



SEGUIMIENTO DEL NIÑO PREMATURO MENOR DE 2000 GRAMOS AL NACER.



MINISTERIO
DE SALUD



SECRETARÍA DE
INNOVACIÓN



Sabrina Rebeca Santana Valencia

Médico Pediatra.

*Colaboradora Técnica Médica y Referente de
Niñez y Adolescencia.*

Región de Salud Central, MINSAL.

*Miembro del Comité Nacional de los
Lineamientos de Atención Integral a niñas y
niños menores de 10 años.*



MINISTERIO
DE SALUD



SECRETARÍA DE
INNOVACIÓN



Agenda

1. Definición y Epidemiología
2. Factores de Riesgo
3. Aspectos Importantes del Seguimiento del Prematuro menor de 2000 gramos



MINISTERIO
DE SALUD



SECRETARÍA DE
INNOVACIÓN



DEFINICIÓN:

Recién nacido prematuro es aquel que nace antes de completar la semana 37 de gestación.

EPIDEMIOLOGÍA

- Según OMS, cada año nacen 15 millones de niños prematuros. (1 de cada 10)
- Mayor mortalidad, 7 a 8 veces superior que niños de término.
- Mayor morbilidad post – parto
- Actualmente dentro de las primeras causas de Mortalidad Neonatal, a nivel nacional.
- Genera un gasto importante en el presupuesto del MINSAL.
- Se observa más en países sub - desarrollados.



FACTORES DE RIESGO

MATERNOS	FETALES	PLACENTARIOS	UTERINOS
EDAD	ANOMALIAS CONGENITAS	PLACENTA PREVIA	MIOMAS
PESO Y TALLA BAJA	EMBARAZOS MÚLTIPLES	DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA	MALFORMACIONES
ANTECEDENTES DE PARTO PREMATURO	MACROSOMIA FETAL		INCOMPETENCIA CERVICAL
INFECCIONES	MUERTE FETAL		
ENFERMEDADES SISTÉMICAS			
CONTROLES INADECUADOS			



Lineamientos técnicos para la atención
integral en salud del prematuro con peso
menor de dos mil gramos al nacer



AMBITO DE APLICACIÓN

Están sujetos al cumplimiento de los presentes lineamientos técnicos, el personal de salud en los establecimientos de los diferentes Niveles de atención que conforman las RIIS.



MINISTERIO
DE SALUD



SECRETARÍA DE
INNOVACIÓN



OBJETIVOS

GENERAL:

Definir la atención integral en salud de los y las prematuros(as) menores de dos mil gramos al nacer, en los establecimientos que funcionan en RIIS, posterior a ser dados de alta hospitalaria, que permita integrar a la familia y comunidad al proceso de atención integral.

ESPECÍFICOS:

- ✓ Estandarizar criterios para la atención y seguimiento del prematuro hasta los 5 años de vida.
- ✓ Fortalecer los conocimientos teóricos sobre las principales complicaciones que puede presentar el niño prematuro.
- ✓ Favorecer la coordinación interinstitucional en el seguimiento y manejo del prematuro.



