, equilibrarse), de coordinación al manipular pequeños juguetes, cognitivas (resolución de problemas, colores, tamaños, formas, memoria y atención), comunicacionales al interactuar con otros (cantos, imitación, cuentos), y socioemocionales (iniciativa, cooperación, esperar el turno, negociación, reglas y roles). El niño aprende sobre él mismo y el mundo que lo rodea.

Es por ello que es una actividad primordial en la infancia.

Nuestra juegoteca funciona desde el año 2007 por iniciativa de la Dra. Iris Schapira, quien pensó que era importante transformar el tiempo de espera en los consultorios externos de pediatría en un

espacio productivo de aprendizaje, tanto para los niños y sus familias.

La misma integra y participa activamente de la red de juegotecas en salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA), y desarrolla actividad docente con alumnos de diversas carreras de la U.B.A.

Objetivos

- Propiciar a los pacientes nacidos pretérmino que estuvieron hospitalizados, un espacio de juego desde el área de la salud. Este espacio permite "jugar" relacionándose con sus pares y sus familias.
- Compartir experiencias de crianza y tener una relación más cercana con los profesionales que atienden al niño, ya que muchos de ellos también juegan.
- Detectar características y situaciones que afecten a los niños y sus familias para poder realizar intervenciones y derivaciones oportunas.
- Favorecer el desarrollo del niño en sus diferentes áreas.
- Promover hábitos de higiene y alimentación saludable.
- Fomentar la interacción de diferentes culturas facilitando la integración de los niños y sus familias.

Modalidad de los encuentros: ¿Cómo jugamos?

Son invitados a participar todos los niños, incluidos los nacidos prematuros.

Se convoca a los niños que están en la sala de espera aguardando ser atendidos por los profesionales que están a cargo del seguimiento.

Se forman grupos según la edad de los niños.

Los más pequeños ingresan siempre acompañados de sus mamás y/o papás, y los que deambulan y los exploradores pueden hacerlo solos.

Siempre se tiene en cuenta las medidas de higiene y seguridad necesarias para garantizar que el encuentro sea placentero y seguro.

Los bebés y niños más pequeños juegan en el suelo con diversos materiales y objetos para explorar, tirar, tomar, llevarse a la boca y vivenciar diferentes experiencias sensoriales tan importantes para el desarrollo.

Para los más grandes, se proponen juegos corporales, simbólico, reglados.

Como resultado de lo transcurrido en los encuentros de juego y las demandas e inquietudes de las familias que asisten a la juegoteca, se realizan diferentes talleres. En los mismos participan los niños que pertenecen al programa de seguimiento, como así también los profesionales que los atiende.

Citamos algunos de los talleres realizados: "A jugar con el cuerpo", "Experiencias sensoriales", "Fabricamos nuestros juguetes", "Las mamás tejen", "Cuenta cuentos", "Taller de lectura", "Comer rico y saludable." "Frutas y verduras", "A poner la mesa".

También se organizaron charlas sobre "los primeros encuentros con la comida", dicha temática surgió del trabajo con los niños en la U.C.I.N., consultorio de Fonoaudiología y en el espacio de juego con las mamás.

Las mismas fueron organizadas en forma conjunta con profesionales de Salud Mental, Nutrición, Fonoaudiología y Terapia Ocupacional.

Bibliografía

- Daniel Calmels. "Juegos de crianza". El juego corporal en los primeros años de vida. Edit. Biblos.
- D. W. Winnicott. "Realidad y juego".
- "Programa juegotecas en salud". GCBA. Ministerio de la Nación. Dirección General adjunta de Programas Centrales.

Neurología

Dra. Gabriela Russo, Tec. Neurofisiología Hugo Sena

La evaluación neurológica de los niños con peso menor de 1.500 gramos al nacer, o una edad gestacional inferior a 32 semanas, constituye un aspecto importante en el seguimiento de los mismos. La población más vulnerable de presentar alteraciones neurológicas y del neurodesarrollo se encuentra representada por los recién nacidos prematuros extremos, menores de 28 semanas, o con un peso extremadamente bajo al nacer, es decir, menor a 1000 gramos.

Misión

En el contexto del programa de seguimiento de prematuros, la evaluación periódica por neurología infantil tiene como misión identificar a los pacientes con mayor riesgo de presentar secuelas motoras, neurosensoriales y del desarrollo, relacionadas con el nacimiento anticipado. Además del aspecto asistencial, deben tenerse en cuenta las tareas de docencia e investigación que forman parte esencial del seguimiento.

Visión

Intervenir precozmente, brindando a los pacientes tratamientos oportunos que les permitan optimizar sus posibilidades y mejorar la calidad de vida de los mismos y sus familias. Para lograrlo se deben realizar diagnósticos basados en la evidencia, a través de los instrumentos adecuados (que incluyen estudios neurofisiológicos y de neuroimágenes).

La evaluación neurológica debe realizarse previa al alta hospitalaria, a las 40 semanas de edad gestacional corregida y luego periódicamente, teniendo en cuenta la evolución de cada paciente. En el caso de niños con examen neurológico normal al alta y ecografía cerebral sin presencia de lesiones, pueden ser reevaluados por Neurología a los 6, a los 12 y a los 18 meses de edad corregida y, si dicha evaluación es adecuada, repetirla anualmente.

Como en cualquier otra exploración neurológica, se tendrá en cuenta el perímetro cefálico, la indemnidad de los pares craneales, el tono y la fuerza muscular, los reflejos, la postura y la calidad del movimiento. Por otro lado, se debe constatar la adquisición progresiva de los diferentes hitos del desarrollo (sostén cefálico, sedestación, marcha, lenguaje, etc.). Actualmente, cada vez se da más importancia a la valoración de la capacidad funcional, que en definitiva será la que determina la calidad de vida del niño.

