

DESPUES DEL ALTA

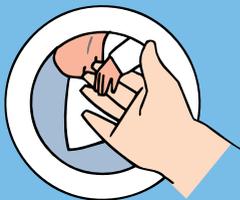
Material Informativo para padres



Realizado por APAPREM

Supervisado por: Dra. Nora Juttenpeker, Dra. Alicia Benítez, Dra. Estela Rodríguez, Dr. Luis Díaz González.

AÑO 2007



APAPREM
ASOCIACION ARGENTINA DE
PADRES DE NIÑOS PREMATUROS

Auspiciado por:



**FUNDACION
HOSPITALARIA**

Indice

04 PROGRAMA DE SEGUIMIENTO PARA EL RECIÉN NACIDO DE ALTO RIESGO

Introducción.

Registro de Seguimiento.

Periodicidad de los controles - Tabla propuesta.

Actividades y contenidos de los controles.

06 CONTROLES

La visión

Retinopatía del Prematuro.

La audición

Métodos de pesquisa.

¿Sabe si su hijo oye bien?

Más información sobre hipoacusia.

Lenguaje

¿Qué se tiene en cuenta para diagnosticar trastornos del lenguaje?

Guía sugerida para la pesquisa de trastornos del lenguaje.

Neurodesarrollo

Periodicidad.

Evaluación en niños entre 2 y 5 años.

13 SUGERENCIAS PARA TENER EN CUENTA

Sugerencias para mejorar la crianza

Adecuación del medio ambiente del hogar

Temperatura ambiente.

La habitación.

La cuna.

Higiene

Patrones de sueño

Vestimenta

Juegos

Control de esfínteres

Salidas y viajes

Precauciones para prevenir enfermedades respiratorias

Seguridad y prevención de accidentes

Guía de prevención de accidentes.

Medidas de seguridad para el transporte en automóviles.

Síndrome de muerte súbita del lactante.

22 INMUNIZACIONES

Calendario de vacunación

Normas Nacionales de vacunación

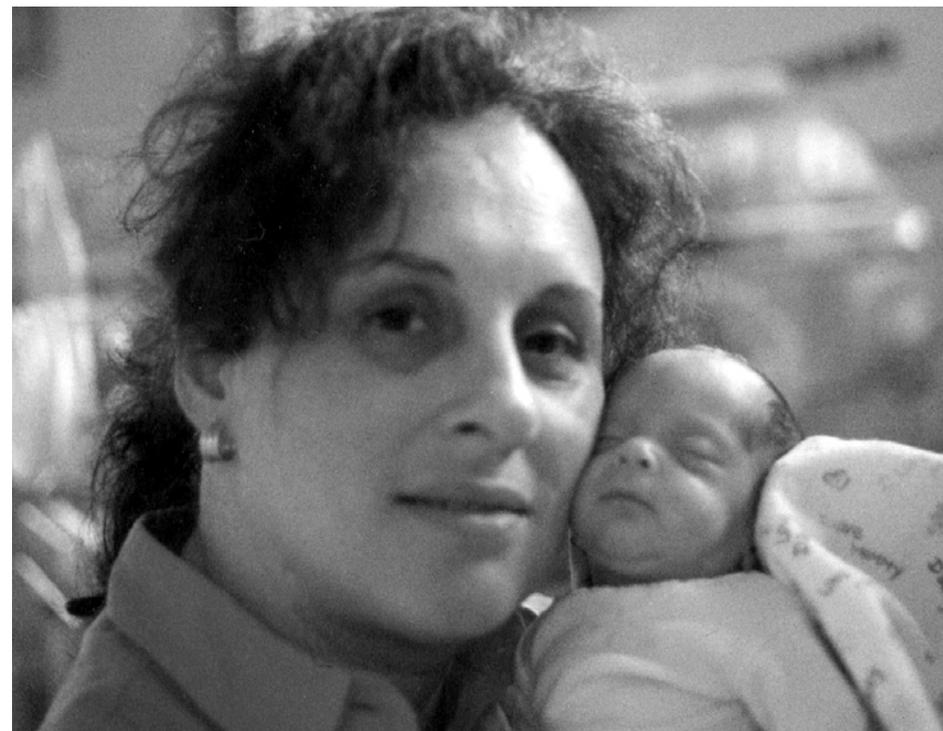
Otras vacunas

Recomendaciones de la SAP para el Virus Sincial Respiratorio.

23 SÍNDROME DEL NIÑO VULNERABLE

Introducción

El cuidado continuado que los bebés nacidos de alto riesgo deben recibir en los meses y años posteriores al alta de la Terapia Intensiva Neonatal, son vitales para su crecimiento y su desarrollo. Por este motivo es necesario que, luego del alta hospitalaria, estos niños estén incluidos en un **Programa de Seguimiento del Recién Nacido de Alto Riesgo**, y que se le realicen los controles de crecimiento físico y neurológico, como los test psicológicos del desarrollo, para determinar la necesidad de otras intervenciones y tratamientos como la estimulación psicomotriz.



La Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) recomienda que todos los niños, aún los nacidos a término, deberían tener una evaluación puntual del desarrollo entre los 18 meses y los 3 años. En el caso de los niños nacidos de riesgo, al menos en 2 oportunidades. Esta evaluación llamada PRUNAPE detectaría dificultades y llevaría a otras evaluaciones más específicas, orientando al diagnóstico y tratamiento más tempranamente.

Programa de seguimiento para el recién nacido de alto riesgo

Introducción

El control de seguimiento ambulatorio post-alta será definido por el equipo médico de acuerdo con las necesidades de cada niño, a fin de evaluar la persistencia o no de riesgos e implementar acciones –en el caso de ser necesarias– que permitan obtener buenos resultados para su desarrollo.

Antes del alta los padres deben saber en qué consiste el seguimiento de niños de alto riesgo, quienes componen el equipo, en dónde y en qué horarios atienden, cómo se complementa la labor con el pediatra de cabecera, etc.

Si la institución no cuenta con esta modalidad de trabajo, las familias y sus niños deben ser derivados a cualquier centro reconocido, cercano al lugar donde residan para que sean seguidos.

Además, el equipo de seguimiento fijará las interconsultas a los especialistas (oftalmólogo, traumatólogo, fonoaudiólogo, etc.) o exámenes complementarios como: oftalmológico, audiológico, hemograma, ecografía cerebral, control neurológico, etc.

