SEGUIMIENTO DEL PREMATURO

Dra. Monica Morgues N.

Se considera como recién nacidos (RN) de alto riesgo a los niños que han nacido con condiciones anormales, particulares y definidas de salud, las cuales en base a la evidencia surgida en estudios en países desarrollados tienen una "probabilidad mayor" que los RN sanos de evolucionar con morbilidad crónica, presentar secuelas o incluso de morir en su primera infancia. Los prematuros, especialmente los más extremos que concentran la morbimortalidad, son el grupo más numeroso dentro del alto riesgo en el período neonatal.

Clasificación	Semanas de Gestación
Extremo	< 32 semanas o $\leq$ peso 1.500 g.
Moderado	32 a 33 semanas y 6 días y peso > 1.500g
Tardío	34 a 36 semanas y 6 días y peso > 1.500g

El núcleo duro de la mortalidad en el primer año sigue concentrado en la mortalidad neonatal y neonatal precoz, asociada en su mayoría a la prematuridad extrema constituyendo el componente más importante de la mortalidad infantil. Además la morbilidad del grupo también continúa concentrado en el prematuro extremo y afecta la morbimortalidad del niño < de 5 años.

La importancia de un seguimiento de niños de alto riesgo, es que se logra intervenir en forma más oportuna en los problemas de salud que los aquejan. No deben llegar tardamente ya que las terapias se vuelven más complejas y menos efectivas. Al iniciar el seguimiento se debe contar con la solución a los problemas más frecuentemente detectados, lo que obliga a desarrollar redes de atención y financiamiento. En la implementación se debe considerar la realidad local cultural y geográfica para que sea sustentable en el tiempo. Requiere educar a la familia al momento de nacer para que mejore la adherencia de su niño a los controles. Acercar el consultorio o policlínico de seguimiento lo más posible a la residencia del niño.

Se requiere entrenar equipos multidisciplinarios para abarcar todas las áreas del neurodesarrollo, psicológicas, educacionales y nutricionales.

Quiénes son los niños de alto riesgo a seguir?

Prematuros con muy bajo peso o EG al nacer (< 1500 g y/o < 32 semanas)

Pero también hay otras poblaciones que merecen seguimiento:

- Prematuro moderado y tardío.
- Asfixia perinatal moderada a severa.
- Hiperbilirrubinemia
- Malformaciones congénitas complejas, sometidas a cirugía mayor:
 - Atresias del tubo digestivo.
 - Hernia diafragmática congénita.
 - Enterocolitis necrotizante.
 - Grandes defectos de pared abdominal
 - Cardiopatías complejas.
 - Neuroquirúrgicos.
 - Etc.

Todos estos problemas son diferentes, pero requirieron cirugía mayor y anestesia, por lo que debieran tener un seguimiento que vigile el adecuado neurodesarrollo en ellos. El cirujano y los diferentes especialistas velan por la adecuada función del órgano afectado, pero es el pediatra del seguimiento quien con el equipo multidisciplinario, tiene el enfoque de neurodesarrollo integral y nutricional.

- Otras enfermedades pulmonares crónicas secundarias a uso de tecnologías especiales, VAFO, iNO, ECMO.
- Hipertensión pulmonar.
- Niños que participan en estudios experimentales.

Que debemos vigilar?

- Falla del crecimiento.
- Morbilidad respiratoria
- Trastornos del desarrollo.
- Alteraciones neurológicas.
- Deficiencias sensoriales.
- Alteraciones de conducta y comportamiento

En nuestra realidad muchas familias viven en situación de pobreza, por lo que el desafío para el equipo de salud es mucho mayor.

Los padres deben ser protagonistas de la terapia y recuperación de sus hijos, por lo que las unidades neonatales deben ser abiertas. (Los padres no son "visitas") El cuidado centrado en la familia es el paradigma actual en el cual debemos desarrollar todas las estrategias de atención y seguimiento.

Crecimiento:

Actualmente los prematuros reciben leches especiales, cuya indicación periódicamente está siendo evaluada por equipo de expertos en nutrición del prematuro. Optimizar los aportes en casos de alteraciones gastrointestinales y apoyarse en el equipo de nutriólogos en casos extremos: intestino corto, portadores de lleostomía, etc. Se deben aportar vitaminas y elementos trazas en todos los prematuros: ACD 400 UI de Vitamina D al día; hierro 2 a 3 mg/K/ día. El Zinc se recomienda adicionar 1 a 3 mg/k/día en caso de mala historia nutricional o cuando las pérdidas están muy aumentadas.

En el seguimiento se debe evaluar el crecimiento ponderal y estatural y correlacionarlo con la curva de desarrollo recomendada por la OMS para todos los niños. El perímetro craneano que da cuenta del crecimiento cerebral y se correlaciona con el rendimiento intelectual futuro, se debe esperar que esté corregido alrededor de las 40 semanas. El peso debe mantenerse en una armonía con la talla al final del primer año. No se debe permitir el sobrepeso. Se estima que deben ir recuperando la talla progresivamente durante la infancia, pero principalmente durante los 2 primeros años. Los más inmaduros pueden hacerlo durante toda la infancia.