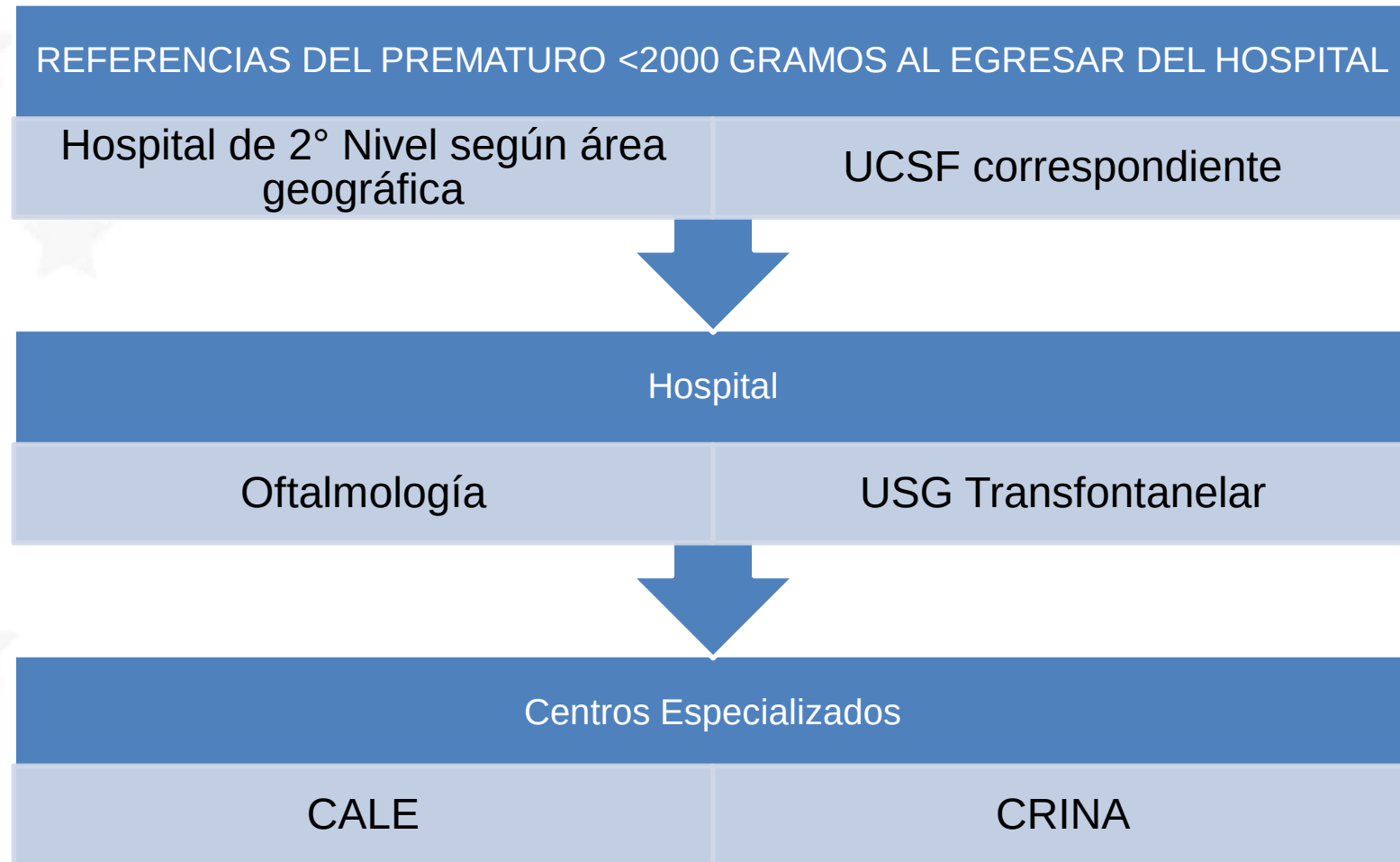
CONCEPTOS BÁSICOS



- **Prematuro(a):** Niño(a) que nace antes de haberse completado 37 semanas de gestación. (Según la OMS).
- **Edad Gestacional:** Periodo comprendido entre la concepción y el nacimiento. Se mide en semanas.
- **Edad Cronológica:** Edad que tiene el niño o niña desde el momento del nacimiento.*
- **Edad Corregida:** Edad que tuviera el niño o niña si hubiera nacido a las 40 semanas de gestación.*



Atención ambulatoria del bebé prematuro menor de 2000 gramos al nacer.



Frecuencia de las consultas de control HOSPITAL

✓ Durante el primer año:

- En la primera semana después de haber sido dado de alta.

Si en este control se identifica que no ha ganado el peso esperado, debe citarse para consulta de control **cada semana** hasta lograr una ganancia de peso constante de **10 a 20 gramos** al día.