Los papás deben solicitar a los médicos que les expliquen el concepto edad corregida¹, para que, de esta forma, no se desalienten al comparar a su hijo con otros niños, al leer textos sobre el desarrollo de los bebés o si es juzgado por su edad cronológica.



REGISTRO DE SEGUIMIENTO PARA LA FAMILIA

Todo niño que ingresa en un programa de seguimiento a largo plazo debe contar con varios sistemas de registro para la familia y para el centro de seguimiento.

La familia debe contar con una Libreta de Salud para el Recién Nacido de Alto Riesgo que identifique al niño como integrante del programa, que lo acompañe mientras esté incluido en él y que deberá presentar cada vez que sea atendido.

De no contarse con esta libreta, puede reemplazarse por un simple cuaderno.

Los datos mínimos que deben constar son los siguientes:

Datos personales del niño y su familia: número de historia clínica del lugar de nacimiento y del

¹Edad Corregida: Es la edad en semanas que se suman a la edad gestacional al nacer y sirve para poder equiparar al PT con un bebé de término. La fecha probable del parto es la semana 40 de gestación. A partir de ahí se cuenta el día 0 de Edad Gestacional Corregida, a diferencia de la edad real que se cuenta a partir del día del nacimiento.

consultorio de seguimiento de cabecera (si fueran diferentes), direcciones y teléfonos. Resumen de la historia clínica Perinatal y Neonatal.

Nombres y otros datos del pediatra de cabecera: días y horarios de atención, domicilio y teléfonos.

Controles clínicos: fecha de edad cronológica y edad corregida, datos antropométricos, tipos de alimentación, indicaciones y observaciones. Fechas de próximas citaciones.

Vacunas.

Evaluaciones especiales y fechas de próxima citación.

PERIODICIDAD DE LOS CONTROLES

En la primera visita se verifica el estado de salud del niño, se evalúa la adaptación al ambiente hogareño y se responden las dudas a los papás. Es conveniente que la citación sea de 1 a 5 días luego del alta de internación y luego, de acuerdo a sus necesidades, un segundo control de 7 a 10 días luego del alta y un tercero 2 semanas después.

Los controles posteriores, durante el primer año de vida, deben ser mensuales, a menos que por las necesidades del niño se exijan controles más frecuentes.

Del primero al segundo año de vida: los controles pueden ser trimestrales y posteriormente cada 6 meses hasta cumplir 4 años.

Después se debe realizar como mínimo un control anual hasta el egreso de primer año escolar.

Control N°	Edad cronológica aproximada
1	1 a 3 días post-alta
2	4 a 10 días post-alta
3	20 a 30 días post-alta
4	2 a 3 meses
5	3 a 4 meses
6	5 meses
7	6 meses
8	7 meses
9	8 meses
10	9 meses
11	10 meses
12	11 meses
13	12 meses
14	15 meses
15	18 meses
16	21 meses
17	24 meses
18	2 años y 6 meses
19	3 años
20	3 años y 6 meses
21	4 años
22	5 años
23	6 años
24	Egreso primer grado

ACTIVIDADES Y CONTENIDOS DE LOS CONTROLES

ACTIVIDAD	CONTENIDO	FRECUENCIA
Evaluación de aspectos psicosociales familiares	Vínculo madre-hijo, problemas sociales y familiares. Salud materna. Planificación familiar. Apoyo a brindar.	Todos los controles
Medio ambiente y pautas de crianza	Adecuación del medio ambiente para el niño. Educación para la salud. Prevención de accidentes y muerte súbita.	Todos los controles
Vacunas	Cumplir Programa Nacional de Vacunación y contemplar vacunas especiales.	Al nacer, 2, 4, 6, 12, 18 meses, 6 años.
Evaluación del crecimiento	Medir peso, talla y perímetro cefálico. Percentilar. Calcular velocidad de crecimiento. Evaluar desviaciones.	Todos los controles

ACTIVIDAD	CONTENIDO	FRECUENCIA
Alimentación	Lactancia materna. ¿Se utilizan sucedáneos de la leche materna? Incorporación de semisólidos y sólidos.	Todos los controles
Vitaminas y minerales	Evaluar necesidad de suplementar vitaminas (A,D) y minerales(Fe, Ca, P)	Todos los controles
Examen físico general	Detectar patologías habituales	Todos los controles
Evaluación del neurodesarrollo	Examen neurológico, evaluar necesidad de estimulación, rehabilitación, habilitación.	Todos los controles en forma general. Exhaustivo a las 40 semanas de EG, 3, 6, 9, 12, 18 y 24 meses. Luego una vez al año.
Examen oftalmológico	Evaluar si hay riesgo de ROP Examen general	Derivar a oftalmólogo. A las 40 semanas de EG, 3 y 6 meses, 3 y 5 años. Derivar a oftalmólogo si hay anomalías.
Evaluación del lenguaje	Evaluar logros normales	Todos los controles
Evaluación de la audición	Evaluar factores de riesgo. Si existen, detección de hipoacusia. Controles posteriores.	Entre 3 y 6 meses de edad. Cada 3 meses al primer año, cada 6 meses en el preescolar y luego anualmente.
Desarrollo cognitivo	Test de valoración de acuerdo a la edad. (Ej: Bayley, Rodríguez, Tepsi).	A los 12 y 18 meses, 2 años y 6 meses, 4 años y 6 meses y 7 años.
Control odontológico	Evaluar la necesidad de suplementar con Fluor y de consulta odontológica antes del año.	
Exámenes complementarios	Evaluar necesidad de exámenes hematológicos, urinarios, radio o ecográficos.	Todos los controles
Interconsultas	Evaluar la necesidad de consultas con cirujano, traumatólogo, oftalmólogo, fonaudiólogo, etc.	Todos los controles
Registro de Información	En libreta de la familia e historia clínica del niño, curvas de crecimiento, en sistema informatizado si existe. Citación para el próximo control.	Todos los controles

Fuente: Guía de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo del Ministerio de Salud de la Nación

Controles

LA VISIÓN

Al momento del alta debe realizarse el Fondo de Ojo y el reflejo rojo gemelar. Aun no desarrollando Retinopatía del Prematuro (ROP) es necesario controlar al niño pretérmino y programar su monitoreo **durante el primer año de vida (3, 6, 9 y 12 meses)** para detectar otras patologías oftalmológicas en esta población: miopía, estrabismo, hipermetropía, etc. Además del Fondo de ojo, el oftalmólogo puede solicitar el estudio Potenciales Evocados Visuales (P.E.V.) en caso de considerarlo necesario.