La falta de crecimiento del perímetro cefálico durante los primeros meses es un indicador de la pérdida de volumen cerebral y, por tanto, de la extensión del daño en la sustancia blanca y puede ser utilizado para identificar a los niños con mayor riesgo de presentar trastornos del desarrollo en el medio y largo plazo.

Con la valoración del desarrollo motor se pueden identificar niños con alteraciones leves, moderadas o graves. Algunas alteraciones leves o moderadas pueden ser transitorias o pueden mejorar con el tiempo, sin embargo, los niños con alteraciones motoras graves serán los que tengan una peor evolución. El riesgo de parálisis cerebral u otras alteraciones graves del desarrollo motor puede predecirse, en parte, por la información que aportan las técnicas de neuroimagen (ecografía y resonancia magnética de cerebro), sin embargo, los problemas cognitivos y del comportamiento pueden ocurrir en ausencia de alteraciones en las mismas.

Las lesiones cerebrales presentes en el recién nacido prematuro que, con más frecuencia, pueden acompañarse de déficits motores o intelectuales, son la leucomalacia periventricular (LPV) y el infarto hemorrágico periventricular (IHP), considerado como una complicación de la hemorragia de la matriz germinal/intraventricular (HMG/HIV). La constatación de leucomalacia periventricular quística es la que conlleva un peor pronóstico, ya que casi sin excepción se asocia a la presencia de parálisis cerebral.

En todos los niños con peso menor a 1.500 gramos al nacimiento, o una edad gestacional inferior a 32 semanas, debe solicitarse una resonancia magnética de cerebro durante el primer año de vida, más precozmente cuando existen alteraciones en el examen neurológico y/o en el neurodesarrollo.

Pero esto es esencial en el grupo de pacientes menores de 28 semanas o 1000 gramos, aún cuando presenten examen neurológico normal y ecografía cerebral sin lesiones.

En niños con gran afectación motora, en los que las manifestaciones clínicas pueden no ser evidentes, la realización de un electroencefalograma periódicamente puede ser de utilidad, además del interrogatorio dirigido a los padres en cada visita a consultorio de Neurología Infantil.

Estudios Neurofisiológicos

Tec. Neurofisiología Hugo Sena

Potenciales evocados auditivos de tronco (PEAT)

Los PEAT son un método cualitativo y cuantitativo de registro de la actividad generada por el sistema nervioso auditivo a nivel del tronco cerebral como respuesta a la estimulación acústica. Permiten tener una idea objetiva de la audición, la intensidad de su pérdida y la localización de la lesión. No se afectan por la sedación y no requieren la colaboración del paciente.

Son fundamentales en la detección temprana de hipoacusias en programas de seguimiento de recién nacidos pretérmino menores de 32 semanas o 1500 gramos de peso al nacer.

En nuestro servicio, se realizan sistemáticamente 4 registros por oído, utilizando las intensidades de 70, 50, 30 y 20 o 15 dB. Si el individuo oye el sonido, se producen las ondas del PEAT. Si se quiere detectar el umbral de audición, se va descendiendo la intensidad de los estímulos 20 dB hasta dejar de reconocer la onda V en el registro.

Potenciales evocados visuales (PEV)

Los PEV son pequeñas respuestas neuroeléctricas del orden de los 5-20 microvoltios, extraídas por computadora mediante la colocación de electrodos occipitales sobre el área visual y que aparecen después de la aplicación de un estímulo luminoso. Pueden detectar rápidamente el daño del nervio óptico. Permiten determinar la permeabilidad de la vía visual y comparar la respuesta de ambos ojos, en busca de asimetrías.

Se realiza a recién nacidos pretérmino cuando se detecta alguna alteración en la conducta visual, que no resulta adecuada para la edad gestacional corregida del niño.

Electroencefalograma (EEG)

El EEG es el registro gráfico de la actividad eléctrica cerebral que se obtiene por medio de la colocación estandarizada de electrodos sobre el cuero cabelludo del paciente. Tiene una duración habitual de 30 minutos, requiriendo que el niño se encuentre dormido. Se utiliza fundamentalmente para el estudio de episodios paroxísticos compatibles con convulsiones y el diagnóstico precoz de la epilepsia, que resulta más frecuente en pacientes con lesiones cerebrales como muchos recién nacidos pretérmino.

Polisomnografía (PSG)

La PSG proporciona información anatomofuncional electrográfica del cerebro (electroencefalografía), de la frecuencia cardíaca y respiratoria. Permite conocer aspectos relacionados con la arquitectura y organización del sueño, el proceso de maduración bioeléctrica cortical, además de la vigilancia y estudio de los trastornos respiratorios durante el sueño. En RNPT identifica la presencia de apneas y su posterior clasificación en centrales y obstructivas, orientando a la causa más probable de las mismas.

Bibliografía

- Seguimiento neurológico de recién nacidos menores de 1.500 gramos a los dos años de edad. Arce Casasa M, Hospital Sant Joan de Déu. An Pediatr (Barc) 2003.
- Pickler RH, et. al. A Model of Neurodevelopmental Risk and Protection for Preterm Infants. J Perinat Neonatal Nurs. 2010.
- Kinney H, et. al. Neuron Deficit in the White Matter and Subplate in Periventricular Leukomalacia. Ann Neurol. 2012.
- Hernández-Herrera, Ricardo Jorge, et al. Tamizaje y confirmación diagnóstica de hipoacusia. Neonatos de alto riesgo versus población abierta. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2007.

Oftalmología

Dr. Agustín Caló

La retinopatía del prematuro sigue siendo la principal causa de ceguera en la infancia en todo el mundo. Afortunadamente es una causa prevenible en todos los niveles. La pesquisa y el tratamiento oportuno son fundamentales para detectar a tiempo esta enfermedad y evitar el potencial daño para la visión futura.

