

PROGRAMA DE SEGUIMIENTO
DE PREMATUROS MODERADOS
(33 SEMANAS) Y TARDÍOS (34 A 36,6
SEMANAS) NACIDOS MAYORES DE
1500 GRAMOS DEL HOSPITAL
MATERNO INFANTIL RAMÓN
SARDÁ

María Viviana Piombo^a; Sandra Mónica Tejero^a;
Graciela Gomez Bouza^b

^a Médica Neonatóloga, HMIRS

^b Médica Pediatra y Neonatóloga, Jefa de Consultorios Externos, HMIRS

Correspondencia: piombosarda@gmail.com

RESUMEN

En el Hospital materno infantil Ramón Sardá (HMIRS) durante el año 2021 sobre un total de 4.250, nacieron con menos de 37 semanas 488 niños (11,44%) y 332 niños (7.79%) nacieron como prematuros tardíos. Este hecho nos motivó a crear un seguimiento para estos niños.

Palabras claves: prematuro moderado, prematuro tardío, seguimiento prematuros 33-36 semanas

INTRODUCCIÓN

La prematuridad continúa siendo la primera causa de morbilidad neonatal e infantil en niños menores de 5 años.

Según datos de la OMS, en el año 2018, de los 184 países que fueron estudiados, la tasa de nacimientos prematuros osciló entre el 5 y el 18%. El 70-74 % de estos niños pertenecen al grupo de prematuros moderados y tardíos^{1,2}. Se ha observado que esta población sobrevive con algún tipo de discapacidad, en particular discapacidades relacionadas con el lenguaje, aprendizaje, problemas visuales y auditivos.

En Argentina, en el año 2019 la tasa de nacimientos prematuros totales fue de 8.9%³.

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en un estudio sobre prematuros tardíos realizados durante el quinquenio 2009-2013, se informó que el 84% de los niños nacidos prematuros pertenecen al grupo de 32 y 36 semanas de edad gestacional.⁴

En el Hospital materno infantil Ramón Sardá (HMIRS) durante el año 2021 sobre un total de 4.250, nacieron con menos de 37 semanas 488 niños (11,44%) y 332 niños (7.79%) nacieron como prematuros tardíos.⁵

Cuando comparamos los prematuros tardíos con los niños nacidos a término nos encontramos que los primeros presentan un número mayor de problemas respiratorios, riesgo de inestabilidad térmica, pérdida de peso excesivo,

deshidratación, sepsis, hipoglucemia e ictericia que requiere fototerapia. El riesgo de mortalidad es 3 veces superior que los nacidos de término.⁶

Teune MJ y colaboradores realizaron una revisión sistemática en el año 2011 y observaron que los motivos de internación, por orden de frecuencia, fueron: distrés respiratorio, apneas, hipotermia, enterocolitis necrotizante, hipoglucemia, dificultades de alimentación, ictericia con requerimientos de luminoterapia y hemorragia intraventricular. A largo plazo tuvieron alteraciones del neurodesarrollo (parálisis cerebral, déficits intelectual y autismo).⁷

La Maternidad Sardá cuenta con un programa de Seguimiento de prematuros desde el año 1986. En sus inicios estaba orientado exclusivamente a todos los niños menores de 1500 gramos, independientemente de su edad gestacional. En el año 2015 se extendió este seguimiento a todos los niños menores de 32.6 semanas independientemente del peso de nacimiento.

A partir del año 2019 se creó un equipo de seguimiento para los niños prematuros nacidos con 33 y 34.6 semanas de edad gestacional y con más de 1500 gramos. Y desde el año 2022 se incluyeron a los niños nacidos de 35 y 36.6 semanas de edad gestacional con más de 1500 gramos, creándose el consultorio de seguimiento de prematuros moderados y tardíos con el objetivo de brindar continuidad de la atención a los prematuros egresados de la unidad de neonatología dentro del marco de la política de maternidad centrada en la familia.⁸

DESARROLLO

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 las madres, los padres y los cuidadores, los conocimientos y habilidades necesarias ya que ellos son los principales habilitadores y 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.⁸

Nuestra Población:

- Todos los niños nacidos y egresados de la Maternidad Sardá con 33 a 33.6 semanas de edad gestacional y peso mayor a 1500 grs. (prematuros moderados).
- Todos los niños nacidos y egresados de la Maternidad Sardá entre las 34 sem a 36,6 sem de edad gestacional y peso mayor a 1500 gramos (prematuros tardíos).