- Al mes posterior del alta.
- Cada mes, **alternando** un control en el **HOSPITAL** y un control en la **UCSF**.

✓ Durante el segundo y tercer año:

Cada cuatro meses.

✓ En el cuarto y quinto año:

Cada seis meses

Debemos de estar pendiente del cumplimiento de las citas de las especialidades antes mencionadas.



MINISTERIO
DE SALUD



SECRETARÍA DE
INNOVACIÓN



Seguimiento en la UCSF

El prematuro debe ser evaluado por el personal **de mayor experiencia** en la UCSF y en las UCSFE por el Pediatra.

Debe ser evaluado de acuerdo a la **Edad Corregida** durante los primeros **tres años de edad**, los controles deben cumplirse de la siguiente manera:

Grupo de edad	Consultas (control o visita de terreno)
Menor de veintiocho días	Seguimiento semanal: alternando consulta por el médico y en la comunidad por promotor y enfermera. Valoración a los catorce días por el pediatra del Ecos Especializado.
Menor de tres meses	Un control mensual Una visita domiciliar
De tres a seis meses	Un control mensual Una visita domiciliar
De seis a doce meses	Un control mensual Una visita domiciliar
Transicional (uno a dos años)	Al menos un control trimestral Una visita domiciliar semestral
Preescolar (dos a cinco años)	Al menos un control trimestral Una visita domiciliar semestral



Seguimiento en la UCSF

Los prematuros que nacieron con peso < **1500 gramos** o que hayan tenido una estancia hospitalaria **> 40 días, INDEPENDIENTEMENTE** del peso deben ser evaluados de la siguiente manera:

- ✓ 1era. evaluación a la semana del alta hospitalaria, por el pediatra del Ecos Especializados, y brindar seguimiento de acuerdo a la tabla anterior.
- ✓ Debe ser evaluado cada 2 meses en el hospital de 2do. nivel de la RIIS que corresponda, y en cada control en el Ecos Familiar debe dársele seguimiento a las indicaciones del Ecos Especializado o del hospital.
- ✓ En caso que aún no esté en control en el hospital, debe referirlo para su seguimiento, **Aunque esté sano.**

Se finaliza a los **cinco años de vida**, posterior a lo cual se debe continuar los controles establecidos para los niños de cinco a nueve años.



MINISTERIO
DE SALUD



SECRETARÍA DE
INNOVACIÓN



CALCULO DE LA EDAD CORREGIDA

EJEMPLO

✓ Paso 1:

