



Seguimiento del Recién Nacido de Riesgo

Coordinadora: Dra Ana M Valenti

Secretaria: Dra Cecilia Sanchez

Disertantes: Dra. Marisa Maricel Mariani

Dra. Mónica Brundi

Dra. María Isabel Scaramutti

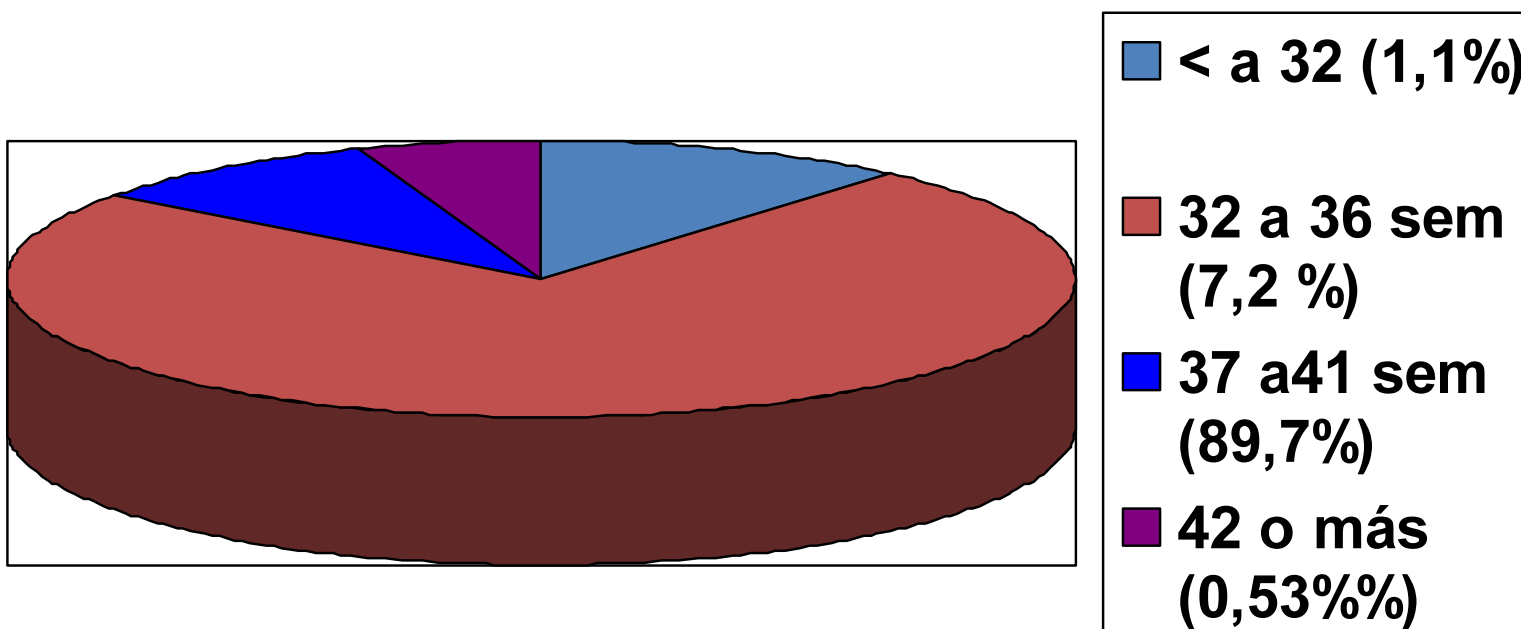
Ud. es el pediatra de un niño que nació prematuro tardío. La madre quiere saber qué significa

1. RN entre 33 y 36.6 semanas de EG con mayor morbimortalidad que un RN pretérmino
2. RN entre 32 y 36.6 semanas de EG con menor morbimortalidad que un RN término
3. RN entre 34 y 37 semanas de EG con mayor morbimortalidad que un RN pretérmino
4. RN entre 34 y 36.6 semanas de EG con mayor morbimortalidad que un RN término
5. RN entre 34 y 37 semanas de EG con igual morbimortalidad que un RN pretérmino

Ud. es el pediatra de un niño que nació prematuro tardío. La madre quiere saber qué significa

1. RN entre 33 y 36.6 semanas de EG con mayor morbimortalidad que un RN pretérmino
2. RN entre 32 y 36.6 semanas de EG con menor morbimortalidad que un RN término
3. RN entre 34 y 37 semanas de EG con mayor morbimortalidad que un RN pretérmino
4. RN entre 34 y 36.6 semanas de EG con mayor morbimortalidad que un RN término
5. RN entre 34 y 37 semanas de EG con igual morbimortalidad que un RN pretérmino