La pesquisa comienza según la edad gestacional al nacer y finaliza al completarse la vascularización retinal, o con la remisión de la retinopatía luego del tratamiento con láser o antiangiogénicos. La frecuencia de los controles va a depender de cada caso, quincenal si la vascularización es incompleta o semanal si hay algún signo inicial de ROP. Generalmente los controles comienzan luego de la semana 31 y finalizan aproximadamente entre la semana 45-47 de edad gestacional corregida. Luego de tan importante periodo, los controles continuaran en búsqueda de patologías asociadas o no a la retinopatía del prematuro: vicios de refracción, trastornos oculomotores y agudeza visual. Según datos del Grupo ROP, en Argentina en el año 2014, el 30 % de los niños nacidos con menos de 1.500 g presentan algún grado de ROP. Resultando severa en el 8,8 % de los casos. Los niños que evolucionan con secuelas (baja visión o ceguera) deben acceder tempranamente a programas de rehabilitación que faciliten su desarrollo e inserción social.

Misión

Disminuir la incidencia de las enfermedades oculares capaces de llevar a la ceguera o de afectar la visión en los niños de alto riesgo, promoviendo desde el nacimiento hasta el ingreso escolar el examen oftalmológico oportuno.

Identificar precozmente las afecciones que provocan deficiencias visuales comprometiendo el desarrollo normal del niño.

Visión

Brindar capacitación e información al equipo de salud para la prevención, diagnóstico precoz y corrección de los defectos de refracción, que son las mayores causas de deterioro visual asociadas a retinopatía del prematuro.

Objetivos

Detección precoz de patología ocular como estrabismo, vicios de refracción y ambliopía.

Procedimiento

Luego de completada la vascularización de la retina, el examen oftalmológico se programa para la etapa preverbal a los 6 meses, al año y a los 18 meses de edad y a partir de los 3 años controles anuales para la etapa verbal. Igualmente, esta frecuencia va a depender de cada caso y de las patologías que se encuentren.

» Evaluación oftalmológica en la etapa preverbal:

Incluye: inspección de estructuras oculares externas, reflejo rojo y reflejo pupilar (test de Hirschberg) Cover test, estimación de la agudeza visual (nistagmo optoquinético, PEV o test de mirada preferencial), refracción (esquiascopia o autorefractometría), Fondo de ojos con oftalmoscopio binocular indirecto.

» Agudeza visual:

En esta etapa se hace una estimación indirecta de la agudeza visual evaluando la calidad de fijación de cada uno de los ojos, esto se realiza tapando un ojo y viendo como fija, como sigue y como se orienta con el ojo destapado, luego se compara con el otro ojo. Otro signo importante es la respuesta emotiva a la oclusión (el niño tolera bien que se le tape un ojo con mala visión, pero si le tapamos el ojo con buena visión tendrá una actitud de rechazo).

El test de mirada preferencial es un método cuantitativo de medición de AV en niños preverbales. Consiste en presentarle al niño 2 cartillas: una en blanco y otra con un diseño (bandas alternantes blancas y negras). Instintivamente la atención se centrará en la cartilla con las franjas en la medida en que sea capaz de distinguirlas. Si esta preferencia se expresa incluso en las cartillas con bandeo muy fino, significará buena discriminación, por lo tanto, buena AV; si en cambio sólo se obtiene esta respuesta frente a las bandas gruesas ello implica menos visión. Este examen se usa en general hasta los 2 años. Y medio.

» Motilidad extraocular:

El reflejo pupilar o Test de Hirschberg y el Cover test se realizan para evaluar la alineación ocular y descartar la presencia de estrabismo.

» Vicios de refracción:

Los niños nacidos prematuros pueden presentar desde muy chicos miopías, hipermetropías o astigmatismos. Muy importante es la búsqueda de diferencias entre un ojo y otro de ellos y así prevenir la ambliopía que pueden producir.

Fondo de ojos

Luego del periodo neonatal es fundamental continuar con los controles de la retina para constatar que no haya quedado ninguna lesión predisponente de un desprendimiento de retina tardío como son los agujeros y desgarros, proliferaciones vítreo retínicas u otras degeneraciones periféricas. Es importante la observación del área macular y del nervio óptico.

» Evaluación oftalmológica en la etapa verbal:

La agudeza visual en esta etapa se puede cuantificar con las distintas cartillas (Dibujos, Letra E, Letras de Snellen y números).

El resto del examen se completa igual que en la etapa anterior.

En el caso de que el niño presente una sospecha de baja visión se debe implementar la rehabilitación y/o estimulación visual desde ese momento con un equipo multidisciplinario ya que se observan grandes diferencias entre un niño estimulado de otro que no lo está.

Para finalizar se debe entender que tanto la pesquisa oftalmológica en el periodo neonatal como el seguimiento a largo plazo son fundamentales para el correcto desarrollo visual, ya que una patología en etapas tempranas de la vida puede condicionar el correcto funcionamiento para toda la vida.

Bibliografía

- Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la Retinopatía del Prematuro (ROP) Grupo ROP Argentina. Ministerio de Salud de la Nación (2015). (Frequency of Ocular Examinations 2009. American Academy of Ophthalmology)
- U.S. Preventive Services Task Force. Recommendation Statement. January 2011.
- Powell C, Hatt SR. Vision screening for amblyopia in childhood. Cochrane 2009.
- Controles oftalmológicos en cada visita al Pediatra. (AAO Pediatric Ophthalmology/Strabismus PPP Panel, Hoskins Center for Quality Eye Care. September 2012).
- Red Reflex Examination in Neonates, Infants, and Children. American Academy of pediatrics, Section on Ophthalmology American Association for pediatric ophthalmology and strabismus, American Academy of ophthalmology and, American association of certified orthoptists. pediatrics 2008.

