

# S.O.S.

## ¡Voy a tener un niño PREMATURO!

Si tienes riesgo de tener a tu niño antes de tiempo, tranquila: ahora, con un buen diagnóstico, buena asistencia médica y contacto con la madre, su calidad de vida puede ser igual a la de un niño nacido a término. N. P. DE APRAIZ

### TÚ ERES LA MEJOR INCUBADORA

■ ¿Te van a ingresar? No tengas miedo, es la mejor opción para que todo esté bien controlado. La Dra. Palacio, experta en el tema, dice que "la mejor incubadora del bebé, con diferencia, es la madre. Aunque quizás haya roto aguas y falte líquido, aunque la circulación no sea óptima... A veces la mamá piensa que el bebé estará mejor fuera, que los pediatras lo pueden tratar mejor. Debe confiar y pensar que está haciendo un trabajo como incubadora mucho mejor que un aparato", recalca. Cuanto más tiempo permanezca el bebé dentro de su madre, mejor. El exterior es un sitio inhóspito para el bebé: la temperatura a la que estaba acostumbrado cambia, no hay alimento, ni agua...

■ Si hay crecimiento fetal retardado, muchas veces los pediatras prefieren esperar un poco hasta que el bebé esté más preparado aunque no crezca.

■ Si hay una rotura de bolsa temprana, en una semana 25ª, por ejemplo, la paciencia es clave porque se intenta atrasar el parto hasta la semana 31ª-32ª, en algunos hospitales, hasta la 34ª. A las futuras mamás les esperan 6-7 semanas que se les hacen eternas. A partir de la semana 28ª, en que los resultados son buenos para sacar adelante al bebé, pueden pensar que la técnica lo soluciona.

■ Lo ideal es intentar llegar a la semana 38ª. A veces no se puede porque hay infecciones, contracciones y la mamá ya va a tener el bebé, pero si ha ganado

una semana o dos, tres o cinco, ya es muy importante. Incluso lo es cada día que pasa. "La futura mamá debe pensar que un día que pasa es un día que su bebé gana en salud. Para hacerlos una idea: en la semana 25ª, un día dentro del útero materno equivale a tres días fuera", anima la Dra. Palacio.

Ten paciencia  
y no pierdas  
la calma.

Lo primero que hay que saber es a qué bebés se les considera prematuros y a cuáles no. Y según los médicos, prematuros son todos aquellos que nacen antes de la semana 37ª, el 10% de todos los bebés. De este último porcentaje, entre un 1% y un 2% ocurren antes de la semana 29ª, y a ellos se les conoce con el nombre de grandes prematuros. Los avances médicos han conseguido que cada vez sobrevivan más bebés prematuros, aunque no han logrado reducir las cifras de prematuridad. En España se ha duplicado en una década el número de bebés nacidos antes de tiempo. Si en 1997 nacieron 17.000 pequeños adelantados, en 2006 fueron más de 33.000, según cifras del Instituto Nacional de Estadística.

### ¿POR QUÉ NACEN ANTES DE TIEMPO?

Hay muchos factores concurrentes. ¿Algunas causas? El llevar embarazos sin control (en el caso de mujeres inmigrantes procedentes de países subdesarrollados), el mayor número de embarazos múltiples (por la cada día más frecuente aplicación de técnicas de reproducción asistida), la edad de la mujer (tanto si es muy joven como si es mayor), los hábitos tóxicos (tabaco,





alcohol, drogas), las enfermedades crónicas maternas (diabetes, tiroides, renales, cardíacas, anemia severa) y las patologías que surgen en el embarazo, como la hipertensión, placenta previa etc. Otro factor cada día más en alza que puede provocar partos prematuros es el estrés de la madre, generalmente trabajadora. Además hay otros factores constitucionales, genéticos e infecciosos. Para la Dra. Montse Palacio, obstetra y especialista sénior de la Unidad de Prematuridad del Hospital Clínic de Barcelona, además de los embarazos múltiples, existen causas constitucionales que favorecen los nacimientos antes de llegar a término (malformaciones del útero), genéticas (una tendencia de la embarazada), infecciosas (entre ellas,

la rotura prematura de la bolsa de las aguas), y electivas (cuando el médico, por el bien de la mamá o del bebé, induce el parto prematuro). Un tercio de los partos prematuros se achaca a causas infecciosas, otro a causas electi-

"Parece sencillo y que no se hace nada, pero cada granito de arena hace que mejoren los resultados", dice la Dra. Montse Palacio.