Argentina año 2015 RN vivos





Sociedad Argentina de Pediatría

Dirección de Congresos y Eventos

Filial Córdoba



La Niñez de Hoy

**38° CONGRESO
ARGENTINO
de PEDIATRÍA**

"Desafío, oportunidad y esperanza"

26, 27, 28 y 29 de septiembre de 2017

PATOLOGÍA RESPIRATORIA

Maricel Mariani

Caso clinico

- Ud atiende en consultorio a un niño de dos años cuya madre está embarazada de 7 meses. Acude a Uds como profesional que conoce y en quien confía.
- Le pregunta su opinión al respecto del nacimiento de su próximo hijo que será por cesárea programada, ya que optara por realizar una ligadura de trompas, y por cesárea anterior
- El Obstetra le ofrece realizar una cesárea al las 36 semanas para no arriesgar iniciar trabajo de parto.
- Ella quiere saber su opinión sobre este punto y pregunta:

Indique la opción respuesta correcta

1. A las 36 semanas el bebé está maduro y no tendrá diferencias con otros niños de termino
2. Ese bebé está aún en proceso de maduración fetal y tendrá más riesgo de complicaciones neonatal es que son fácilmente tratables con los medios de que dispone la medicina hoy en día.
3. Un niño con esa edad gestacional al nacer tendrá más riesgo de complicaciones en el periodo neonatal inmediato y más riesgo a distancia de desarrollar por ejp coriza y asma.

Indique la opción respuesta correcta

1. A las 36 semanas el bebé está maduro y no tendrá diferencias con otros niños de termino
2. Ese bebé está aún en proceso de maduración fetal y tendrá más riesgo de complicaciones neonatal es que son fácilmente tratables con los medios de que dispone la medicina hoy en día.
3. Un niño con esa edad gestacional al nacer tendrá más riesgo de complicaciones en el periodo neonatal inmediato y más riesgo a distancia de desarrollar por ejp coriza y asma.