Psicopedagogía

*Lic. Silvana Vivas, Lic. Gisela Gerometta, Lic. Silvina Toledo, Lic. Rachelle Zaid.
Concurrente: Lic. Victoria de la Fuente*

El Psicopedagogo es el profesional que interviene en los procesos de aprendizajes para que éstos se den de manera adecuada. Es capaz de orientar, prevenir, diagnosticar e intervenir cuando se detectan dificultades de aprendizaje en un individuo, estableciendo las estrategias más adecuadas y necesarias para mejorar dicha situación.

El aprendizaje es un proceso complejo cuya funcionalidad es la de posibilitar la adquisición de las conductas que le permitan al sujeto insertarse en la cultura. En este proceso influyen múltiples variables. El psicopedagogo será el encargado de vigilar cómo se entrelazan esas variables para constituir una matriz de aprendizaje que resulte eficaz para el niño.

Varios estudios y numerosa bibliografía internacional y nacional hacen referencia a que los niños nacidos prematuros extremos constituyen la población con mayor riesgo de presentar alteraciones neuropsicológicas y trastornos del desarrollo. Se ha descrito que ésta población presenta menor rendimiento académico, menor Coeficiente Intelectual (CI), mayor índice de abandono y de repetencia, mayor dificultad en escritura y cálculo y mayor dificultad en la adquisición del lenguaje.

Signos de las dificultades arriba mencionadas pueden y deben ser detectados tempranamente para evitar que se cristalicen estructuras de pensamiento que impidan el funcionamiento de matrices de aprendizajes que les permita a los niños acceder a nuevos aprendizajes.

Nuestro aporte al equipo de seguimiento pretende brindar información a los colegas cómo se encuentran las estructuras o dispositivos tanto afectivos como cognitivos que requiere todo niño para construir un eficaz proceso de aprendizaje y devenir en un sujeto aprendiente.

Misión

Identificar factores de riesgo, valorar facilitadores y proveer información para el logro de conductas promotoras de un adecuado desarrollo y aprendizaje infantil.

Facilitar la adquisición de conductas que posibiliten la construcción de la matriz de aprendizaje.

Visión

Lograr el mayor grado de eficacia en el desarrollo personal, incrementar y activar el desarrollo del

niño, acrecentando capacidades, habilidades y motivaciones, ofreciendo estrategias eficaces que le permitan aprender en forma autónoma y eficiente para lograr con éxito su inserción escolar.

Aplicar herramientas que permitan describir el estado del desarrollo y la modalidad de aprendizaje con que cada niño cuenta, ayudando a las familias a alcanzar el mayor grado de desarrollo saludable y aprendizaje eficaz con sus niños.

Acompañar y orientar a las familias en la crianza y en los aprendizajes de sus hijos para que éstos alcancen el mayor grado de autorrealización.

Objetivos

- La vigilancia del desarrollo y del aprendizaje tiene múltiples objetivos, pero el más importante es intentar ayudar al niño a alcanzar el mayor grado de autonomía y el desarrollo personal a largo plazo.
- Valorar cada aspecto del desarrollo y del aprendizaje de los niños entre 0 y 7 años.
- Contribuir con la Juegoteca, espacio dedicado al desarrollo integral, a la detección precoz y al juego adecuado a la necesidad del niño.
- Acompañar el proceso educativo de los estudiantes de la Carrera de Desarrollo Infantil (UBA) para pediatras y neonatólogos.
- Desarrollar investigaciones como modo de compartir el conocimiento y evaluar las herramientas e intervenciones realizadas.

Procedimiento

Cada vez que se tenga contacto con el niño y su familia el psicopedagogo realizará:

- *Una observación del niño y su entorno.*
- *Una entrevista con la familia y/o cuidadores primarios.*
- *Implementación de herramientas pertinentes que nos permitan tener una imagen lo más completa e integral del niño y su familia.*

Para así poder:

Identificar las posibilidades de aprendizaje de cada niño.

Orientar a los padres acerca de las actividades que mejor favorecen el desarrollo y el aprendizaje.

Orientar a los docentes sobre la modalidad especial con la que cada niño aprende.

Proporcionar al docente recursos y habilidades que le permitan responder a los requerimientos del alumno que atraviese dificultades de aprendizaje.

Orientar psicopedagógicamente en todos los procesos de aprendizaje y en la adaptación a las diferentes etapas educativas.

Coordinar talleres para padres con las temáticas de interés.

Es imprescindible vigilar el entramado y el funcionamiento en conjunto del: área del lenguaje, el área motora, el área cognitiva y el área socio-emocional. Áreas divididas para mejor estudio pero altamente implicadas y vinculadas unas con otras. De ahí se desprende la importancia del trabajo interdisciplinario.

A medida que se complejiza el funcionamiento del SNC se hace indispensable focalizar en las funciones cognitivas, ejes claves de los dispositivos básicos para un buen aprendizaje:

Estos son Lenguaje – Atención – Memoria Operativa – Funciones Ejecutivas – Praxias motoras y motivación.

Para poder valorar todas las áreas arriba mencionadas, nos ayudaremos de las siguientes herramientas:

- Una vez que el niño ingresa al programa de seguimiento será valorado por el espacio de psicopedagogía a los 09 y 18 meses con el Test de Aprendizaje y Desarrollo Infantil (TADI) y la escala de valoración de signos de retraimiento en el infante, ADBB.
- A partir de los dos años y hasta los 5 años cumplidos, será valorado dos veces al año con la herramienta TADI.
- A los 5 años ya en la etapa pre-escolar se administrará lo que denominamos Pruebas Pedagógicas con el fin de conocer el nivel de conocimientos y habilidades relacionados con lectoescritura y cálculo alcanzados por el niño previo al ingreso a la escuela primaria.
- A la edad de 6 años hasta los 7 años se implementará el test de Inteligencia Wisc IV (David Weschler) con el objeto de valorar las funciones neuro-cognitivas necesarias para cualquier tipo de aprendizaje.

Si una evaluación da como resultado riesgo (1DS) se darán pautas de intervención temprana (IT) al cuidador principal y se citará al mes.