Calcular Ajuste de la Prematurez = $40 - EG$

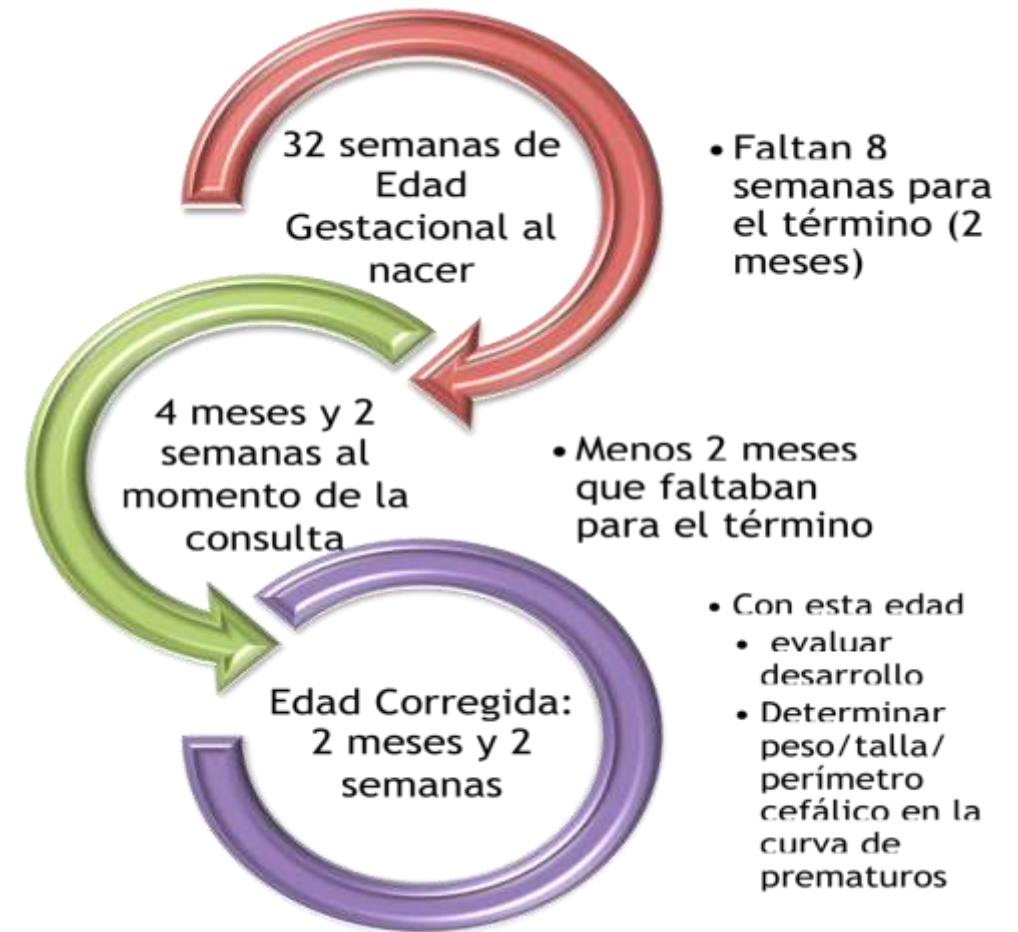
✓ Paso 2:

Ajuste de la Prematurez en meses = $AP / 4$

✓ Paso 3:

Calculo de la Edad Corregida =

Edad Cronológica - AP en meses = Edad Corregida



¿QUE PARAMETROS EVALÚO CON LA EDAD CORREGIDA?



Vacunación

- La vacunación se realiza con Edad Cronológica.
- Hepatitis B al nacimiento, BCG al alcanzar los 2500 gramos y luego según Esquema Nacional.



Alimentación

- Inicia a los 6 meses de Edad Corregida

**(6 MESES+AJUSTE DE LA
PREMATUREZ)**

Crecimiento y Desarrollo

- Curvas especiales de acuerdo a edad corregida
- Evaluación desarrollo psicomotor de acuerdo a edad corregida, y a través del tiempo debe ir alcanzado el desarrollo de la edad cronológica
- Utilizar “Escala simplificada del desarrollo”

Alimentación en el niño prematuro menor de 2000 gramos.

De Cero a 6 meses.

- ✓ **La Leche Materna es el alimento ideal para todo niño y niña, incluyendo los prematuros.**
- ✓ **20-30 gramos/día Ganancia de Peso.**
- ✓ **Cada onza de LM = 20 cal. y 1 ml equivale a 0.67 calorías.**
- ✓ La alimentación del niño y niña prematuros debe ser aportada de acuerdo a la **EGC** con los siguientes requerimientos:
 - **Calorías:** 120/140 kcal/Kg/día en prematuros sanos.
 - **Proteínas:** 2.7 a 3.5 g/Kg/día. (Importante no exceder por compromiso renal)
 - **Grasas:** 4 a 6 gr/Kg/día
 - **Carbohidratos:** 12 a 14 gr/Kg/día

A partir de los 6 meses

Alimentación complementaria con **EGC**, si ya tiene control cefálico. (Guías clínicas de atención hospitalaria del neonato y Guía alimentaria basada en alimentos para la población salvadoreña).



Suplementación con Micronutrientes.