RETINOPATÍA DEL PREMATURO

¿Qué es la Retinopatía del Prematuro (ROP)?

La Retinopatía del prematuro (ROP) es una enfermedad ocular consecuencia de la inmadurez de la retina originada en una alteración de la vasculogénesis², que puede producir un desarrollo anormal de la misma, llevando a la ceguera y/o disminución de la agudeza visual.



No todos los niños prematuros desarrollan retinopatía, pero cuando se presenta es generalmente bilateral y en algunos casos de evolución asimétrica.

¿Por qué se produce la ROP?

Se produce porque el prematuro nace con los vasos retinianos incompletos, por lo que existe una zona a vascular.

Esta enfermedad, cuyo sustrato es la vascularización y cicatrización anómala de la retina inmadura, comienza a manifestarse entre las 31 y 33 semanas post-concepcionales evolucionando en el tiempo y llegando a su máxima expresión alrededor del término (38/40 semanas).

¿Quiénes tienen más riesgo de padecer esta enfermedad?

La población de mayor riesgo incluye a los recién nacidos pretérminos de menos de 1.500gr. de peso de nacimiento o de 32 semanas o menos de edad gestacional y/o con evolución neonatal complicada por factores de riesgo; los más frecuentemente asociados son:

1. Hemorragia intraventricular.
2. Sepsis.
3. Cirugías.
4. Asistencia respiratoria mecánica.
5. Transfusión con hemoglobina adulta.
6. Hiperoxia-hipoxia.
7. Shock. Hipoperfusión.
8. Apneas.
9. Maniobras de reanimación.
10. Acidosis.

¿Cómo se diagnostica y controla la ROP?

El diagnóstico y control se basa en la visualización periódica del Fondo de ojo, previa dilatación de las pupilas, mediante oftalmoscopia indirecta realizada por un oftalmólogo entrenado. Para determinar la evolución de esta enfermedad es indispensable el fondo de ojo que si bien es un procedimiento algo molesto para el bebé, no es riesgoso. De acuerdo a los hallazgos del mismo, el oftalmólogo decidirá la frecuencia de los controles, que pueden llegar a ser diarios, y el tratamiento.



El momento oportuno para el primer control es a la 4^a semana de vida post-natal y no más allá de la 32^a semana post-concepcional.

² Vasculogénesis de la retina: Es un crecimiento anormal de los vasos de la retina impulsado por factores que generan vasos desde zonas de la retina, con falta de oxígeno.

¿Quiénes deben controlarse?

1. Todos los RN Prematuros menores a 32 semanas EG y/o menores a 1500gr. PN.
2. Todos los RN Prematuros mayores a 1500gr. PN y/o 32 semanas EG que hayan recibido oxígeno por un lapso mayor a 72hs o presenten alguno de los factores riesgo. La ROP se resuelve sin necesidad de tratamiento en los estadios tempranos (involución), pero en aquellos lactantes en los cuales progresa, el tratamiento es necesario.

¿Cuál es el tratamiento para esta enfermedad?

Existen tratamientos paliativos (crio-coagulación y/o láser) que pueden detener la evolución de la enfermedad y que deben indicarse oportunamente según los hallazgos del fondo de ojo. Consiste en aplicar disparos de láser en la retina siendo el efecto inmediato detener la formación de vasos anormales. Cuando los vasos retoman su camino normal entre las cicatrices del láser puede decirse que la enfermedad está curada.

Es importante que los padres estén informados acerca de las características evolutivas de esta enfermedad y la necesidad impostergable de continuar los controles luego del alta de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

LA AUDICIÓN



El estudio de la audición en el niño de alto riesgo debe iniciarse preferentemente antes de los 3 meses de edad. (Ley Nacional 25.415)

Si la pérdida auditiva es identificada precozmente se puede intervenir para que a los 6 meses (etapa del balbuceo imitativo) el bebé pueda contar con amplificación y comenzar con su normal evolución del lenguaje.

MÉTODOS DE PESQUISA:

Actualmente se prefiere para la pesquisa universal el método denominado **“otoemisiones acústicas”** (E.O.A.). El procedimiento no produce ninguna molestia, es muy rápido (unos 3 minutos), no duele, es confiable y no necesita de una preparación especial del bebé.

Si se detectan alteraciones auditivas con el uso del E.O.A se propone reinvestigar con los **Potenciales Evocados Automáticos** (A - A.B.R. y A.L.G.O.) por su mayor especificidad, y si nuevamente el resultado no es normal deberá confirmarse mediante los **Potenciales Evocados Auditivos de Tronco** (P.E.A.T.).

Todos los pacientes en los que se haya detectado anormalidad deben ser enviados al fonoaudiólogo para completar su evaluación e iniciar tratamiento. En general, un niño con hipoacusia neurosensorial debe ser evaluado cada 3 meses durante el 1er. año, cada 6 meses durante el período preescolar, y anualmente durante la etapa escolar.

Después de los 2 años, el fonoaudiólogo puede solicitar otros estudios como: timpanometría y audiometría convencional.

¿SABE SI SU HIJO OYE BIEN? LEA ATENTAMENTE:

EN LOS PRIMEROS 3 MESES:

¿Se asusta con los ruidos fuertes? ¿Se tranquiliza con la voz de la mamá?

ENTRE LOS 3 Y 6 MESES:

¿Da vuelta la cabeza cuando lo llaman? ¿Se asusta o alegra con los ruidos?

ENTRE LOS 6 Y LOS 10 MESES:

¿Responde cuando se lo llama por su nombre, aunque sea en voz baja?

ENTRE LOS 10 Y LOS 15 MESES:

¿Pide cosas señalándolas? ¿Repite palabras o sonidos? DA DA

ENTRE LOS 15 Y LOS 18 MESES:

¿Entiende cuando se le dice “NO”? ¿Sabe algunas palabras? PAPÁ, MAMÁ

¡SI TIENE ALGUNA DUDA, ACÉRQUESE AL CENTRO DE SALUD MÁS CERCANO!

Fuente: Cartilla entregada en Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.

INFORMACIÓN SOBRE HIPOACUSIA

Introducción

La hipoacusia o déficit auditivo es la pérdida de la audición, que puede tener diferentes grados de severidad. En el caso de los niños, se estima que de cada mil recién nacidos, entre dos y tres bebés tendrán algún grado de pérdida auditiva.