Si dos evaluaciones consecutivas dan como resultado riesgo (1DS), en una o en más áreas y se solicita la interconsulta con el especialista pertinente y se comunica al resto del equipo.

Si una evaluación da como resultado riesgo (1DS) y la segunda, retraso se derivará a un espacio de intervención o tratamiento con el especialista pertinente.

Según el área más afectada o la situación particular del niño será una u otra disciplina la que se hará cargo de la IT y decidirá si la IT se realiza en el HMIRS o será necesaria la derivación externa.

En caso que se necesite un Diagnóstico Diferencial, el espacio de psicopedagogía procederá a implementar un Diagnóstico Psicopedagógico donde se administrarán pruebas específicas de acuerdo al diagnóstico presuntivo.

Bibliografía

- Edwards, M; Pardo, M. TADI. Test de Aprendizaje y Desarrollo Infantil. Manual del Examinador.
- Weschler, D. WISC IV Test de Inteligencia para niños. Ed. Paidós.
- Desarrollo alejado de niños nacidos prematuros • Schapira y col. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2008.

Salud Metal

Lic. Maria Aurelia González, Lic. Cecilia Ruggiero, Lic. Florencia Halliburton

Dentro del concepto global de Salud integral propuesto OMS, la Salud Mental representa en términos generales, al estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural, lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida. El tema de la salud mental corresponde al terreno de la prevención en salud a partir de la promoción de un ambiente sociocultural determinado por aspectos como la autoestima, las relaciones interpersonales y otros elementos que deben venir ya desde la educación más primaria de la niñez y de la juventud.

La promoción de la salud mental requiere la implementación de programas médicos, sociales y gubernamentales con un mismo fin, promover la salud mental durante todo el ciclo vital, para garantizar niños mentalmente sanos y evitar trastornos mentales en la edad adulta o la vejez.

En Argentina, el modelo de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia, con enfoque de derechos e interculturalidad, promueve la atención perinatal de mujeres y sus hijos desde la concepción hasta el seguimiento pediátrico, en un marco de inclusión familiar y comunitario. El paso 8 del citado modelo, destaca la importancia del acompañamiento de las familias durante el proceso de crecimiento y desarrollo de sus hijos, especialmente en el caso de niños que requirieron asistencia especial al inicio de su vida.

Misión

Identificar tempranamente factores protectores y factores de vulnerabilidad para el desarrollo de los padecimientos psíquicos durante la primera infancia (primeros cinco años de vida) en niños nacidos prematuros.

Articular con los sectores de educación y justicia cada vez que la protección de los derechos de los niños nacidos prematuros lo requiera, para que los mismos puedan acceder a condiciones de vida satisfactoria y evitar padecimientos psicológicos.

Cumplir satisfactoriamente el Paso 8 del modelo de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia.

Visión

Desarrollar acciones de protección en el ámbito de la salud mental en el marco del enfoque de

derechos, especialmente orientados a salud.

Favorecer el mejor desarrollo integral posible del niño nacido prematuro durante su primera infancia, en el contexto familiar, social y cultural donde pertenezca, considerando sus capacidades y características personales.

Favorecer la implementación del paso 8, relativo al seguimiento especializado de niños nacidos prematuros, propuesto por el modelo Maternidades Seguras y Centradas en la Familia.

Objetivos

Evaluar la organización vincular familiar a partir del nacimiento prematuro de un hijo, luego de su internación neonatal y el alta hospitalaria.

Identificar signos de alarma precoz en el desarrollo psíquico temprano de niños nacidos prematuros.

Articular con los cuidadores primarios del niño nacido prematuro estrategias de sostén y cuidado emocional básicas cuando fuera necesario.

Establecer dispositivos interdisciplinarios para el abordaje de la salud integral del niño y su familia con las demás disciplinas que intervienen en el Programa de Seguimiento.

Procedimiento de derivación

A partir de la segunda consulta en el contexto del seguimiento, se deriva para entrevista familiar al psicólogo del equipo.

Entrevistas de seguimiento programado: 3 meses, 6 meses, 9 meses, 12 meses y 18 meses.

Entrevista programada con el niño y familiares: a partir de los 2 años y hasta finalizar el seguimiento al menos una vez por año.

Se sumarán más entrevistas cada vez que el pediatra y/o demás miembros del equipo de seguimiento adviertan signos de alarma para la estructuración emocional del niño. Frecuencia a establecer en cada caso.

Herramientas: entrevistas familiares y hora de juego diagnóstico, M-CHAT, Check List de indicadores de alerta de sufrimiento psíquico.

Indicadores de alerta psíquico

» **Evolución psicosocial del niño nacido prematuro: debe tomarse como referencia la edad corregida.**

Nombre: Niño/a	Fecha de nacimiento	Edad corregida
----------------	---------------------	----------------

» **Observables en el Niño:**

Durante el primer año de vida:

Ausencia de contacto visual.

No sonríe frente al rostro humano.

No se angustia frente a la ausencia materna (indicador de la Angustia del 8º mes).

No tiene gestos de alegría frente a su imagen en el espejo.

Trastornos del sueño (en forma permanente).

A partir de los dos años:

No reacciona frente a la separación de la madre.

No hay esbozos de lenguaje.

No diferencia entre lo animado y lo inanimado.

No puede realizar juegos imitativos.

Utiliza el cuerpo del otro como parte de su propio cuerpo (por ejemplo para señalar o acercar objetos).

A partir de los tres años:

No intenta conectarse con otros niños.

No manifiesta curiosidad por lo novedoso.

No soporta estar con otra persona que no sea la madre.

Se lo observa con frecuencia apático o desanimado.

A partir de los cuatro años:

Ausencia de control del esfínter anal.

Estado de excitación permanente.

Lenguaje confuso, bizarro o ecolálico.

Realiza actos en forma estereotipada.