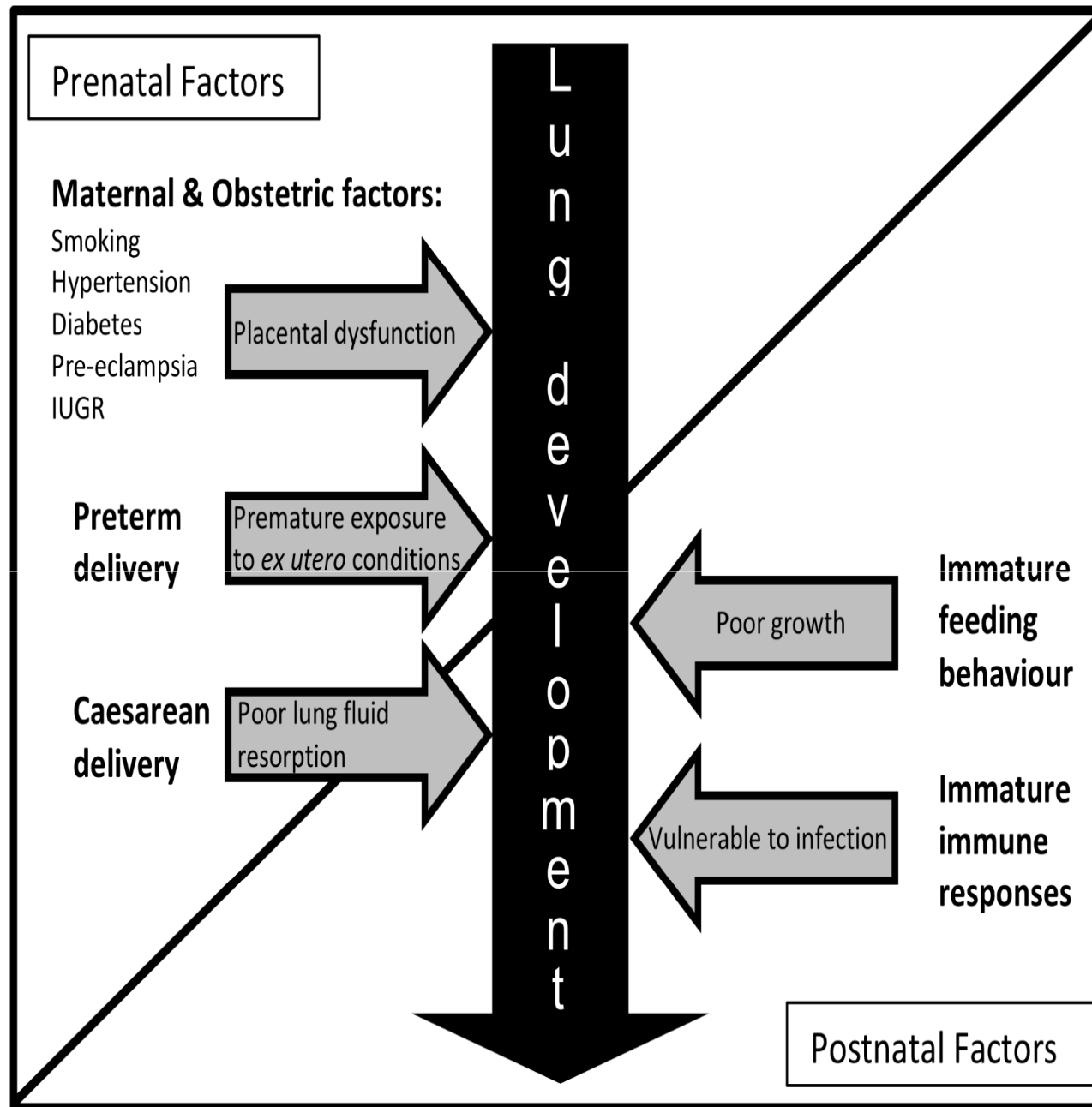
Pretermino tardío

Aspectos respiratorios

El desarrollo pulmonar es un proceso complejo y vulnerable

Puede ser influenciado por múltiples factores,
pre y post natales.

La alveolización del pulmónes ocurre en el
último trimestre , por eso el nacimiento
prematuro puede afectarla.



2.1 Consequences of prematurity

Cambios en la estructura pulmonar ocurren en el último trimestre

- El volumen total experimenta cambios rápidos en el último trimestre de gestación :
- El pulmón , A las 34 semanas solo alcanza el 47% del volumen final
- Las paredes de la vía aérea decrecen en espesor
- El espacio aéreo cuadruplica el área de 1 a 4 m².

Cambios funcionales en el último periodo de la gestación

Incluyendo cambios en la maduración de los canales de Na

Es decir al no cumplir completamente su desarrollo el pulmón es más ineficiente en la depuración de líquido amniótico.

La prematurez

Se asocia por lo tanto a una interrupción del desarrollo pulmonar normal intraútero que altera, de forma significativa, las propiedades mecánicas del pulmón y de las vías aéreas.

* vías aéreas que resultan ser más pequeñas en relación al volumen y al parénquima pulmonar, (aunque pueden crecer después durante la vida extrauterina)

* Se ha descrito un incremento del tono bronquial y una disminución de la elasticidad pulmonar secundaria a una alveolarización anormal.



Si evaluamos la inmunidad.

- La prematurez interrumpe el pasaje transplacentario de atc maternos.
- La madurez de los linfocitos aún no se completa
- Lo cual hace más susceptibles a los prematurez a los procesos infecciosos en especial los virales.
- Según las estadísticas la frecuencia de enfermedad por Vrs se da en 57/1000 no muy lejos del 66/1000 de los pretérminos menores de 32 semanas.

Table 1 Studies comparing long-term outcomes in individuals born late preterm with those in individuals born at term