Debe iniciarse en el(la) prematuro(a) **a partir de las dos semanas de vida (EDAD CORREGIDA)**, así:

- ✓ **Vitamina “A”** no debe exceder de 1,500 UI/día.
- ✓ **Vitamina “E”** no debe exceder de 25 UI/día.
- ✓ **Vitamina “D”** debe darse como mínimo 400 UI/día, no debe exceder de 600 UI/día, la cual debe administrarse a partir de los quince días de vida hasta el año de Edad Corregida.
- ✓ Idealmente los suplementos vitamínicos orales para el prematuro deben incluir complejo B en su formulación.

Deben ser prescritos por el Pediatra o Neonatólogo y los médicos del primer nivel de atención vigilaran que los responsables del niño o niña se los cumplan.

***Consultar Lineamientos técnicos para la suplementación con micronutrientes en el ciclo de vida**



MINISTERIO
DE SALUD



SECRETARÍA DE
INNOVACIÓN



Minerales y elementos traza.

- ✓ Hierro elemental a 4mg/kg/día en los menores de 1500 g o menores de 32 semanas y 2 a 4 mg./kg./día, en las/os prematuros mayores de 1500 gramos sin exceder 15 mg/día a partir de las **cuatro semanas de vida** hasta la introducción de alimentación complementaria rica en hierro como las carnes rojas. **En aquellos pacientes que reciben en su alimentación fórmulas debe descontarse 1.5 mg/k/día.**
- ✓ Zinc: El paciente prematuro no requiere suplementos adicionales de zinc ya que están contenidos en la fórmula. **Los alimentados al seno materno exclusivo deben recibir de 0.5 mg/kg/día, máximo 5 mg. al día.**



Vigilancia del crecimiento del prematuro.

- ✓ Para fines del **monitoreo del crecimiento**, debe utilizarse el concepto de **edad corregida hasta los tres años de edad**. Posteriormente se utilizará los gráficos implementados para niños de término.



MINISTERIO
DE SALUD



SECRETARÍA DE
INNOVACIÓN



Monitoreo de Medidas Antropométricas

PESO

Hasta los 3 meses post alta de 20 – 30 g/día

Después de los 3 meses hasta los 12 meses de 10 – 15 g/día

- Si al plotear éste cae **por debajo del percentil 5**, clasificar al prematuro en **DESNUTRICIÓN**: investigar la ingesta calórica, patrones de alimentación y descartar alguna patología sobre agregada.
- Si la tendencia está **horizontal o aplanada** debe diagnosticarse pobre ingesta o mala técnica de alimentación, infecciones ocultas o reflujo gastroesofágico.
- Si es **descendente**, posterior al diagnóstico de pobre ingesta o mala técnica de alimentación, debe descartarse patología infecciosa aguda o crónica, cardiopatía o considerar otra morbilidad.

**SE ESPERA QUE EL PREMATURO ALCANCE SU PESO NORMAL,
CON RELACIÓN A UN NIÑO DE TÉRMINO, A LOS 24 MESES**



MINISTERIO
DE SALUD



SECRETARÍA DE
INNOVACIÓN



Monitoreo de Medidas Antropométricas.

LONGITUD

- ✓ Deben verificarse incrementos **de 0.7 a 1.0** centímetros semanales hasta los **primeros tres meses** post alta.
- ✓ Posteriormente un incremento de longitud de **0.4 a 0.6 centímetros semanales de los tres a doce meses de edad cronológica.**
- ✓ Alrededor de los dos a los dos años y medio, la diferencia del crecimiento entre el prematuro(a) y el (la) niño(a) de término desaparece.
- ✓ Si la tendencia es horizontal o aplanada, verificar técnica de medición, alimentación, factores genéticos, endocrinos, etc.



Monitoreo de Medidas Antropométricas.