Golpes y accidentes frecuentes.

No tolera quedarse, después de un tiempo de adaptación, en el jardín de infantes.

A partir de los cinco años:

Ausencia de control del esfínter vesical.

No juega con otros niños.

Confunde entre fantasía y realidad.

A partir de los seis años:

No acepta ningún juego reglado.

Dificultades en el aprendizaje escolar.

Bibliografía

- Manual para la Implementación de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia, con enfoque intercultural. Segunda edición. 2012. Ortiz, Z y Larguía A. M, directores. UNICEF, Buenos Aires.
- Prevención de la Salud Mental: conceptos, evidencia, emergente.2005. OMS, Francia.
- Indicadores de riesgo psíquico en la infancia. 2009. Janin Beatriz, comunicación personal, Carrera de Especialización en Psicología Infantil. UCES, Buenos Aires.
- Determinantes Sociales para el Desarrollo de los Niños y Niñas. 2015. Ortiz, Z. Dirección editorial. UNICEF, Argentina.
- Niños internados desde el comienzo de la vida. 2007. González, Ma. Aurelia. Rev. Hosp. M.I.R Sardá: 2007,26:4.

Servicio Social

Lic. Marina Tuduri

“De este modo las Problemáticas Sociales Complejas, no son estáticas, se mueven en los laberintos de la heterogeneidad de la sociedad, la crisis de deberes y derechos subjetivos, el ocaso de los modelos clásicos de las instituciones y la incertidumbre de las prácticas que intentan dar respuestas a éstas. Interpelan desde los derechos sociales y civiles no cumplidos, pero también lo hacen desde el deseo.” A. Carballada

La internación prolongada del recién nacido prematuro, provoca alteraciones en la dinámica del núcleo familiar, que pueden colocarlos en una situación de mayor vulnerabilidad. Entendemos por vulnerabilidad la acumulación de desventajas y una mayor posibilidad de presentar un daño, derivado de un conjunto de causas sociales y de algunas características personales y/o culturales. Los grupos vulnerables más allá de la situación de pobreza viven en situaciones de riesgo.

El egreso hospitalario es el primer paso hacia el comienzo de la adaptación del bebé a nuevas condiciones. El devenir de esta etapa dependerá, de los estímulos ambientales que vayan moldeando su desarrollo, así como de la capacidad de adaptación y de reorganización del microgrupo familiar y social al que pertenece. Para el logro de estos objetivos es imprescindible la puesta en marcha de programas de seguimiento de prematuros.

El Servicio Social es la unidad responsable del estudio de los problemas sociales que influyen en los procesos de salud - enfermedad – atención - cuidado de las personas; de la prevención y del establecimiento de estrategias para la resolución de los mismos, mediante la aplicación de métodos y técnicas específicas.

Realizará la identificación y atención de personas, grupos, colectivos y contextos que en interacción con su medio presentan dificultades en su desarrollo global, tendiendo a favorecer la accesibilidad a la salud a través de la eficaz utilización de los recursos que garanticen la equidad, mediante acciones de asistencia, promoción y educación.

Misión

Contribuir a favorecer procesos de salud - enfermedad - atención - cuidado de los pacientes na-

cidos prematuros de 32 semanas o menos en el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.

Visión

Conocer la realidad socio - económica y cultural de los recién nacidos pretérmino y su grupo familiar.

Identificación y atención de las situaciones de familias en contextos de vulneración de Derechos.

Objetivos

Favorecer la interconexión de las familias con la red social personal, institucional y comunitaria. Promover espacios que facilite la reflexión sobre la situación social que se está atravesando, relacionado especialmente con la nueva dinámica de la organización familia, violencia doméstica, entre los más destacados.

TAREAS	ACTIVIDADES
<p>»Articulación entre la internación neonatal y el Programa de Seguimiento de niños nacidos con menos de 32 semanas (consultorio externo).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realización de Entrevista Social de los grupos familiares de los recién nacidos internados en el sector de UTI y UCI. • Identificación, orientación y tratamiento de familias que se encuentren en situación de alta vulnerabilidad social. • Establecimiento de contactos con los abuelos y/o familiares significativos de los pacientes internados en la Unidad de neonatología. • Asesoramiento y orientación sobre situaciones sociales de acuerdo a la problemática familiar. • Realización de los aspectos sociales de la epícrisis de los recién nacidos menores a 32 semanas. • Realización de reuniones grupales pre alta con el objeto de brindar información a las familias sobre el programa de seguimiento. • Socialización de información en ateneos semanales de consultorio externo.

»Orientación a los padres de los pacientes sobre instituciones oficiales y privadas que puedan acceder a la satisfacción de derechos vulnerados.

- Evaluación de la situación de vulnerabilidad social.
- Asesoramiento al grupo familiar/ red social encargado de la crianza del niño.
- Realización de informes sociales / derivaciones asistidas que faciliten el acceso a instituciones dentro de las zonas de domicilio.
- Acompañamiento del grupo familiar en el proceso de convertirse en titulares de derechos.

»Asesoramiento sobre trámites para la obtención de certificado de discapacidad, pensión por discapacidad y pase libre para medios de transportes.
»Gestión de ayudas médicas, conforme lo expresado en Resolución N° 158 -Secretaría de Salud - GCBA.

- Brindar asesoramiento sobre los trámites a realizar para la obtención de insumos médicos, certificado o pensión por discapacidad.
- Informar sobre los alcances de los distintos Derechos solicitados.
- Acompañar y facilitar la remoción de obstáculos a las personas encargadas de la crianza, en el proceso de obtención de insumos médicos, certificado o pensión por discapacidad.

»Participación en reuniones y ateneos con el equipo interdisciplinario de seguimiento de niños nacidos con 32 semanas o menos en consultorios externos.