Objetivos:

- Disminuir el impacto que la Prematurez tiene en el desarrollo de los niños prematuros moderados y tardíos.
- Concientizar a neonatólogos y pediatras de las morbilidades asociadas a la prematurez.
- Detectar de manera precoz las anomalías en el desarrollo a través de las evaluaciones de screening.
- Realizar intervenciones oportunas en aquellos niños que lo requieran, realizando un tratamiento adecuado para las alteraciones encontradas.
- Coordinar la atención de todos los profesionales implicados en el seguimiento de estos niños (atención hospitalaria y centros de atención primaria).^{9,10}

Tarea Asistencial:

- Identificar precozmente los factores de riesgo biológicos y ambientales, vigilancia del crecimiento y desarrollo, abordaje de diversas patologías del niño

prematureo a través de estrategias de intervención multidisciplinarias oportunas y adecuadas.

- Informar al pediatra de atención primaria sobre el programa de seguimiento en que el niño está incluido y su evolución.
- Promover 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 del paciente, según los requerimientos del niño y mantener la comunicación con los profesionales de dichas instituciones.
- Presentación de casos en ateneos clínicos interdisciplinarios para tomar decisiones apropiadas e informadas brindando a la familia un único mensaje.

TAREA DE AUDITORÍA

El registro de los datos obtenidos durante el seguimiento va a permitir disponer de información precisa sobre las patologías que se presenten. El análisis de los resultados (anuales / quinquenio) van a permitir diseñar programas de salud ajustados a las necesidades de estos niños, proporcionando información válida para la investigación (planificación en base a objetivos).

TAREA DE INVESTIGACIÓN

Basados en la evidencia, se evalúa el impacto alejado de intervenciones perinatales y se identifican factores de riesgo brindando información necesaria para unificar criterios y acciones a desarrollar en el seguimiento de esta población.

TAREA DOCENTE

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 multidisciplinario.^{8,11,12,13}

PERIODICIDAD DE LOS CONTROLES

Se citará al primer control entre las 48 a 72 hs post alta.

De acuerdo a la edad gestacional corregida (EGC) del prematuro, la variación en el peso de alta y la seguridad que detectemos en la madre o su cuidador principal, se la citará semanalmente o cada 15 días hasta cumplir las 40 semanas de EGC.

Luego, los controles se harán mensualmente hasta los 12 meses de EGC y trimestralmente hasta cumplir los 24 meses de EGC.

Al egreso del seguimiento se realizará una conexión con el pediatra de cabecera encargado del seguimiento posterior, pertenecientes a hospitales o centros de salud cercanos al domicilio del paciente .

En los casos en los que la familia no pueda continuar los controles en la maternidad por diferentes causas, se realizará una citación de los mismos entre los 12 y 18 meses de edad corregida, para la realización de una evaluación de desarrollo infantil.

CRECIMIENTO Y ALIMENTACIÓN

“Todos los niños prematuros tiene derecho a ser alimentados con leche humana”¹⁴

Todos los pediatras conocemos la importancia de la alimentación con leche humana exclusiva durante los primeros 6 meses de vida. Por lo que nuestro seguimiento fomenta y apoya la lactancia materna exclusiva.

En caso de presentarse dificultades, contamos con un consultorio de lactancia para información, asesoramiento y apoyo a las madres.

Para evaluar el crecimiento utilizaremos las siguientes tablas:

- Hasta las 64 semanas de Edad Post concepcional se utilizarán las curvas de Intergrow 21th
- Luego se continuará con tablas OMS.

Para la vigilancia del crecimiento se debe utilizar la edad corregida hasta los 2 años de vida.