	Study design	Late preterm	Term	Outcomes: late preterm vs term
Bird <i>et al</i> 2010[36] US	State wide insurance claims case control Matched according to propensity score Births 2001-2005, excluded multiple births and those with congenital anomalies	5188 infants 34 0/7-36 6/7 weeks	15303 infants 37 0/7-42 6/7 weeks	Additional first year health costs Outpatient \$108, 95%CI \$58-\$158 Inpatient \$597, 95% CI \$528-\$666 Total \$734, 95% CI \$630-\$829 Rehospitalisation within first year OR 1.11, 95% CI 1.01-1.23
Harju <i>et al</i> 2014[41] Finland	Retrospective single centre case control Births 1989-2008	2355 individuals 33 0/7-36 6/7 weeks	22804 individuals 39 0/7-40 6/7 weeks	Asthma at any time OR 1.7, 95% CI 1.4-2.0
Boyle <i>et al</i> 2012[2] UK	Secondary analysis of birth cohort data Births 2000-2002	1107 children 34 0/7-36 6/7 weeks	12540 children 39 0/7-41 6/7 weeks	Wheeze or asthma at 3 years OR 1.3, 95% CI 1.0-1.5 Wheeze or asthma at 5 years OR 1.5, 95% CI 1.2-1.8 Asthma medication at 5 years OR 2.2, 95% CI 1.6-3.1
Berard <i>et al</i> 2012[40] Canada	Health record based health economic analysis Births 1997-2000	2051 children 33 0/7-36 6/7 weeks	33682 children 37 0/7	Health costs first 2 years of life CR 1.99, 95% CI 1.90-2.09 Health costs third year of life CR 1.46, 95% CI 1.39-1.54 Conditions in first 3 years Bronchitis/bronchiolitis OR 1.64, 95% CI 1.13-2. Asthma OR 1.2, 95% CI 1.11-3.30 Pneumonia 1.17, 95% CI 1.05-1.30 Other upper respiratory condition OR 1.16, 95% CI 1.06-1.28 Other respiratory condition OR 1.23, 95% CI 1.09-1.38
Crump <i>et al</i> 2011[47] Sweden	National registry data Births 1973-1979, excluded multiple births	22590 adults 34 0/7-36 6/7 weeks	626723 adults 37 0/7-42 6/7 weeks	Mortality 1-5 years and 18-36 years but not 6-12 or 13-17 years inversely related to gestation Mortality 18-36 years HR 1.31, 95% CI 1.13-1.50
Goyal <i>et al</i> 2011[42] US	Retrospective multi-centre cohort study from electronic records Births 2007, excluded those with congenital anomalies	582 infants 34 0/7-36 6/7 weeks	5540 infants 39 0/7-42 6/7 weeks	Within first 18 months Asthma OR 1.26, 95% CI 0.92-1.73 Persistent asthma OR 1.68, 95% CI 1.01-2.80 Corticosteroid use OR 1.66, 95% CI 1.20-2.29 Acute respiratory visits IRR 1.44, 95% CI 1.24-1.67
Vrijlandt <i>et al</i> 2013[48] Netherlands	Prospective multi-centre cohort with term controls	988 children 32 0/7-35 6/7 weeks	573 children 38 0/7-41 6/7 weeks	Respiratory symptoms in first year 22% vs 13%, p<0.001 Cough/wheeze during a cold age 4 years % vs 3% p<0.001 Cough/wheeze without a cold age 4 years 23% vs 15% p<0.001 Use of inhaled steroids age 4 years 9% vs 6% p=0.036 Asthma age 5 years 10% vs 6% p=0.022
Abe <i>et al</i> 2010[45] US	Nationally representative cross-sectional survey, excluded multiple births	537 children 34 0/7-36 6/7 weeks	5650 children 37 0/6-41 6/7 weeks	Aged 2-83 months at time of survey Asthma HR 1.3, 95% CI 0.8-2.0
Crump <i>et al</i> 2011[46] Sweden	National registry data Births 1973-1979	21918 adults 33 0/7-36 6/7 weeks	579359 adults 37 0/7-42 6/7	Assessed at age 25-35 years Extreme preterm birth associated with increased prescription of asthma medications but late preterm birth was not OR 0.97, 95% CI 0.9-1.04
Escobar <i>et al</i> 2010[43] US	Registry based prospective cohort Births 1996-2002	4288 children 34 0/7-36 6/7 weeks	50092 children 38 0/7-40 6/7 weeks	Recurrent wheeze third year of life OR 1.23, 95% CI 1.07-1.41

Original English language articles investigating late preterm infants with a clear comparison group identified from PubMed, MEDLINE, Embase, and Cochrane trials databases (July 2010-October 2014) search terms "34 weeks" or "35 weeks" or "36 weeks" and "late preterm" or "near term" and "complications" or "morbidity" or "outcome" including references identified in original articles or reviews identified by the above search. Abbreviations: IRR incidence risk ratio, HR hazard ratio, CR cost ratio, OR odds ratio, CI confidence interval.