- Contribuir a la reflexión e implementación de objetivos de atención comunes al equipo de salud.
- Contribuir al conocimiento de la situación social del RNP y su red social; para que la práctica del equipo de salud se inserte en la complejidad de las situaciones que atraviesan las familias con hijos RNP.
- Brindar capacitación sobre temas específicos de las incumbencias propias de la disciplina profesional.

Bibliografía

- CARBALLEDA, Al. Los cuerpos fragmentados. La intervención social en los escenarios de la exclusión y el desencanto. Paidós. Tramas sociales 50. 2008.
- LAURELL, C. Salud enfermedad como proceso social. Cuadernos médicos sociales N 19. Enero 1982.
- Ley Federal de Trabajo Social. Número 27072 – 2014.
- Comisión de Atención a Grupos Vulnerables de la LX legislatura.
- http://www3.diputados.gob.mx/camara/001_diputados/008_comisioneslx/001_ordinarias/003_atencion_a_grupos_vulnerables.

Adherencia al Programa de Seguimiento

Dra. Mónica Brundi, Lic. Marina Tuduri

El egreso de un bebé nacido prematuro de la unidad de neonatología requiere necesariamente que continúe su cuidado a través de un Programa de Seguimiento a largo plazo por consultorio externo. Debemos poner énfasis en la atención a largo plazo de estos niños por la implicancia que tiene en los factores psico sociales, el crecimiento y desarrollo, de modo de lograr una mejor adaptación del niño al medio. De ahí que uno de los desafíos de este Programa de acompañamiento y atención a largo plazo sea mantener dentro del mismo a una muestra representativa de la población total.

Las características subyacentes que predisponen a las familias a abandonar el programa de seguimiento son difíciles de identificar y evitar, pero la literatura describe algunos factores de riesgo tales como: familias monoparentales, madre adolescente, violencia familiar, enfermedad mental materna o depresión, falta de seguridad social, y elevados niveles de violencia comunitaria; independientes del nivel de ingreso de la familia, la educación o la etnia familiar.

En el estudio realizado en nuestra maternidad sobre la adherencia al programa de seguimiento de prematuros los factores estadísticamente significativos que contribuyeron a la disminución de la misma al año de vida fueron gemelaridad, y familias monoparentales. Los pacientes que presentaron algún indicador de morbilidad como HIC, DBP, y ROP mostraron mayor adherencia al programa.

En Argentina los equipos de seguimiento realizan esfuerzos con resultados variables de año a año y de institución a institución, con deserciones comunicadas que oscilan entre el 15 y el 40%. Nuestro programa mantiene un nivel de adhesión del 85%. Para ello se emplean diversas estrategias que facilitan la permanencia de las familias.

Estrategias que facilitan la adherencia al programa

- El alta de un bebe prematuro menor de 32 semanas debe ser programada en forma conjunta por los médicos tratantes de la internación neonatal y el referente del Programa de Seguimiento. Si el centro asistencial de nacimiento no contara con un programa de seguimiento, el neonatólogo deberá reorientar a las familias al referente del mismo, más cercano a su domicilio.
- Para disminuir la falta de adherencia principalmente la temprana (no concurrieron nunca o solo una vez) se debe establecer un firme lazo institución-familia durante la internación.

Dado que el nacimiento de un niño de muy bajo peso puede generar importante estrés y conflictos familiares a largo plazo.

- El Trabajador Social debe detectar en internación las familias de mayor vulnerabilidad para poder realizar, en caso de ser necesarias, las intervenciones oportunas en el transcurso del seguimiento. Resulta de primordial importancia registrar los datos de la familia antes del egreso de la unidad neonatal así como mantenerlos actualizados.
- En cada revisión es conveniente valorar si existen problemas en la dinámica familiar o en las relaciones paterno-filiales, ya que la estabilidad y el apoyo que prestan las familias a estos niños es esencial para un buen desarrollo.
- Dado que el programa tiene la modalidad de Hospital de Día, los miembros del equipo de salud a través de la historia clínica, deben constatar que el bebe/niño realice las interconsultas pertinentes a los distintos especialistas. De no ser así debe orientar para la obtención de nuevos turnos.
- El equipo de salud debe generar herramientas que le permita identificar con facilidad las familias que no están asistiendo a los controles de salud.
- Cuando se detectan familias que no han asistido a los controles de salud los miembros del equipo deben realizar acciones (llamados telefónicos, facebook, etc.) para localizar a la familia o referentes para que se organicen nuevas fechas de atención.

Es importante identificar las causas por las cuales una familia no asiste en forma prolongada a los controles de salud a fin de realizar el mayor esfuerzo para subsanar las dificultades que obstaculizan la atención.

Un bebe prematuro que no realice controles de salud puede estar en una situación de riesgo por lo cual resulta vital contactarse con instituciones intermedias que faciliten y/o aseguren la continuidad de la atención de salud de estos pequeños.

Bibliografía

- Schneider MC, Castillo Salgado C, Bacallao J. Métodos de medición de las desigualdades de salud. Rev Panam Salud Pública 2002, 6.
- Marina Tuduri, Mónica Brundi; Laura Kasten, Norma Aspres. Deserción al programa de Seguimiento de Prematuros en el Hospital Materno Infantil "Ramón Sardá". Bs. As. (2004-2006).
- Desmond K. Runyan. Children who prosper in unfavorable environments: the relationship to social capital. Pediatrics vol. 101 N° 1 January 1998, pp. 12-18.
- M.J. Torres Valdivieso, E. Gómez, M.C. Medina, C.R. Pallás Programas de seguimiento para neonatos de alto riesgo. Servicio de Neonatología. Hospital Universitario 12 de Octubre Madrid. 2008.