Se deberá controlar la velocidad de crecimiento en peso, talla y perímetro cefálico y la relación peso/talla con Score Z.

Recordar: El 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 vida presentan un peor desarrollo cognitivo. Aquellos que ganan peso excesivo tienen mayor riesgo de presentar síndrome metabólico en la edad adulta.¹⁵

La introducción de semisólidos y sólidos dependerá del desarrollo madurativo del niño. En general, se logra introducir esta alimentación entre el 6to y 7mo mes de EGC.

Evaluación del neurodesarrollo:

Hay evidencia suficiente para afirmar que los niños prematuros (moderados y tardíos) tienen mayor riesgo de déficits en su desarrollo neuromadurativo (motricidad, cognitivo, conductuales y lenguaje). Existe una relación inversamente proporcional a la edad gestacional de nacimiento.^{2, 10}

Los factores de riesgo presentes en el periodo neonatal se relacionan con una peor evolución neurológica y están presentes en todos los grupos de niños prematuros.

En este programa de seguimiento buscaremos los siguientes factores de riesgo:

- RCIU
- Hipoglucemia, modo de corrección y duración
- Hiperbilirrubinemia con necesidad de tratamiento
- Hipoxemia
- Apneas
- Hemorragia intraventricular
- Medio socioeconómico desfavorable.

Se han desarrollado múltiples métodos de evaluación del neurodesarrollo. En nuestro hospital se utiliza como primer método de screening la escala EEDP (Escala de evaluación de desarrollo psicomotor).

Otras escalas utilizadas son IODI (Instrumento de Observación de Desarrollo Infantil, herramienta de screening), ASQ3 (ages & Stages, que es un cuestionario para los padres, herramienta de screening), TADI (test de aprendizaje y desarrollo infantil - es una herramienta de screening-), Bailey 3 (herramienta diagnóstica). Todas ellas evalúan las áreas del desarrollo infantil (motora, coordinación, lenguaje y social).

Todos los pacientes comprendidos en este seguimiento tendrán una evaluación a los 6, entre los 12 y 18 meses y a los 24 meses EGC, para detectar patrones de riesgo que requieren intervención con terapias de estimulación temprana, kinesiología y fonoaudiología.

- Inmunizaciones:

Según calendario nacional, siguiendo la edad cronológica.

- Fonoaudiología:

Se realizan Otoemisiones acústicas como parte del testeo auditivo universal del Programa de Pesquisa Neonatal del Ministerio de Salud del GCBA.¹⁶ La realización de los potenciales auditivos se solicitará a los niños nacidos en el grupo de prematuros moderados (33 sem), después de las 40 semanas y antes de los seis meses de EGC. En presencia de patología se derivará a un servicio de tercer nivel para su evaluación y eventual tratamiento.

Los potenciales evocados auditivos también se realizarán en los recién nacidos prematuros tardíos que hayan presentado durante su etapa neonatal patologías como hemorragia intracraneana, apneas, asistencia respiratoria mecánica, hiperbilirrubinemia severa¹⁷ y displasia broncopulmonar y antecedentes familiares de hipoacusia.

En los controles que realicen los especialistas en neurodesarrollo se evaluará la comunicación y el lenguaje y se derivará a tratamiento en el momento de detectar alteraciones.

- Oftalmología:

La retinopatía de prematuro sigue siendo la principal causa de ceguera en todo el mundo. La pesquisa y el tratamiento oportuno son fundamentales para detectar a tiempo esta enfermedad y evitar el posible daño potencial para la visión futura.

La pesquisa comienza en la internación y finaliza en la atención del consultorio entre la semana 45/47 de edad gestacional corregida cuando se completa la vascularización de la retina.

Se realizarán exámenes oftalmológicos a los 6 meses cronológicos y al año de vida (inspección de estructuras oculares externas, reflejo pupilar, estimación de la agudeza visual)^{8,18}

- Otros:

Nuestro hospital, cuenta con los servicios de Salud Mental y Servicio Social, que serán convocados en situaciones de necesidad de la familia. El bienestar de la familia crea un vínculo afectivo que favorece el óptimo desarrollo de sus hijos.