Este déficit, en muchos casos es detectado después de los 2 años de vida, habiendo perdido un tiempo muy valioso en la adecuada estimulación de ese bebé. La hipoacusia no detectada tempranamente –antes de los 6 meses de vida– afecta el normal desarrollo emocional, social, lingüístico e intelectual.

Es crucial comprender la importancia de la detección precoz de la hipoacusia, los beneficios del equipamiento auditivo (audífonos, implante coclear) y de la estimulación temprana para asegurar un normal desarrollo global del niño.

Algunas de las dudas que muchos padres pueden tener con respecto a este tema en relación con sus hijos podrían ser:

¿Mi hijo puede padecer hipoacusia al nacer?

Como planteamos al principio, de cada 1.000 nacimientos, entre 2 y 3 bebés presentarán déficit auditivo.

¿Sólo bebés con algún antecedente, enfermedad o predisposición pueden tener hipoacusia?

Hay bebés que por algún motivo presentan lo que llamamos “factor de riesgo de déficit auditivo”, pero hay un pequeño porcentaje de recién nacidos que padecen hipoacusia sin una causa aparente que nos lleve a dicha sospecha. Si se testea sólo al grupo de riesgo auditivo y no a todos los recién nacidos, se detectará el sesenta por ciento del total de casos con deficiencias auditivas.

¿Qué bebés tienen “factor de riesgo de pérdida auditiva”?

Los factores de riesgo para un bebé son:

- Antecedentes familiares de hipoacusia.
- Malformaciones craneofaciales.
- Infecciones durante el embarazo (rubeola, citomegalovirus, toxoplasmosis, sífilis).
- Peso de nacimiento menor de 1.500gr.
- Meningitis.

- Terapia intensiva, con respiración asistida más de 5 días.
- Ictericia grave.

Si el bebé pasó por alguna de estas situaciones no quiere decir que indefectiblemente tendrá hipoacusia pero sí es importante el estudio y seguimiento de su audición.

¿Qué puede llevarme a sospechar que mi bebé no escucha bien?

- Si el bebé, desde el nacimiento, nunca se sobresalta con ruidos fuertes.
- Si después de los 6 meses de edad no gira la cabeza en dirección a un sonido.
- Si después de los 8 meses no balbucea.

¿Hay algún estudio auditivo para hacerle al bebé desde el nacimiento?

Hay varios métodos posibles. El procedimiento de mayor elección para evaluar la audición en neonatos de manera rápida, no invasiva e indolora, de uso corriente en Estados Unidos y Europa es el de "Otoemisiones acústicas". Estas son sonidos generados dentro de la coclea normal (órgano de la audición que se encuentra en el oído interno) espontáneamente o en respuesta a una estimulación sonora. Las células de la coclea se movilizan y generan una vibración, en consecuencia el tímpano se mueve y esto es registrado por un pequeñísimo micrófono que se coloca en el conducto auditivo externo del bebé, indicativo de una audición normal.

¿Es un estudio confiable?

Este estudio detecta más del 90% de las hipoacusias en los bebés. En algunos casos el estudio da un resultado normal pero hay sospecha de problemas auditivos, ya que hay un mínimo porcentaje de sorderas retrococleares donde la lesión se encuentra en algún otro lugar de la vía auditiva. En estos casos, se realiza un estudio exhaustivo de toda la vía auditiva. Es importante tener en cuenta que existe otro tipo de hipoacusia adquirida, la cual se revela a edades más avanzadas a través de diferentes estudios.



Los primeros años de vida son básicos y determinantes para la evolución y desarrollo de todas las capacidades de un individuo; hagamos prevención.

Laura Piñeyro - Lic. en Fonoaudiología

EL LENGUAJE

Es deber del pediatra controlar el proceso de la comunicación y el desarrollo del lenguaje, conocer la normalidad, las distintas etapas del desarrollo, identificar signos y síntomas de retraso u anomalía, solicitar las interconsultas apropiadas y organizar las intervenciones.

¿Qué se tiene en cuenta para diagnosticar trastornos del lenguaje?

- Historia clínica teniendo en cuenta: Antecedentes familiares. Antecedentes socioculturales. Antecedentes prenatales. Antecedentes neonatales
- Examen físico del niño: descartar malformaciones buco-maxilares. Examen neurológico. Test de maduración para investigar las distintas áreas del desarrollo: Lira, Arancibia, Bayley, TEPSI, CAT-CLAMS.
- Examen de la audición: Potenciales Evocados. Audiometría tonal y verbal o con condicionamiento lúdico. Impedanciometría.
- Interconsulta con neurólogo avezado en problemas de lenguaje.

GUÍA SUGERIDA PARA LA PESQUISA DE TRASTORNOS DEL LENGUAJE

- Llanto excesivo después del tercer mes, que no se tranquiliza con voces familiares.
- Ausencia de llanto o cualitativamente anormal.
- Ausencia de contacto visual y sonrisa después del tercer mes.
- Ausencia de vocalización en respuesta a la sonrisa del adulto entre los 3 y 6 meses.
- Expresiones de disgusto al ser sostenido.
- Falla en emitir consonantes en el primer año de vida.
- Ausencia de risa, gorgojeo, sonidos, vocalizaciones.
- Ausencia de comunicación gestual al año.
- No responde a sonidos del medio.
- Dificultad para localizar la fuente del sonido después de los 9 a 12 meses.
- No responde a voces familiares durante la segunda mitad del primer año.
- No responde a juegos interactivos (desaparición de la cara) al año de edad.
- No nombra uno a dos objetos familiares a los 2 años.
- Los padres refieren que el niño no entiende lo que se le dice, o demora mucho en entenderlo, al final del segundo año.
- No aparecen palabras simples o no mejora su vocabulario en el segundo y tercer año.

Fuente: Guía de Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo del Ministerio de Salud de la Nación.

NEURODESARROLLO

Algunas de las alteraciones neuromadurativas pueden ser modificadas con intervenciones precoces. Las evaluaciones neurológicas y psicomotoras deben realizarse considerando edad corregida. Los principales objetivos de la detección precoz son el diagnóstico y la intervención tempranas.

Periodicidad

Es recomendable realizar la primera evaluación después de un período de cuatro semanas en el hogar, lo cual permite al niño y a su familia recuperarse del estrés que acarrea la enfermedad y sus tratamientos, otorgando a ambos, **el derecho a la convalecencia**. La permanencia en el hogar puede atenuar los efectos de la hospitalización. Generalmente esto coincide con el alcance de las 40 semanas de edad post-concepcional o término.