Red de Familias Prematuras

En 2014, con el fin de que la voz de las familias y de los niños y niñas nacidos prematuros fuera puesta en primer lugar, UNICEF promovió la construcción de la Red de Familias Prematuras. A través de los pediatras neonatólogos de las instituciones, se convocó a las familias de los niñ@s nacidos prematuros a sumarse a la Red, junto a profesionales de la salud de diferentes especialidades. La Red fue logrando así incrementar la demanda calificada y la movilización social para garantizar el cumplimiento de los derechos de todo recién nacido prematuro.

Nuestra misión y nuestros objetivos

Red de familias prematura es una Asociación Civil conformada por familias que transitamos el nacimiento de niños prematuros y que de forma voluntaria buscamos difundir la temática de la prematurez. Desde las propias vivencias orientamos nuestras acciones a contener, apoyar y guiar a familias que atraviesan la experiencia de un nacimiento prematuro y a sensibilizar a la sociedad en general.

Desde la Red de Familias Prematuras trabajamos para:

- Difundir y defender los derechos del prematuro
- Brindar apoyo, contención y asesoramiento a familias que estén atravesando la experiencia de recibir un recién nacido prematuro
- Colaborar con las autoridades y los profesionales de las áreas sanitaria, educativa y de servicios sociales, con el fin de mejorar la atención prestada a los niños y las niñas nacidos prematuros y a sus familias.

A fin de cumplir con nuestras metas nos organizamos en tres comisiones: Salud, Educación y Comunicaciones.

Comisión de salud

Se encarga de organizar y brindar charlas informativas a familias de niñ@s nacidos prematuros. El objetivo es crear un espacio de encuentro, de apoyo y de aprendizaje, en donde estas familias puedan compartir sus preocupaciones y sus dudas con otras familias que ya han atravesado el mismo camino. Tenemos presencia real en las unidades de cuidados intensivos neonatales y consultorios de seguimiento.

Brindamos charlas de padres a padres de manera coordinada con los equipos de salud. Estos articulan con familias que están prontas al alta. En neonatología, las charlas se desarrollan siguiendo una guía temática preestablecida, en la que se incluyen los siguientes temas: miedos frecuentes al recibir el alta hospitalaria; preparación de la familia y el hogar para recibir al bebé; cuidados esenciales (higiene, vestimenta, patrones de sueño, etc.); lactancia, los beneficios de alimentar al bebé con leche materna; importancia de cuidar a quienes cuidan (necesidad de controles médicos en la madre, búsqueda de una red de sostén, planificación familiar, etc.); y por último la importancia que posee cumplir con el programa de seguimiento para el bebé nacido de alto riesgo.

En los consultorios de pediatría, bajo el programa de seguimiento la guía temática preestablecida aborda los siguientes temas: cuidado del crecimiento y desarrollo del niño desde la llegada a casa hasta el inicio de la escolaridad, las especialidades que lo conforman y la importancia de cumplimentarlo; crianza, dificultades para establecer límites; alimentación; y recreación y esparcimiento. Hablar de par a par, de mamá a mamá, de familia a familia, permite detectar dudas que no manifiestan a sus Doctores.

Luego de cada charla se elevan las propuestas de las madres a los profesionales.

Las actividades se desarrollan en instituciones de salud de C.A.B.A. y Gran Buenos Aires. Anhelamos poder estar en las maternidades que nos necesiten para **lograr un mejor acompañamiento de la familia** y contar con el apoyo de los equipos de salud, ya que nuestras acciones están orientadas a recibir y brindar cooperación de y para otras instituciones donde nazcan familias prematuras.

Comisión de educación

Se encarga de organizar y brindar talleres de Prematurez y Derechos en establecimientos de educación primaria y secundaria. Se transmite información general y se comparten trabajos realizados por niños, niñas y adolescentes integrantes de la Red. El objetivo es sensibilizar a toda la comunidad educativa y desestigmatizar la prematurez. Para esto, se conformó material gráfico y audiovisual.

Comisión de comunicaciones

Se encarga de definir la estrategia comunicacional mediante la cual se difunde lo que la Red quiere dar a conocer. Se encarga de crear los contenidos y de actualizar la web y la página de Facebook, espacios cuyas funciones principales son: dar entidad a la Red virtualmente, relacionar e integrar a todos los padres de niños y niñas prematuros a nivel nacional y difundir los mensajes de la red.

www.familiasprematuros.com.ar

red@familiasprematuros.com.ar

Facebook: *red de familias prematuros*

Cuadro Médico

Controles hasta los 6 años

Cuadro Médico

» Controles a realizar hasta los 6 años

DISCIPLINA	SEMANA	MESES																AÑOS				
	40	1 M	2 M	3 M	4 M	5 M	6 M	7 M	8 M	9 M	10 M	11 M	12 M	15 M	18 M	24 M	30 M	3A-3A.6M	4A-4A.6M	5A-5A.6M	6A	
Control Clínico	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Oftalmología	✓						✓						✓		✓	✓		✓	✓	✓	✓	
Neurología		✓					✓						✓			✓		✓	✓	✓	✓	
Fonoaudiología	OEA	PEAT		✓			PEAT			✓			✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Psicopedagogía										TADI ADBB					TADI ADBB	TADI	TADI	TADI	TADI	TADI	WISC	
Kinesiología Neurodesarrollo	EEDP	EEDP	EEDP	TADI	BSDI III		TADI			TADI			TADI BSDI III		TADI BSDI III	TADI	✓	✓	✓	✓		
Salud Mental				✓			✓			✓			✓		MCHAT							
Control Dental																		✓			✓	

» Referencias

- > OEA: Otoemisiones Acústicas (estudio del oído).
- > PEAT: Potencial Evocado Auditivo Tronco.
- > EEDP - TADI - BSDI: Test de Neurodesarrollo.
- > WISC - ADBB: Test de Psicopedagogía a partir de los 2 años.
- > M-CHAT: Check List for Autism in Toddlers. Instrumento de pesquisa de signos precoces de autismo infantil.

} AUDICIÓN

...

Esta obra se terminó de imprimir en Buenos Aires en octubre de 2016.