Lleva una buena dieta, equilibrada y variada, en la que no falten alimentos de todos los grupos, que te proporcionarán las vitaminas y minerales necesarios. La toma de ácido fólico pautada por

el ginecólogo ayuda a la prevención de los defectos del tubo neural en el bebé, pero, de momento, no se ha demostrado que los suplementos vitamínicos prevengan el parto prematuro. Sí que se sabe que las embarazadas con anemia severa y con desnutrición tienen más riesgo de prematuridad. Además, debes tomarte la vida con mucha calma y reducir el nivel de estrés; está comprobado que los

## El estrés desencadena muchos partos antes de tiempo

vas y otro, a causas desconocidas. "No se sabe por qué una mujer con trillizos aguanta y otra con un solo bebé se pone de parto antes", dice la doctora.

### ¿PUEDO HACER ALGO PARA EVITARLO?

La respuesta es simple: cuidarte desde el principio y cumplir con los controles prenatales (análisis, cultivo de orina, control de la presión arterial, etc.).

## CON 29 SEMANAS, SU POSIBILIDAD DE SALIR ADELANTE ES DEL 90%

■ La supervivencia depende del grado de inmadurez con el que nazca el bebé, es decir, su edad gestacional y su peso al nacer. Las cifras de supervivencia de los bebés pretérmino han aumentado, a la vez que ha ido disminuyendo la edad gestacional en la que se considera que es viable un prematuro. Se considera que puede salir adelante a partir de las semanas 24ª ó 25ª de embarazo. En prematuros que pesaron menos de 1.500 gramos, la tasa de supervivencia en aquellos de 25 semanas era de un 52%; en los de 26 semanas, el 63%; en los de 27 semanas, el 82%, en los de 28 semanas, el 87%; y en los de más de 29 semanas, del 90%, según la Sociedad Española de Neonatología.

■ Y cada vez sobreviven más prematuros con un peso inferior a los 500 gramos, los llamados "bebés milagro". Pocos, pero es que hace dos décadas, los prematuros de menos de un kilo no lograban salir adelante.

■ Aunque el Dr. Botet afirma que la supervivencia de los prematuros ha aumentado muchísimo, advierte que hay que tener cuidado con las estadísticas, ya que cada bebé es distinto y que cada mamá y papá vive su situación como propia. "Se habla de tendencias y de posibilidades. Consideramos buenos los resultados a partir de las 26 semanas, en cuanto a supervivencia y en cuanto a menos secuelas. Por debajo de las 26 semanas, la mortalidad es aún muy alta y el terreno es delicado. A partir de las 26 semanas no es que sea fácil y sencillo, pero los médicos van a por todas y hay que tener esperanza de que el niño hará una vida normal".



Las incubadoras son muy sofisticadas.

trabajos estresantes (casi todos hoy día) aumentan la tasa de niños prematuros notablemente.

### ¿CÓMO SE SABE QUE HAY PELIGRO?

Una vez aparece el cuadro clínico que indica la amenaza de un parto prematuro, los médicos intervienen para intentar retrasar lo más posible el nacimiento. El manejo es diferente si hay contracciones, pero no se ha roto la bolsa, que si ya se ha roto. Hay dos herramientas básicas en el diagnóstico del parto prematuro y en su tratamiento: la ecografía transvagi-

nal, que mide el cuello del útero para ver si las contracciones son efectivas; y los fármacos, para intentar demorar el parto. Hace 5-10 años, automáticamente se ingresaba a la embarazada con contracciones durante 10 días y se le administraban fármacos. "Este enfoque ha cambiado radicalmente porque sabemos que el 80% de estas muje-

## Tus controles rutinarios son claves para detectar problemas

res no tuvo ningún peligro de parto prematuro, sólo tenían contracciones", explica la Dra. Palacio. Hoy, si las contracciones no son efectivas no se dan

fármacos a no ser que la paciente esté muy molesta. Muchas veces se ahorra el ingreso y se le aconseja que haga reposo en casa. Se evita la administración de medicación innecesaria y muchos ingresos, quizás la mitad de los que se realizaban antes y con una duración menor, de 4 a 5 días.

Otro método para calcular el riesgo de parto prematuro es el análisis de sustancias que la mujer libera con las contracciones, con una fiabilidad equiparable a la de la medición del cuello uterino con la ecografía. Su uso depende de la política de los centros, si disponen o no de ecografía, y de los ginecólogos; los más jóvenes están más habituados a realizar ecografía transvaginal.