[The Journal of pediatrics](#)

Author Manuscript

HHS Public Access

Respiratory Function in
Healthy Late Preterm Infants
Delivered at 33-36 Weeks of
Gestation

Cindy McEvoy, MD, MCR,
Sridevi Venigalla, MD, [...],
and Thuan Nguyen, PhD

Compara cohorte de RNPT tardíos sanos , que no requirieron terapia respiratoria por ARM, ni oxigenoterapia por más de 12 hs , a las 40 sem de egc, versus rnt sanos

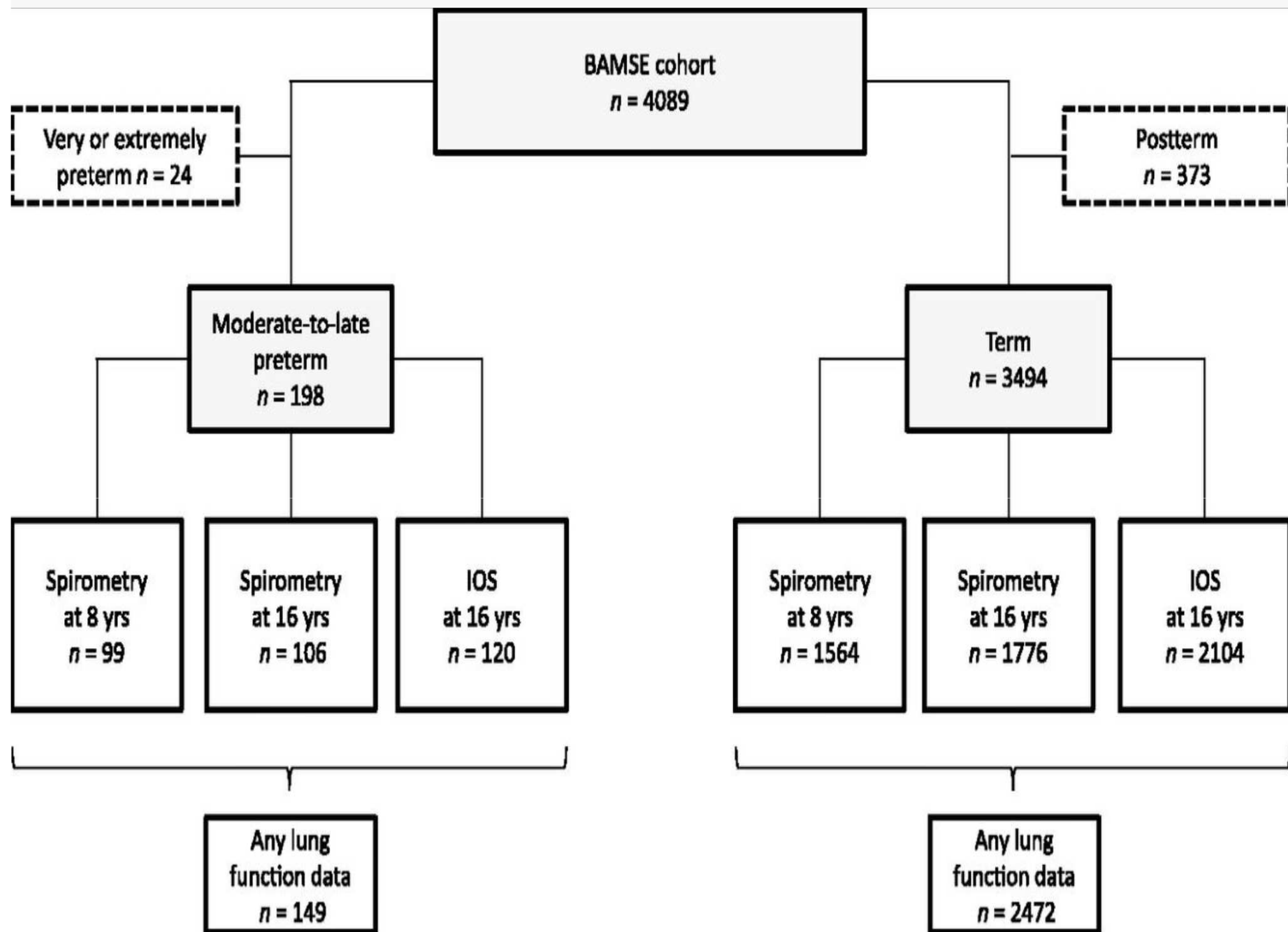
- Randomizaron ambos grupos y realizaron análisis multivariado para homogeneizar variables confusionales, generó, crecimiento, antecedentes maternos de tabaquismo, etc.
- Los resultados de las pruebas mostraron menor complaiens y flujos expiratorioas , en los pretérminos al llegar a las 40 semanas . Lo que muestra un retraso en los procesos de maduración pulmonar exutero.