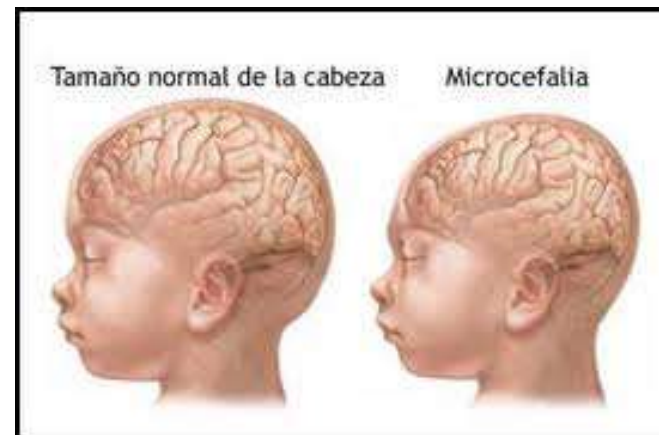
PERIMETRO CEFALICO

Se toma como crecimiento correcto, cuando el perímetro cefálico aumenta **0.6 a 0.90 centímetros/semana**, hasta las cuarenta semanas de Edad Corregida.



Figura 4. Perímetro cefálico, punto máximo del occipicio y glabella.

A los **dieciocho meses de edad**, se espera que el perímetro cefálico esté en el percentil cincuenta en las tablas de los niños de término. Cuando esto no sucede, se considera un factor de mal pronóstico de neurodesarrollo.



Vigilancia del Neurodesarrollo.

- ✓ De acuerdo a Edad Corregida.
- ✓ Usar de referencia la escala simplificada del desarrollo.
- ✓ **Verificar signos de alarma descritos en la Tabla 2 del LÍNEAMIENTO de Atención Integral al prematuro menor de 2000g.**
- ✓ Si se detecta la presencia de algún signo de alarma se debe referir a interconsulta con neurólogo y fisioterapia al Centro de Rehabilitación Integral para la Niñez CRINA, CRIOR o CRIO.



Otros riesgos a vigilar en el prematuro durante su control.

- ✓ Desnutrición e hipocrecimiento. (Riesgo nutricional).
- ✓ Osteopenia del prematuro.
- ✓ Anemia del prematuro. (Ver tabla 6 Cifras de Hb en el primer año de vida).
- ✓ Patología respiratoria. (Aguda y Crónica)
- ✓ Secuelas cardíacas
- ✓ Discapacidad motora
- ✓ Variaciones neurológicas normales y anormales.
- ✓ Alteraciones neurosensoriales.
- ✓ Alteraciones de la conducta y dificultades de aprendizaje.
- ✓ Deformidades craneofaciales, malposición y maloclusión dental.
- ✓ Problemas quirúrgicos.
- ✓ Muerte súbita del lactante prematuro.



Folder del Prematuro.

- ✓ 1 Folder por establecimiento.
- ✓ 1 Ficha de control de niño y niña con antecedentes de prematurez, por cada paciente prematuro, numerada correlativo anual.
- ✓ Debe actualizarse por el recurso que de la atención.
- ✓ Incluir en la hoja el seguimiento a las especialidades y diagnósticos nuevos.

Anexo 7
Ministerio de Salud
Dirección de Apoyo de la Gestión y Programación Sanitaria
Unidad de Atención Integral e Ingresos a la Salud

N.º Correlativo: _____

Ficha de control del niño y la niña con antecedente de prematurez

Hospital de seguimiento: _____ Expediente: _____
Nombre del niño(a): _____
Nombre del responsable: _____
Hospital de nacimiento: _____ Hospital de egreso: _____
Fecha de nacimiento: _____ Peso al nacimiento: _____
Edad gestacional al nacimiento: _____
Edad cronológica a la inscripción: _____
Programa Canguro: Si ☐ No ☐

Edad al Diagnóstico	Oftalmología	Control de secuelas		
		Audiología	Neurología	Respiratorios

Fecha	Edad	Control de ingresos
		Diagnóstico al alta

Observaciones: _____

Fecha de egreso del programa: _____ Vivo ☐ Fallecido ☐
Percentil al egreso del programa: Peso _____ Talla _____ Perímetro cefálico _____



MINISTERIO
DE SALUD



SECRETARÍA DE
INNOVACIÓN



Muchas Gracias!!!

- Preguntas