### ¿TOMARÉ FÁRMACOS?

Cuando la amenaza de parto es real (cuello uterino corto, contracciones efectivas), se usan diferentes fármacos, inyectados o por vía oral, dependiendo de la situación y de, por ejemplo, si hay gemelos. Estos medicamentos inhiben las contracciones uterinas. Y si hay un riesgo de que la situación avance, se le da un fármaco intramuscular, una variedad de corticoides, para madurar los pulmones del bebé. La pauta de este tratamiento también ha cambiado en los últimos 5-10 años. Entonces, ante un peligro de parto prematuro en embarazo con gemelos, se iban dando corticoides por si la embarazada se ponía de parto, y ahora, gracias a la medición del cuello uterino, sólo se dan cuando son necesarios. Hoy se sabe que la dosis más importante de corticoides es la primera tanda, y sólo en casos puntuales se da una repetición de dosis, si ha pasado bastante tiempo desde la primera tanda. Cuando se rompe la bolsa se usan antibióticos, ya que está demostrado que aumenta el lapso de tiempo hasta que la embarazada se pone de parto y mejora el pronóstico del bebé y de la

mamá. Esta medida previene un porcentaje de las infecciones, no todas. Si la embarazada está de 34 semanas, da tiempo a

dar una tanda de antibióticos, pero si lo está de 25 semanas, no se administran antibióticos todas las semanas por el peligro a crear resistencia. Lo que se



## El bebé prematuro evolucionará mejor si tiene contacto físico con su madre

### ES IMPORTANTE QUE MAMÁ Y PAPÁ ESTÉN SIEMPRE MUY CERCA

- La tendencia actual de las unidades de neonatos es favorecer un contacto constante de los bebés y sus mamás y papás, ya que se ha demostrado que ayuda en su desarrollo y lo agiliza. No todos los hospitales, pero sí muchos, mantienen abiertas sus puertas 24 horas y no limitan el tiempo que los progenitores quieren pasar con sus pequeños. Han comprobado que mantener a los padres cerca del bebé no conlleva infecciones; en cambio, le produce beneficios.
- Además, con el contacto físico, los padres comienzan a involucrarse en el cuidado del bebé y van ganando seguridad. Lógicamente, si el niño está en situación crítica, pueden participar menos, pero cuando está en fase de recuperación pueden participar mucho más activamente.
- En cuanto es posible, pueden sacarlos de la incubadora, acariciarlos, ponérselos al pecho, piel con piel (método canguro), hablarles, darles las tomas, la medicación, etc. Al principio, muchos padres tienen miedo, incluso cierto rechazo a vincularse demasiado al niño al verlo tan frágil, porque piensan que lo van a perder. Pero no debe ser así. En algunos hospitales, los padres pueden llamar por teléfono a la unidad neonatal siempre que quieran, algo que les ayuda mucho a superar la angustia.

hace es vigilar la situación con cultivos y dar antibióticos.

### ¿QUÉ COMPLICACIONES TIENE UN PREMATURO?

"La atención a los prematuros es como una carrera de obstáculos", dice el Dr. Francesc Botet, pediatra neonatólogo consultor del Servicio de Neonatología del Hospital Clínic, de Barcelona. Lo más complicado, y también lo más frecuente al principio, es la insuficiencia respiratoria, ya que el pulmón del

prematuro es inmaduro. Le falta una sustancia, el surfactante, que impide que el pulmón se mantenga abierto y entonces se colapsa. A los bebés se les suele poner entonces un respirador y se les da surfactante artificial. La mortalidad de los prematuros se ha reducido enormemente desde que se les trata con surfactante en los últimos 15 años. Las máquinas de ventilación asistida también han evolucionado mucho, son menos agresivas y actúan con más suavidad en el pulmón.

Cuando superan los problemas respiratorios, aparece lo que los médicos llaman un ductus arterioso, que es un vaso sanguíneo grande que se abre y crea problemas de circulación sanguínea y pulmonares en el niño. La siguiente complicación grave que se puede presentar son los problemas digestivos. La única medida que se ha demostrado eficaz en su prevención es la lactancia materna. "Es importante desde el primer día y por eso insistimos que en cuanto la madre haya salido de la sala de partos, con un sacaleches nos traiga aunque sea 2 cm de leche", explica el Dr. Botet. Entre la primera y segunda semana de vida se pueden presentar, además, infecciones, ya que el sistema inmunitario del bebé es muy inmaduro y si hay vías de entrada (catéteres) hay más riesgo. Las infecciones se tratan de forma distinta, con antibióticos y fármacos más fuertes si la infección es grave. El resto de las complicaciones suelen surgir a medio o largo plazo. Una de ellas suelen ser los problemas oculares, que incluso pueden llegar a tratarse con láser, según su gravedad. Se vigila el fondo de ojo en función de su semana de nacimiento y la semana que tenga. Existe un calendario del prematuro previamente establecido.



El control del bebé es riguroso las 24 h. del día.