Pediatrics

March 2016

Lung Function at 8 and 16 Years After Moderate-to-Late Preterm Birth: A Prospective Cohort Study

Per Thunqvist, Per M. Gustafsson, Erica S.
Schultz, Tom Bellander, Eva Berggren-
Broström, Mikael Norman, Magnus
Wickman, Erik Melén, Jenny Hallberg



Pt moderados y tardíos, evaluados con espirometria a los 8 años y a los 16 años

- Volumen expiratorio forzado en 1 seg fue menor que en sus pares de termino, aún ajustando otras variables epidemiologicas.en las niñas.
- En ambos géneros el mismo parámetro a los 16 años fue menor que en los pares de termino.
- Y también hubo diferencias en los resultados de las pruebas oscilometricas para resistencia en la vía aérea.
- Demostrando que al menos la maduración a largo plazo es diferente es estos grupos de pacientes.

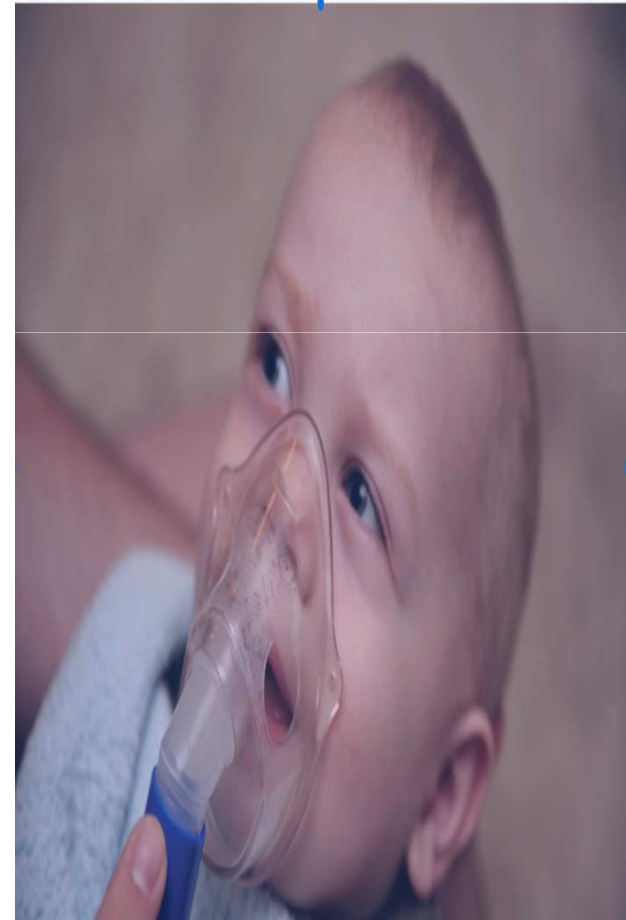
Pediatrics

October 2013, VOLUME 132 / ISSUE 4

Late Preterm Infants: Near Term But Still in a
Critical Developmental Time Period
Amir Kugelman, Andrew A. Colin

Los costos en la atención a la prematurez y su impacto en el desarrollo pulmonar son significativos

- Ya que los estudios epidemiológicos muestran que de los menores de dos años que se internan por problemas respiratorios, en un 30 % de los casos presentan antecedentes de prematurez.
- Y de los pretérminos que se internan un tercio son pretérminos tardíos.
- Las estancias hospitalarias por estas internaciones son más prolongadas que las de sus pares de término.
- Los costos de las mismas exceden en una y medio más las de los pares de término.



Que podemos hacer para mejorar esta situación

- Lo mejor es prevenir la prematuridad tardía, evitando los nacimientos programados por causas no debidamente justificadas.
- Si la causa es debidamente justificada, la maduración pulmonar con corticoides prenatales es fundamental para prevenir la injuria por oxidación, volu y barotrauma postnatal.
- Si hubo maduración o no la hubo, y nació el bebé pretermino tardío por causa debidamente justificada o no, hay que evitar que en el periodo postnatal el niño tenga riesgos de exposición a alérgenos, humos de cigarrillo, lograr que se alimente con leche específica, logrando la mejor curva de crecimiento, y finalmente evitar las infecciones, con medidas de prevención ambiental y con las vacunas específicas para el bebé y su grupo familiar.