Este período también es válido para el recién nacido de término que requirió cuidados intensivos. El control de la condición neurológica debe ser secuencial y recomiendan valorarla en cada consulta con atención especial a las 40 semanas, a los 3, 6, 9 y 12 meses de edad corregida; a los 18 y 24 meses durante el segundo año y luego anualmente hasta el ingreso escolar.

La interrelación de los datos que surjan de cada una de estas evaluaciones, permitirá decidir al profesional si la evolución del pequeño paciente es adecuada o si existen desviaciones de la normalidad.

Evaluación en niños entre los 2 y 5 años

La vigilancia y el control del desarrollo neuromadurativo entre los 2 y 5 años de edad están dirigidos especialmente a la esfera social y a la adquisición del lenguaje más amplio y complejo. En lo social, la autorregulación frente al medio y la interacción con el mismo como por ejemplo compartir juegos con otros niños, con aumento creciente de la autonomía y las limitaciones, tanto externas como internas, que definen la dinámica de estas edades.

Los elementos del desarrollo a evaluar son: la adquisición de una atención selectiva,

propiedades del espacio, así como orientación secuencial en el tiempo, el habla y el lenguaje (recibir, almacenar, memoria auditiva y uso expresivo); el desarrollo motor grueso y fino, la habilidad para conceptualizar, abstraer y deducir; para tolerar el estrés, la frustración, manejar su propio cuerpo (esfínteres, equilibrio) y manejar el dolor.



El control del neurodesarrollo es importante porque el potencial del niño no es el mismo durante todo el ciclo vital.

Sugerencias para tener en cuenta

SUGERENCIAS PARA MEJORAR LA CRIANZA

Es conveniente considerar algunos elementos que contribuirán a mejorar la crianza de un niño de alto riesgo. Los padres deben comenzar lo más rápidamente posible con el proceso de "normalización" de la vida de su bebé, particularmente si no hay enfermedades crónicas significativas ni secuelas graves.

ADecuación del medio ambiente del hogar

Temperatura ambiente: Se recomienda mantenerla alrededor de 20-25 grados centígrados. Se debe controlar la temperatura del niño, sobre todo en los primeros días posteriores al alta, para adecuar la temperatura del ambiente y la vestimenta, de manera de mantener al bebé entre 36 y 37 grados de temperatura axilar. Evitar la calefacción con hidrocarburos por combustión. En épocas calurosas mantener el lugar fresco y ventilado.

La habitación del niño debería ser, en la medida de lo posible, bien ventilada y limpia, y ser compartida por la menor cantidad posible de personas.

Es necesario controlar la presencia de mosquitos y otros insectos en las cercanías del bebé; pueden utilizar tabletas o mosquiteros sobre la cuna.

La cuna deberá tener su contorno interno protegido, de modo que el niño no se golpee al moverse; la protección se podrá adaptar al tamaño del mismo por medio de rollos de tela en forma de nido. Los pies del bebé deberán estar en contacto con la parte inferior de la cuna de modo que no pueda deslizarse hacia abajo y quedar cubierto por las cobijas, las cuales deberán ser colocadas siempre por debajo de sus axilas.

Con respecto al colecho³, las opiniones son contradictorias: por un lado, algunos autores creen que favorece la lactancia materna, pero por otro existe el riesgo de sofocación.

HIGIENE

Las sugerencias sobre higiene involucran al niño y al medio ambiente que lo rodea.

- Favorecer el baño higiénico diario y el lavado de manos.
- Colocar al niño suavemente en el agua, preferentemente sostenido en decúbito ventral, con lo que se sentirá más seguro al evitarse el "reflejo de Moro"⁴.

³ Colecho: Compartir la cama materna con el hijo.

⁴ Reflejo de Moro: También llamado de susto o sobresalto es una reacción a un estímulo repentino. Es normal hasta el mes de vida y va desapareciendo luego.

- Se aconseja no usar cosméticos infantiles, excepto jabones neutros y sin perfume; no usar lociones sobre la piel del bebé; no utilizar talcos.
- Realizar la higiene de la zona perineal con agua tibia y jabón, o bien óleo calcáreo o aceite comestible. No utilizar cremas o pomadas sobre piel sana.
- Las prendas del bebé deben ser lavadas cada vez que las use, con un jabón suave, a mano, prestando especial atención al enjuague para que no queden restos del mismo que puedan provocar alteraciones en la piel.
- La preparación de los alimentos del niño reviste la mayor importancia. Se debe asegurar la correcta higiene de todos los utensilios y biberones, así como la esterilización efectiva de las fórmulas lácteas.

PATRONES DE SUEÑO

Los niños que han estado largo tiempo internados, y sobre todo los prematuros, pueden presentar dificultades con el sueño, en particular el nocturno.

Pueden despertarse tan frecuentemente como cada 2 horas hasta los 4 meses corregidos, y ser incapaces de dormir durante un lapso de 5 horas por la noche hasta los 8 meses corregidos. Esta desorganización del sueño puede ser producto de inmadurez neurológica, demandas nutricionales, edad, temperamento y hábitos previos de sueño.

Algunos bebés de alto riesgo parecen ser hipersensibles a los ruidos y las luces; otros se han habituado al ruido de las Unidades y presentan dificultades para ajustarse a la quietud y oscuridad de los hogares.

El uso de una pequeña luz nocturna o música puede ser de ayuda en este último caso. Los padres deben solicitar al equipo médico que los guíe en este período, si fuera necesario.

VESTIMENTA

Se pueden hacer algunas sugerencias sobre el tipo de vestimenta más adecuada para los bebés, en particular los prematuros, con las salvedades dadas por las características climáticas de cada estación y lugar. En general, son recomendables las prendas livianas, de fibras suaves como el algodón, que se cierran por delante para hacer más fácil el cambio.

Las aberturas pueden asegurarse con cintas o botones; se desaconsejan las cintas sujetadoras tipo "abrojo" –ya que pueden lastimar la delicada piel del niño–, así como las costuras numerosas.

Una de las primeras ropas que los bebés prematuros suelen usar, sobre todo en épocas frías, son los gorros; es conveniente que sean de algodón por la irritación que tejidos ásperos como la lana pueden provocar en la piel. El color de la tela debe ser firme para que no destiña, ya que la tintura es tóxica y se absorbe por la piel.

