



Dr. Carlos Paredes Cencillo
Jefe de la Unidad Neonatal.
Hospital Clínico Universita-
rio. Valencia.



Dr. Bernardo Mir Plana
Pediatra.
Centro de Salud Rafelbuñol.

Cuando los niños prematuros son dados de alta en el hospital suelen tener un seguimiento, sobre todo los menores de 1.500 gramos, en diferentes consultas: neonatología, neuropediatría, neumología,

oftalmología, nutrición, etcétera, pero es el pediatra de atención primaria el encargado de coordinar estas diferentes disciplinas médicas y de detectar cualquier problema en el desarrollo habitual de estos niños. El pediatra debe hacer la valoración integral del niño y prestar todo el apoyo necesario a la familia, así como establecer los oportunos contactos con el hospital para un buen trabajo en equipo.

Las revisiones del recién nacido prematuro seguirán la pauta del programa de salud infantil que hay establecido, pero se incrementarán según las necesidades de cada niño.

Para valorar el crecimiento y desarrollo de estos niños se utiliza el concepto de Edad Corregida (EC), que es aquella que tendría el niño si hubiera nacido a las 40 semanas.

En la actualidad, entre el siete y el diez por ciento de los niños nacen prematuramente, hecho nada deseable ya que adquieren la madurez que les falta en un ambiente diferente al intrauterino (incubadoras), por lo que presentan ciertas peculiaridades en su desarrollo que los diferencian de los niños nacidos a término y tienen, con mayor frecuencia, problemas en su evolución.

Por ejemplo, si un prematuro nace con 32 semanas de gestación a la edad cronológica de cuatro meses tiene realmente dos meses. Aunque algunas prácticas importantes como las vacunaciones se deben administrar a la edad real y no a la corregida.

Su alimentación

Es un tema que preocupa a los padres cuando se produce el alta en el hospital y suele ser la primera pregunta que formulan cuando consultan con el pediatra. Teniendo en cuenta que suelen salir del hospital con un peso alrededor de los dos kilos, lo ideal es mantener la lactancia materna si se había iniciado en la clínica pero, si no es posible, disponemos de fórmulas adaptadas para niños prematuros y de bajo peso, además de los aportes polivitamínicos, minerales y de hierro que se mantendrán según indicaciones. Una vez en casa, suelen ganar peso con más rapidez, a la vez que comen mejor, pues tienen un ambiente más natural y más cariño, pero hay que tener en cuenta que algunos niños comen despacio y poca cantidad, por lo que, a veces, tienen una ganancia ponderal regular y esto



Infecciones respiratorias

Los prematuros son un grupo de riesgo para las infecciones respiratorias como la bronquiolitis y la neumonía, por lo que se deben extremar las siguientes medidas de prevención:

- ▶ Evitar el contacto con adultos/niños con infección respiratoria.
- ▶ No exponerles al humo del tabaco.
- ▶ Evitar lugares con concentración de personas.
- ▶ No escolarizar al niño en el primer año y si tuviera problemas respiratorios crónicos, no hacerlo hasta los dos años.
- ▶ Vacunar de la gripe a las personas que convivan más estrechamente con él y al prematuro a partir de los seis meses. En nuestro país se sigue un protocolo para los prematuros menores de 32 semanas durante los meses de otoño e invierno, que consiste en la administración de anticuerpos contra el Virus Respiratorio Sincitial, responsable de la bronquiolitis.

RECOMENDACIONES GENERALES

Prematuros: de



GLOSARIO

- **Síndrome hipercinético:** Comportamiento caracterizado por un exceso de movimiento.
- **Sedestación:** Postura básica de sentado.
- **Hipertonía:** Tono muscular exagerado.

genera una ansiedad en las familias, lo cual es un problema añadido. Paciencia y flexibilidad, son los mejores consejos que se pueden dar, así como consultar con el pediatra.

Cuando su edad corregida es de seis/siete meses o ya pesan entre seis/siete kilos, se puede empezar a introducir alimentos diferentes a la leche y ver como se adaptan a la cuchara. Se introducen con lentitud cereales sin gluten, fruta, verdura, carne, etcétera, con unos intervalos mínimos de 15-20 días entre ellos.

Vitamina D

Para la prevención de la enfermedad ósea de los prematuros, se recomienda la administración diaria de vitamina D. También es importante la prevención de la anemia de estos niños, por lo que se les administra hierro en forma de gotas, a partir del primer o segundo mes de vida.