La madre embarazada que está consultando con Uds, le pregunta que opina de que se aplique vacunas durante el embarazo. Ya que el Obstetra le indicó vacuna acelular para prevención de coqueluche y vacuna antigripal

1. Le contesta que es correcto
2. Le contesta que no es necesario ya que recibió las vacunas durante el embarazo anterior hace 3 años.
3. Le contesta que la vacuna antigripal debe recibirla, y que la anticoqueluchosa no porque se vacunó correctamente en el embarazo anterior

La madre embarazada que está consultando con Uds, le pregunta que opina de que se aplique vacunas durante el embarazo. Ya que el Obstetra le indicó vacuna acelular para prevención de coqueluche y vacuna antigripal

1. Le contesta que es correcto
2. Le contesta que no es necesario ya que recibió las vacunas durante el embarazo anterior hace 3 años.
3. Le contesta que la vacuna antigripal debe recibirla, y que la anticoqueluchosa no porque se vacunó correctamente en el embarazo anterior

Vacunas y embarazo

¿Hay que vacunarse en el embarazo?

Durante el embarazo hay que vacunarse porque:

- 1) Hay enfermedades que pueden generar riesgo y complicaciones para la madre
- 2) La madre le trasmite al bebé las defensas a través de la placenta hasta los primeros meses de vida

Vacunarse durante el embarazo es importante porque se protege a la madre y al bebé

¿Qué vacunas debe recibir?

- GRIPE (en cualquier trimestre de la gestación)
- Triple Bacteriana Acelular del adulto (a partir de la semana 20 de gestación)

La **vacuna contra la gripe se debe recibir en cada embarazo** y puede ser aplicada en cualquier momento de la gestación, mientras dure la temporada de circulación viral. La [Vacuna Antigripal](#) es segura y no contiene productos biológicos vivos.

Las **embarazadas deben recibir una dosis de Vacuna Triple Bacteriana Acelular** del adulto (protege contra la Difteria, Tétanos y Coqueluche) en **todos los embarazos** independientemente de su estado inmunitario y de las vacunas recibidas anteriormente. Esta vacuna es segura y eficaz tanto para la embarazada como para el bebé. Para que la protección del bebé sea adecuada debe aplicarse a partir de la semana 20 de gestación.

Para recibir las vacunas del Calendario Nacional NO se requiere orden médica. Se aplican gratuitamente y en forma conjunta.



PREMATUROS TARDIOS

Crecimiento



Sociedad Argentina de Pediatría

Dirección de Congresos y Eventos

Filial Córdoba



La Niñez de Hoy

**38° CONGRESO
ARGENTINO
de PEDIATRÍA**

"Desafío, oportunidad y esperanza"

26, 27, 28 y 29 de septiembre de 2017

Mónica Brundi 2017

PREGUNTA

- Marcos nació de 34 sem, 2000g. Sin antecedentes perinatales a destacar. Es dado de alta a los 15 días de vida con 2100g. Alimentado a pecho exclusivo.
- Para evaluar el crecimiento:
 1. El aumento de peso/día adecuado, es una buena herramienta para evaluar crecimiento.
 2. Utiliza curvas de crecimiento según edad gestacional corregida para peso, talla y PC.
 3. Si el niño se alimenta bien no es necesario conocer en que percentil se encuentra la talla , peso y PC.

PREGUNTA

- Marcos nació de 34 sem, 2000g. Sin antecedentes perinatales a destacar. Es dado de alta a los 15 días de vida con 2100g. Alimentado a pecho exclusivo.
- Para evaluar el crecimiento:
 1. El aumento de peso/día adecuado, es una buena herramienta para evaluar crecimiento.
 2. Utiliza curvas de crecimiento según edad gestacional corregida para peso, talla y PC.
 3. Si el niño se alimenta bien no es necesario conocer en que percentil se encuentra la talla , peso y PC.



Crecimiento entre pc 10 y pc 90:
cuándo , cómo y para qué ?