Conviene evitar el sobre abrigo en la época invernal. No usar ropa que limite los movimientos; por ejemplo, los enteritos u "ositos" que, al crecer el bebé, rápidamente quedan cortos y pueden deformar los pies llevándolos a la hiperextensión.

JUEGOS

Una vez que el bebé presenta más períodos regulares de alerta, comenzará a disfrutar del mirar y escuchar diferentes juguetes. Los bebés pequeños prefieren los colores vivos: rojo, azul, amarillo y verdes brillantes, a los colores pastel. Parecerían también responder mejor a las formas redondeadas que a las figuras geométricas. Los bebés ven mejor los objetos colocados entre 30 y 60cm de distancia, por lo que dichos objetos deben colocarse siempre por delante de la cabeza. También se sienten atraídos –y mucho– por los rostros humanos y las voces. Mirarlo y hablarle con voz pausada resulta uno de los mejores estímulos.

Cuando el niño comienza a manipular objetos, se desaconsejan aquellos juguetes con pequeñas partes removibles, con bordes agudos, revestidos con pinturas tóxicas, o rellenos con partículas pequeñas.

Los niños con **DBP**⁵ o con **BOR**⁶ no deben utilizar muñecos de peluche ni gatear sobre alfombras. A la alfombra se le puede poner un nylon transparente para evitar que los ácaros afecten al bebé.

Aprovechar el momento del baño o del cambio de pañales para tocarle el cuerpo, acariciarlo y hacer masajes suaves. No es aconsejable la tracción sentado, ni pararlo.

No es recomendable el uso de andador, por los riesgos que implica.

Los niños no deberían ver televisión, por lo menos hasta los 2 años. Puede excitarlos y hasta provocarles convulsiones.

CONTROL DE ESFÍNTERES

Para comenzar a aprender a controlar esfínteres se deberá tener en cuenta la edad corregida.

SALIDAS Y VIAJES

Luego del alta del hospital, es conveniente que el niño tenga un período de adaptación a su nuevo entorno, que se familiarice con un nuevo ambiente de colores, sonidos, rutinas y personas que lo cuidan. Para los padres también es importante contar con un tiempo para reubicarse en un hogar que ha cambiado con la llegada del bebé. Por esto es conveniente que durante estos primeros tiempos (4 a 6 semanas), las salidas fueran tan solo para los controles médicos periódicos, así como evitar en la medida de lo posible los viajes largos. Superada esta etapa, y si el niño no presenta una patología crónica compleja, la vida de la familia debe ser normal.

PRECAUCIONES PARA DISMINUIR EL RIESGO DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA

Los niños de alto riesgo tienen una mayor predisposición para contraer enfermedades respiratorias, particularmente en el primer año de vida, en épocas epidémicas (de abril a septiembre), y especialmente en presencia de enfermedades pulmonares crónicas: Ej. displasia broncopulmonar (DBP).

Existe una alta incidencia de enfermedades de vías respiratorias bajas, con mayor incidencia de broncoespasmo y neumonía, sobre todo en los prematuros. Esto requerirá medicación nueva o adicional, oxígeno o, incluso, re-hospitalización.

El riesgo de re-hospitalización aumenta a medida que disminuye el peso al nacer. En aquellos RN con PN menor o igual a 1500gr. es de 33 a 38% en el primer año de vida. Puede deberse a secuelas de prematuridad o a infecciones agudas pero el medio socioeconómico es uno de los factores que más influyen. Los padres no deben considerar una re-hospitalización como fracaso de sus cuidados. El riesgo disminuye con el crecimiento del niño.

Se sugiere:

- Minimizar la exposición a infecciones.
- Alimentar con leche materna.

⁵ DBP: Displasia Broncopulmonar.

⁶ BOR: Bronquitis Obstructiva Recidivante

- No permitir grandes grupos de personas en el medio que rodea al bebé.
- Limitar el número de personas que lo cuidan.
- Lavarse las manos antes y después de sostener al niño.
- Evitar el contacto con personas afectadas por enfermedades respiratorias o gastrointestinales.
- No se recomienda la asistencia a jardines maternos de los niños de alto riesgo durante los primeros 6 a 12 meses luego del alta, ya que son frecuentemente afectados por enfermedades virales.
- Evitar la exposición al humo de cigarrillo.
- Promover el amamantamiento, aún cuando el bebé no haya recibido leche humana durante la internación.
- Evitar el contacto con animales domésticos.

SEGURIDAD Y PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

Los accidentes, sobre todo en el primer año de vida, están directamente relacionados con los cuidados de los adultos, y son evitables y prevenibles con simples medidas de seguridad.

Los tipos de accidentes varían de acuerdo a la edad del niño.

Las guías anticipatorias sobre seguridad deben adaptarse al nivel de desarrollo del niño.

Guías de prevención de accidentes

1 a 3 meses:

- Aspiraciones, sofocaciones y estrangulamiento:
 - Acostar al niño boca arriba, con la cabeza descubierta, sin almohada.
 - Ropa sin botones.
 - No usar sujetadores de chupetes o adornos.
 - No usar fécula cerca de la cara.
- Quemaduras:
 - No cargar en brazos al bebé mientras se ingieren bebidas calientes.
 - Controlar la temperatura del agua del baño.
 - Evitar el uso de prendas de nylon u otros materiales inflamables.
- Intoxicaciones:
 - Verificar la dosis de medicamentos, no usar directamente en la boca los frascos goteros.
 - No usar insecticidas, pinturas, desodorantes ambientales en las habitaciones donde se encuentre el niño.
 - No dejar medicamentos al alcance de los niños.

3 a 6 meses:

- Aspiraciones, sofocaciones:
 - Que no coma ni beba solo o acostado en su cuna.
 - Evitar juguetes más pequeños que su boca.
 - Baño higiénico con no más de 10cm. de agua en las bañeras, tener todos los elementos a mano para que no permanezca solo en el agua.
- Caídas:
 - Que no permanezca solo en lugares altos, como camas, mesas o cambiadores y camillas.

6 a 12 meses:

- Aspiraciones, sofocaciones:
 - No dar a ingerir alimentos duros o pequeños, como caramelos, maníes, confites.
 - No jugar con bolsas de plástico o cuerdas.
- Caídas:
 - No permanecer en superficies resbaladizas.

Usar zapatos con suelas de goma.
Proteger las escaleras.