Su crecimiento

Para conocer si un niño prematuro crece y se desarrolla bien, se utilizan las curvas percentiladas de peso, longitud y perímetro cefálico, pero es necesario que

tengamos en cuenta sus semanas de gestación y como hemos comentado antes la edad corregida, no la edad real. **Tras el alta es frecuente una primera fase de engorde rápido, pero en el primer año se pueden observar fases de crecimiento acelerado, seguidas de estancamiento.** Lo importante es el seguimiento de su salud y comprobar que va incrementando el peso, la talla y el perímetro craneal de manera paralela a los recién nacidos a término, aunque vayan por la curva más baja de los percentiles. →

hospital a casa



Otros cuidados

Estos niños de riesgo deben estar integrados en programas de estimulación precoz o de atención temprana con fisioterapia y rehabilitación desde el alta hospitalaria, y es recomendable hacer evaluaciones periódicas del desarrollo mental y de las dificultades del aprendizaje especialmente a los cuatro/seis años de edad por profesionales con experiencia y/o por el gabinete psicopedagógico escolar.

Es evidente, en los seguimientos realizados, que estos niños pueden tener más problemas de comportamiento y aprendizaje que la población general. De modo, que los déficit de atención, el comportamiento hiperactivo y las alteraciones de la conducta se deben remitir de forma precoz para una valoración psicológica, ya que la intervención precoz mejora los resultados de integración social. Es necesario que los centros escolares dispongan del apoyo pedagógico y establezcan pautas de trabajo especiales para el niño y la familia.

miembros superiores a los inferiores y suele desaparecer antes de los 18 meses. La adquisición de habilidades motoras tiene también su importancia. Se valora la sedestación cuando es capaz de sentarse sin apoyo, jugando con las manos durante al menos un minuto y se considera que ha alcanzado la marcha autónoma cuando es capaz de caminar cinco

pasos sin apoyo. El 50 por ciento de los menores de 1.500 gramos se sientan sin apoyo a los siete meses de Edad Corregida (EC) y el 90 por ciento a los nueve meses. Respecto a la marcha, el 50 por ciento a los doce meses de Edad Corregida (EC) y el 90 por ciento a los 16 meses.

Otros aspectos a tener en cuenta

Todos los niños deben llevar un estrecho control oftalmológico durante los dos primeros años de su vida, principalmente los menores de 1.500 gramos y los menores de 30 semanas. Igualmente, el estudio de la audición en este grupo de niños es fundamental realizarlo en los primeros meses de la vida para que no condicione retraso en el desarrollo y aprendizaje del lenguaje.

El nacimiento prematuro hace que la bóveda craneal y el macizo facial se vean sometidos al aplastamiento por efecto de la gravedad al apoyar la cabeza sobre superficies relativamente duras, por lo que debemos aconsejar **cambios posturales de la cabeza** y, si es necesario, remitir al niño a una Unidad de Medicina Cráneo-Facial Infantil, donde pueden aconsejar el empleo de prótesis.

El nacimiento de un hijo que no se parece al esperado, junto con unas semanas o meses llenos de incertidumbre sobre su evolución, dificulta la aparición del vínculo madre-padre-hijo, repercutiendo claramente en la familia, por lo que los padres pueden presentar variados sentimientos que van desde la culpabilidad, el miedo y la tristeza hasta la depresión y la consiguiente repercusión en la aceptación del niño.

El trastorno que más aparece es la **sobreprotección**, los pediatras deben ayudar en los primeros momentos, ya que pasados los dos primeros años, la gran mayoría de los niños presentan un buen estado de salud y se debe fomentar progresivamente la independencia del niño. A los **hermanos** de un niño prematuro les debemos prestar la atención que se merecen y, en la medida de lo posible, explicarles lo que ocurre y que estén integrados dentro de la unidad familiar.

Cuando el prematuro llega a su verdadero hogar, que es su casa y no la incubadora, los padres deben estar bien informados y el pediatra debe ser su mejor asesor para que el niño evolucione satisfactoriamente. ■

→ Muerte súbita del lactante

Casi el 20 por ciento de los niños que sufren el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL) entre el mes y el año de vida son niños prematuros, por lo que es importantísimo evitar todos los factores de riesgo conocidos e insistir en los consejos preventivos como son: dormir en supino (boca arriba), no fumar en su entorno, no abrigar excesivamente al niño procurando una temperatura ambiental en torno a 20-22 grados centígrados, lactancia materna y, si fueran necesario, emplear monitores de apnea (para controlar la respiración espontánea) a domicilio.

Desarrollo psicomotor

Un tema que siempre preocupa mucho a padres y pediatras, es el desarrollo psicomotor de los prematuros por la trascendencia que ello supone. Lo primero que hay que explicar es que la maduración muscular se ve alterada con el nacimiento prematuro ya que no se adquiere la flexión fisiológica máxima que se tiene al final del embarazo. Como consecuencia, se aumenta el tono extensor de forma transitoria y existe una hipertonia que es transitoria en el 50 por ciento de los nacidos antes de las 32 semanas, que suele aparecer alrededor de los tres meses y que progresa desde los