Red Neurológica:

- Requiere de médicos entrenados en la pesquisa de signos neurológicos sutiles para lograr impactar más precozmente. El equipo debe ser multidisciplinario: Psicólogo, Fisioterapeuta, Terapeuta ocupacional, Kinesiólogo, Fonoaudiólogo. Es por ello que la mejor alternativa es la habilitación temprana, terapia que comienza desde las unidades neonatales y continúa durante los primeros meses logrando en el niño la adquisición de las funciones motoras que le permitan la mayor autonomía. Los programas de habilitación temprana logran inserción social con mejores capacidades funcionales. Juega un rol preponderante la red social de apoyo: asistente social, educadores, padres y familia ampliada.
- Evaluaciones sicométricas periódicas que den cuenta de los avances del niño y orienten a la familia en el apoyo específico que cada niño requiere. (Bayley ; TEPSI, WISC, etc)
- Capacitar a las educadoras en el apoyo personalizado para desarrollar la mayor potencialidad existente en cada paciente. Entrenar a los padres en el apoyo en el hogar de las áreas más dificultosas para cada niño.
- Escuelas de integración.

Red Respiratoria:

- Requiere que el niño tenga y utilice un acceso fácil a consultas de morbilidad. Todos los DBP deben estar en programas especiales de IRA con acceso a terapia específica con inhaladores.
- Inmunizaciones especiales. Los niños con DBP acceden al uso de anticuerpos monoclonales anti VRS específicos, los cuales son medicamento de alto costo que está garantizado en la Ley Ricarte Soto, que entró en vigencia el 2016. Vacunación con Antinfluenza anual al niño y a su grupo familiar.
- Educación a los padres para disminuir los episodios de infecciones respiratorias

agudas. Los niños portadores de DBP no deben asistir a sala cuna ojalá en los primeros 4 años, pero a lo menos en los primeros 2 años.

- Es importante estudiar la función respiratoria al inicio de la edad escolar, para identificar a los casos con obstrucción bronquial y/o restrictivos y así otorgarles terapia específica para lograr una vida deportiva escolar o más normal posible.

Red Oftalmológica:

- Requiere de Oftalmólogo entrenado en evaluar retina y estrabismo.
- No solo la Retinopatía tiene protección por GES, sino que el estrabismo también.
- Frente a la duda diagnóstica (Telemedicina) se debe poder derivar oportunamente ya que puede que esté en riesgo inminente la visión futura. Los niños durante el seguimiento tienen protección financiera especial para el cambio de lentes periódicamente.
- Durante el desarrollo se deben realizar test de evaluación de agudeza visual: Test de mirada preferencial (Test de Teller) y otros, los cuales requieren tecnólogos especializados y capacitados.
- Los niños con limitación visual requieren del apoyo de educadores especializados en lectura Braille y a su vez lograr insertarlo en los colegios de integración con el apoyo de la tecnología digital actual.

Red Auditiva:

- Tamizaje precoz de la sordera, que en el caso de los prematuros debe ser con PEATCA, antes del alta de Neonatología o cerca de las 36 a 38 semanas.
- En el caso de salir alterado debe repetirse a los 15 días. Si persiste alterado, hay que certificarlo con PEATCA e implementarlo con audífonos de alta potencia digitales antes de los 6 meses de EGC. La meta es el lenguaje hablado, por lo que es una carrera contra el tiempo. El GES contempla la protección financiera sólo para el hipoacusico severo o profundo bilateral, lo que deja fuera de la protección financiera a muchos niños que requieren audífonos también.
 - Hipoacusias bilaterales moderadas. Un daño auditivo que signifique pérdida de audición quedando el umbral en 45 dB debe ser aparatado con audífono.
 - Si el daño es unilateral con compromiso severo o moderado, también debe ser aparatado ya que si no recibe estímulos, la corteza cerebral correspondiente deja de ser auditiva y se reconvierte a visual o somestésica.
 - En caso de no adquirir lenguaje hablado en un tiempo prudente de 12 a 18 meses bajo terapia fonoaudiológica específica, se convierte en candidato a implante coclear. El implante también es una garantía GES, pero también está restringido al hipoacusico profundo y financia sólo un implante. Lo recomendable es implantar los dos oídos para evitar la atrofia cerebral contralateral.
 - La rehabilitación auditiva durante toda la infancia pasa a ser muy importante y debemos desarrollar equipos de profesionales que sean expertos en estos aspectos y que actualmente son muy escasos.

Bibliografía.

1. Norma técnica para la supervisión de niños y niñas de 0 a 9 años en la atención primaria de salud. Programa nacional de Salud de la Infancia. MINSAL 2013.
2. www.who.int/childgrowth/standards
3. Bauer G, Borbonet D, Morgues M, Sola A. Guía para el Seguimiento en los primeros 3 años de RN prematuros de muy bajo peso al nacer. SeguiSiben 2011.