• Quemaduras:

Cuidar que el niño no se acerque a fuentes de calor como estufas, horno, braseros.

Usar las hornallas posteriores y no dejar los mangos hacia fuera.

• Accidentes por electricidad:

Proteger los tomacorrientes.

Desconectar los aparatos eléctricos cuando no se usan.

Evitar cables “pelados” o conexiones provisionarias.

Usar disyuntores.

No permitir el juego con o cerca de aparatos electrodomésticos de ningún tipo.

• Intoxicaciones:

Mantener los productos de limpieza, insecticidas, medicamentos –aun los de venta libre– bajo llave o fuera del alcance de los niños.

Medidas de seguridad para el transporte en automóviles

• Colocarlo en un asiento de seguridad para auto en un lugar desde donde pueda ser visto por una persona y siempre en el asiento posterior.

• Utilizar rollos de tela para adecuar el asiento al tamaño del bebé; éstos deben ser colocados a ambos lados del tronco del niño, y por debajo del sujetador de la cadera para evitar deslizamiento.

• Si la cabeza del niño tiende a caer hacia delante, colocar el asiento de modo que se logre una inclinación de 45 grados.

• El broche de retención debe ser ajustado sobre el tórax.

• En niños con riesgo de compromiso respiratorio el transporte debe ser minimizado, de ser necesario monitorear la respuesta cardiorrespiratoria y la saturación de oxígeno en el asiento de auto antes de realizar el traslado.

Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL)

El Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL) es la muerte inesperada de un niño menor de 1 año sin causa aparente.

Posición para dormir de los prematuros sanos

Deben dormir en posición supina (boca arriba) todos los bebés que, independientemente de su peso de nacimiento y/o edad gestacional, no estén cursando una enfermedad pulmonar aguda o apneas, se encuentren con buena evolución clínica y alimentándose por succión.

Los recién nacidos con enfermedad pulmonar aguda oxigenan mejor y tienen mejor función pulmonar en posición prona (boca abajo) pero, luego de sortear esta contingencia es conveniente ir acostumbrándolos a dormir boca arriba previamente al alta hospitalaria.

La recomendación de la posición supina no implica que mientras el niño está despierto no se lo coloque boca abajo, ya que esta posición favorece la adquisición de destrezas motoras.

Las pautas para disminuir el riesgo de SMSL son:

• Alentar posición supina al dormir.

• Estimular la lactancia materna.

• No usar chupetes redondos.

• Evitar el cigarrillo durante el embarazo y en el ambiente en que se encuentra el niño.

• Promover el control médico del embarazo y el control de la salud del niño.

• Evitar el sobre abrigo o sobrecalentamiento del ambiente.

• Colocar las cobijas siempre por debajo de las axilas con los brazos por fuera de las mismas.

• Acostar al niño con sus pies en contacto con el extremo inferior de la cuna.

• No usar almohadas.

• Utilizar colchones duros.

Inmunizaciones

CALENDARIO DE VACUNACIÓN RECOMENDADO POR LA SAP – AÑO 2006

Edad	B.C.G.	Hepatitis A (HA)	Hepatitis B (HB)	Cuádruple (DPT + Hib)	Sabin (OPV)	Tiple Viral (SRP)	Tiple Bacteriana (DPT)	Doble Adultos (dT _a)
	Tuberculosis		Hepatitis B	Difteria Tétanos Tos convulsa HIB	Poliomielítica oral	Sarampión Rubéola Paperas	Difteria Tétanos Tos convulsa	Difteria Tétanos
Recién nacido	1° dosis (*)		1° dosis (**)					
Meses	1							
	2		2° dosis	1° dosis	1° dosis			
	4		3° dosis	2° dosis	2° dosis			
	6		4° dosis	3° dosis	3° dosis			
	12		1° dosis			1° dosis		
Años	18			4° dosis	4° dosis			
	6	Refuerzo			Refuerzo	2° dosis	Refuerzo	
	11		(***)			Refuerzo (****)		
	16							Refuerzo
≥10							Refuerzo	
Embarazadas	Doble adultos dTa, 2 dosis a partir del 5to. mes de embarazo, 1er. Refuerzo al año y 1 dosis cada 10 años.							

(*) Antes del egreso de la maternidad.

(**) Preferentemente en las primeras 12 horas de vida. El Recién Nacido prematuro con peso menor a 2000gr. debe recibir la dosis neonatal (dentro de las 12hs. de vida) y tres dosis más: a los 2, 4 y 6 meses.

(***) Iniciar o completar esquema. Si no recibió el esquema en la infancia, se aplicará el esquema de vacuna contra la hepatitis B con tres dosis pediátricas, la primera en momento 0, la segunda al mes de la primera y la tercera dosis a los 6 meses de la primera.

(****) Si no recibió previamente dos dosis de triple viral o bien de triple viral + una dosis de doble viral (Sarampión + Rubéola).

NORMAS NACIONALES DE VACUNACIÓN

Se acepta completar el esquema de acuerdo a la edad cronológica, independientemente del peso de nacimiento, salvo la indicación de BCG y se sugieren algunos puntos a tener en cuenta:

• **BCG:** aplicar cuando el niño tiene un peso igual o mayor a 2000gr.

• **SABIN:** si el bebé se encuentra todavía internado a los 2 meses, se debe vacunar para polio con vacuna Salk; si no se cuenta con ella, no colocar Sabin por estar contraindicada durante la internación por la eliminación viral.

• **CUÁDRUPLE:** puede aplicarse durante la internación. Se recomienda no aplicar vacuna anticoqueluche (celular, que es la presente en cuádruple y triple estándar) en niños con posibilidades de presentar, o que ya presenten, un cuadro neurológico severo. En estos casos la indicación es la vacuna antipertussis acelular.

OTRAS VACUNAS

• **Vacuna antigripal (influenza):** Recomendada para niños con DBP o cardiopatías congéni-

tas, a partir del 6to. mes y hasta los 3 años, 0,25cc. con intervalo de 4 semanas a partir del mes de marzo. Si ya la había recibido en la estación invernal anterior, se debe indicar una sola dosis de 0,25cc. A partir de los 3 años, 0,5cc. con los mismos intervalos.

• **Vacuna hepatitis:**

Hepatitis A: A partir del año de vida, y a los 6 meses si concurre a jardín maternal.