GUÍA RÁPIDA

Control clínico:

- semanal /quincenal hasta las 40 sem de edad corregida.
- mensual hasta los 12 meses.
- trimestral hasta los 18 meses.
- Alta a los 24 meses con evaluación de neurodesarrollo.

Control por neurodesarrollo: (método de screening)

- 6 meses de edad gestacional corregida.
- entre los 12 y 18 meses meses de edad gestacional corregida.
- a los 24 meses de edad gestacional corregida.

Control por Fonoaudiología:

- OEAS en los primeros controles después del alta.
- PEAT en los nacidos hasta 33.6 semanas de gestación y aquellos prematuros tardíos con factores de riesgo, dentro de los 6 meses de EGC.

Control Oftalmológico:

- a las 40 semanas de EGC.
- 6 meses cronológicos.
- 12 meses cronológicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud [Página de Internet]. Nacimientos prematuros. 11 de mayo de 2023. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
2. Sociedad Española de Neonatología. Protocolo de seguimiento para el recién nacido menor de 1500 g o menor de 32 semanas de gestación. Madrid: Sociedad Española de Neonatología; 2017. Disponible en: www.se-neonatal.es
3. Política integral para la prematurez. Noviembre de 2021. pdf. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-11/POL%C3%8DTICA%20INT%20EGRAL%20para%20la%20PREMATUREZ%202021.pdf>.
4. Vainhinger M, et al. Rev..Prematuros tardíos hijos de madres residentes en CABA nacidos durante el quinquenio 2009-2013. Mortalidad según estrato socioeconómico. Rev. Hosp.Mat.Inf.Ramón Sardá 2020,1(5).
5. Ventura D; Espelt MI. Estadísticas Sardá 2021. Rev. Hosp.Inf. Ramón Sardá 2021;7(2):e1-20.
6. Demestre X [Internet]. Prematuros tardíos, los "olvidados": Una visión personal. Rev. chil. pediatr. Junio de 2017 [Consultado el 4 de noviembre de 2022] ; 88(3): 315-317. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062017000300001&lng=es

7. Teube MJ, Bakhuizen S, Gyamfi Bannerman C, et al. IA systematic review of severe morbidity in infants born late preterm. *Am J Obstet Gynecol* 2011;205:374.e1-9
8. Programa de seguimiento de prematuros. Claves en la promoción de la salud a largo plazo de los niños nacidos prematuros. *Revista Sarda*, 2016;1 Disponible en www.sarda.org.ar/images/Programa_de_Seguimiento_de_Prematuros.pdf
9. Toro N, CM [Artículo en internet]. Seguimiento prematuros moderados y tardíos en APS. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2020/08/Articulo-seguimiento-prematuro-s.pdf>. Toro N., CM.
10. Larguía M, et al [Documento en línea]. Guía para padres de prematuros. 2016. Disponible en: https://www.sarda.org.ar/images/Guia_para_Padres_de_Prematuros.pdf
11. Organización del Seguimiento del Recién Nacido Prematuro de Alto riesgo. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. 2016
12. Aspres N. Unidad Consultorios Externos de Pediatría. *Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá* 2014.
13. Aspres N. Consultorios Externos de Pediatría: desde sus comienzos hasta hoy. *Rev Hosp mat Inf Ramón Sardá* 1998.
14. UNICEF [Página en Internet]. Decálogo de los derechos del prematuro y su familia. Octubre de 2023. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/informes/decalogo-de-los-derechos-del-prematuro-y-su-familiar>
15. García Reymundo MG, Hurtado Suazo JA, Calvo Aguilar MJ, Soriano Faura FJ, Ginovart Galiana G, et al. Recomendaciones de seguimiento del prematuro tardío. Disponible en: www.se-neonatales.es
16. Ley 25.415. Programa Nacional de Detección Temprana y Atención de la

Hipoacusia. Boletín Oficial del Estado (3 de mayo de 2001). Disponible en <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/65000-69999/66860/norma.htm>

17. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000723cnt-guia-rop-2016.pdf>