Además pueden surgir episodios de anemia, hacia la semana 4ª-6ª. En parte porque la médula es inmadura, en parte por la sangre extraída por los análisis de sangre, y también porque, como el niño crece muy deprisa, no da tiempo a fabricar suficientes hemáties. Si llega a un límite muy bajo se hacen transfusiones, y si no, se le da hierro y en algunos casos se usa eritropoyetina para estimular la producción de sangre. La displasia broncopulmonar es otro problema respiratorio que sufren algunos niños. Su tratamiento es menos agresivo que los problemas pulmonares del principio, y algunos sólo necesitan la administración de oxígeno. Por

suerte, el pulmón crece muchísimo en los dos primeros años de vida y muy pocos bebés necesitan oxígeno en casa. Algunos prematuros más sensibles pueden tener una incidencia mayor de bronquitis los primeros años de vida, sobre todo más relacionadas con infecciones en la época de invierno (producidas por el virus de la gripe y por el virus respiratorio sincitial).

### ¿LE QUEDARÁN SECUELAS?

Las mejoras en la tecnología, en la nutrición, en el cuidado propiamente dicho del prematuro y en las nuevas medicaciones han logrado una mayor supervivencia. Pero en algunos casos el niño sufre secuelas y a veces no se diagnostican bien o hasta muy tarde, por lo que es vital un buen seguimiento pediátrico, neurológico y psicológico.

Los padres deben vencer el miedo y el sentimiento de culpa por tener un hijo prematuro y centrarse en lo que pueden hacer por él. Algunos prematuros, entre un 20 y un 30% de los que pesaron menos de 1.500 gramos, tendrán alguna secuela, y de ellos, sólo un 10% serán de carácter grave. Algunas secuelas serán a corto plazo, otras a largo plazo. No todos los prematuros sufren problemas al llegar a adultos. "No hay un marcador o indicador clínico analítico ni de imagen de secuelas, sobre todo neurológicas, y eso es quizás uno de los problemas al atender prematuros", comenta el Dr. Botet. "Lógicamente te hace pensar que cuanto peor ha estado el niño en cuanto a insuficiencia respiratoria, de hipotensión,

etc. hay más riesgo, pero en principio no hay una relación directa. De ahí que no se sepa con certeza si después le irá bien o mal". Las complicaciones dependen más de la edad gestacional del prematuro que del peso, aunque también influye éste.

"Durante un mínimo de dos años el hospital realiza un seguimiento, pero es mejor que sea hasta los 6-7 años. En unos centros se deriva a atención temprana a los niños con alguna alteración. En otros, automáticamente, el prematuro entra en programas de atención precoz", señala el experto.

En cuanto al aparato motor, aproximadamente en el transcurso de un año, se puede ver si hay alteraciones importantes. Respecto a la capacidad de habla e intelectual, se acepta un mínimo de dos años de seguimiento. "Aunque cuanto más largo sea el seguimiento, mejor ya que hay aspectos que no podemos valorar a los dos años. Cuanto más se le exige al niño, en tareas más complejas pueden aparecer dificultades. Puede ir bien en primaria y empezar a tener problemas en la ESO; hay que ir viendo su evolución. Aunque también hay un porcentaje

## Las complicaciones respiratorias son las más frecuentes

importante de niños con problemas en la ESO y no han sido prematuros. Cada caso es único.

Por suerte, en la actualidad y gracias a los avances de la medicina, la mayoría de los prematuros no tienen secuelas incapacitantes, tienen una vida normal, equiparable a la de un niño nacido a término", concluye el Dr. Botet.

**Asesores:** Dr. Francesc Botet, pediatra neonatólogo consultor del Servicio de Neonatología, y Dra. Montse Palacio, obstetra y especialista sénior de la Unidad de Prematuridad, ambos del Hospital Clínic de Barcelona.

**Para saber más:** [www.proyectohera.com](http://www.proyectohera.com) y [www.prematuros.info](http://www.prematuros.info)

**Libros:** "Hijos prematuros. Amor verdadero" por Nora Rodríguez, Ed. La Esfera de los Libros.

## ESTARÁ MEJOR EN CASA

En algunos hospitales, si el bebé prematuro con un peso menor a 2,2 kg reúne ciertas condiciones y los padres aceptan, puede marchar a casa. Aunque todavía no ha sido dado de alta, una enfermera le atenderá a domicilio. Independientemente del peso, el bebé debe mantenerse estable, no tener problemas de apneas (pausas respiratorias), ser capaz de alimentarse bien por boca y de regular la temperatura. La familia debe residir en un radio conveniente para la visita de la enfermera. Se ha observado que así el bebé gana más peso que en el hospital y se evitan las infecciones hospitalarias. Además, con un ritmo de vida doméstico y no hospitalario se favorece la relación entre padres y bebés.