Hepatitis B: Está recomendada la vacunación para todos los RN al nacimiento, ya que la determinación del estado serológico para HVB no es aún universal para todas las mujeres embarazadas. En el caso de los prematuros con peso inferior a 2.000gr., agregar una dosis complementaria coincidiendo con el resto de las inmunizaciones. (Nacimiento, 2 meses, 4 meses y 6 meses.)

• **Virus Sincicial Respiratorio (VSR):** Los niños de muy bajo peso al nacer y aquellos con DBP están en riesgo de padecer infecciones respiratorias bajas por VSR durante el final del otoño e invierno. Muchos de ellos pueden requerir internación y quedar con una enfermedad respiratoria crónica o agravar la ya existente, requiriendo oxígeno suplementario, broncodilatadores y/o diuréticos.

Los intentos para desarrollar una vacuna no han sido exitosos. Se ha probado el uso de gammaglobulina en administración endovenosa, y más recientemente de anticuerpos monoclonales intramusculares como inmunización pasiva contra VSR (palivizumab), que tiene un costo actualmente elevadísimo. Esta última opción podría disminuir la incidencia de reinternaciones por dicha patología, si bien no la mortalidad ni la necesidad de ARM.

Es necesario administrar dosis repetidas mensualmente durante la época de mayor incidencia (abril a septiembre). Dicha prevención debe quedar limitada a los niños de mayor riesgo.

La Sociedad Argentina de Pediatría recomienda poner énfasis en las medidas generales de prevención de las infecciones respiratorias agudas bajas y en forma más estricta en los grupos de riesgo ya mencionados.

La indicación de palivizumab debiera restringirse a los siguientes pacientes de riesgo y según el criterio del médico tratante:

- Prematuros extremos (peso al nacer menor a 1000gr. y edad gestacional menor o igual a 28 semanas) con o sin DBP, durante su primera estación invernal en el hogar.
- Pacientes con DBP de 2 años de edad o menores al comienzo de la estación de VSR, si han requerido oxígeno u otro tratamiento dentro de los 6 meses previos.
- Prematuros de muy bajo peso al nacer (menor a 1500gr.) y edad gestacional menor a 32 semanas que hayan padecido patología neonatal grave, especialmente respiratoria, considerando cada caso en particular.
- No se recomienda el uso en caso de infección por VSR establecida ni en la prevención de diseminación en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. En estos casos se deben priorizar las medidas generales de control de infecciones respiratorias.

Nota: extraído de GUÍA PARA SEGUIMIENTO DE RECIÉN NACIDOS DE RIESGO, Unidad Coordinadora Ejecutora de Programas Materno Infantiles y Nutricionales, Noviembre de 2001, Ministerio de Salud.

Síndrome del niño vulnerable

¿Qué es el síndrome del niño vulnerable?

La angustia de haber tenido un niño en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales inclina a muchos padres a lo que se ha dado en llamar el Síndrome del niño vulnerable. Dichas actitudes pueden llevar a una sobre indulgencia o exceso de permisividad.

Las familias pueden tener problemas con la imposición de límites, lo que puede interferir con el normal desarrollo del niño, que puede volverse dependiente, demandante, o manifestar

una conducta descontrolada.

A la inversa, otro aspecto de este síndrome es la presencia de una mayor incidencia de niños golpeados o abandonados por falta de apego.

Las familias deben tratar de lograr una vida cotidiana lo más "normal" posible en el cuidado y actividades diarias de su niño, para el desarrollo de un vínculo saludable.

¿Cómo prevenir el síndrome del niño vulnerable? (*)

Desde un principio los padres deben procurar relacionarse con su hijo de la misma manera que lo harían si su niño hubiera nacido luego de una gestación completa.

Animarlo a que trate con otros niños y a que realice actividades apropiadas para su edad.

La expectativa de los padres durante los primeros dos años de vida, deben tener relación con la "edad corregida" del niño. Por ejemplo, si el bebé tiene 10 meses y nació 3 meses prematuramente, sus expectativas deberían ser aquellas que se esperan de un bebé de 7 meses. Después de la edad de 2 años, no hay que corregir su edad de esta manera.

Algunas cosas que se puede hacer para prevenir el síndrome del niño vulnerable son:

- Incentivar el trato del niño con otros niños de su edad.
- Alentarlo a realizar actividades sólo cuando pueda hacerlas.
- Darle la oportunidad de tomar decisiones, ofrecerle alternativas.
- Encontrar oportunidades para jugar fuera de la casa, tales como parques y grupos de juego.
- Elogiar sus logros.
- No apresurarse a intervenir cuando el niño esté aprendiendo por acierto y error.
- Poner límites apropiados y ser coherente con ellos.
- Establecer rutinas para que sepa qué esperar y pueda desarrollar independencia.
- No hablar por ellos si son capaces de expresarse por sí mismos.
- Hablarles de una manera apropiada para su edad (por ejemplo, no usar lenguaje infantil para dirigirse a un niño de 3 años de edad).

(*) Extraído de PARA LOS PADRES DEL BEBÉ PREMATURO - RESPUESTAS A PREGUNTAS QUE SE HACEN FRECUENTEMENTE - Programa de la Universidad de Wisconsin y el Centro de Cuidado Prenatal en el Hospital Meriter, Madison, Wisconsin, EE.UU.

Bibliografía consultada

“Guía para seguimiento de recién nacidos de riesgo.”; Unidad Coordinadora Ejecutora de Programas Materno Infantiles y Nutricionales; Noviembre de 2001, Ministerio de Salud.
<http://www.msal.gov.ar/htm/site/promin/UCMISALUD/publicaciones/publicaciones.htm>

“Para los padres del bebé prematuro-respuestas a preguntas que se hacen frecuentemente”; Programa de la Universidad de Wisconsin y el Centro de Cuidado Prenatal en el Hospital Meriter, Madison, Wisconsin, EE.UU.

SITIOS EN INTERNET

Retinopatía del Prematuro www.rop21.com.ar

Prueba Nacional de Pesquisa PRUNAPE
<http://www.garrahan.gov.ar/prunape/padres.html>



APAPREM
ASOCIACION ARGENTINA DE
PADRES DE NIÑOS PREMATUROS

Tel: (011) 4709-6645, 15-5561-2438 o dejar mensajes en 4703-2333, int. 264 de 10 a 17hs.
Crámer 4601- Ciudad Autónoma de Bs.As.

INFOAPAPREM@APAPREM.ORG.AR

WWW.APAPREM.ORG.AR