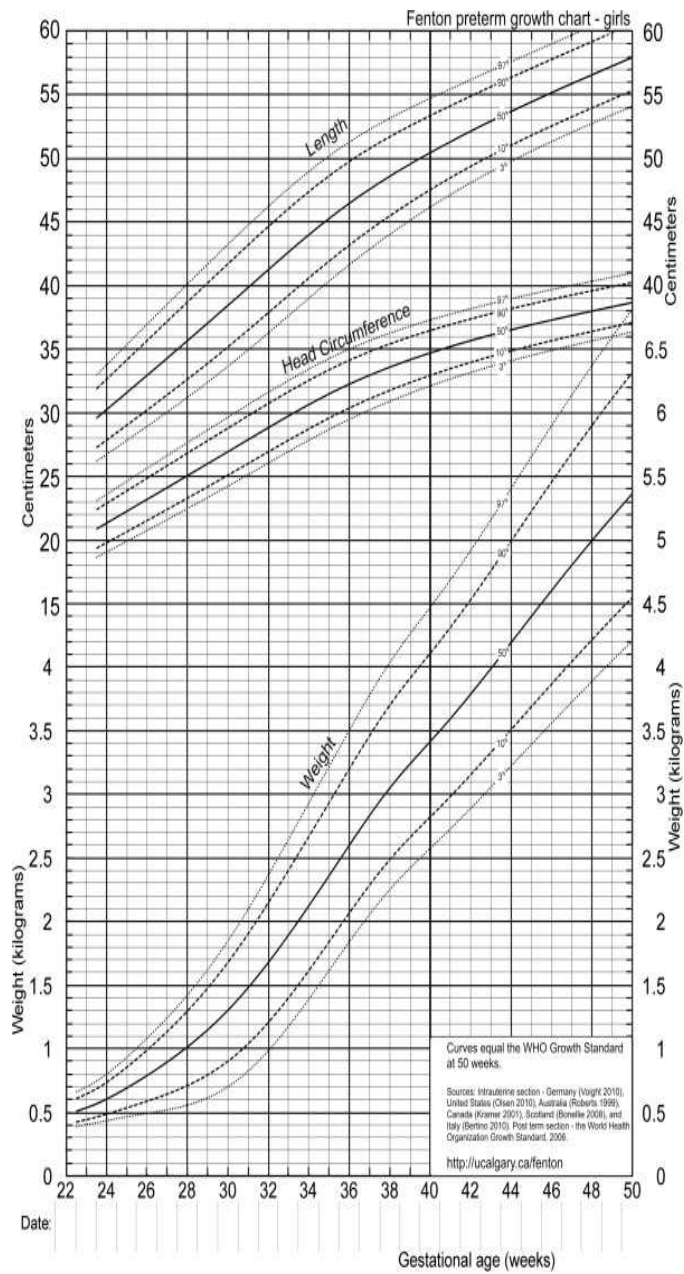
- La vigilancia del crecimiento es una herramienta útil y accesible para evaluar la capacidad de recuperación postnatal y el impacto alejado de diferentes morbilidades
- Ganancia de peso insuficiente en los primeros años de la vida, se asocia con problemas en el desarrollo a largo y mediano plazo.
- Ganancia de peso excesiva, tienen un riesgo mayor en la edad adulta obesidad, enfermedad cardiovascular y diabetes.
- Los planes nutricionales deben proporcionar suficientes calorías para que puedan aproximarse poco a poco a los patrones de crecimiento normales, evitando tanto la ganancia insuficiente como excesiva de peso.

COMO POR QUE MEDIR



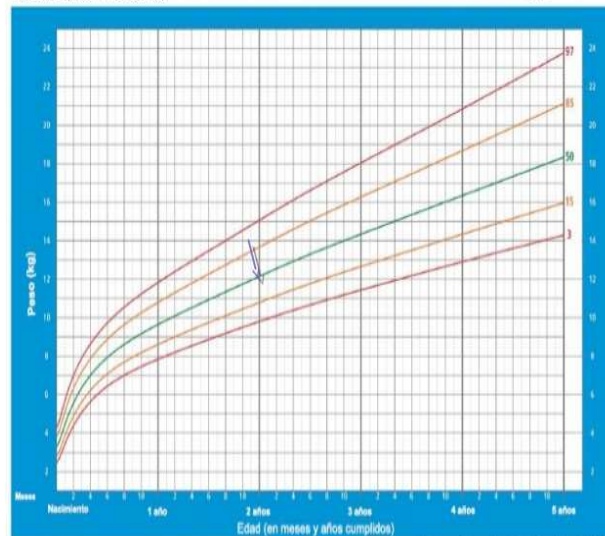
Patrón de Crecimiento

- Los niños con retardo de crecimiento intrauterino tienen un mayor riesgo de estar por debajo de percentiles normales a lo largo de toda la infancia y adolescencia que los niños prematuros de peso adecuado a la edad gestacional.
- Los niños con peso de nacimiento < 1.000 g son los que más se alejan del patrón normal dado que muchos de estos niños se encuentran por debajo del 10° percentil a la edad de tres años.
- Utilizar edad corregida y curvas de crecimiento de Fenton y OMS.



Peso para la edad Niños

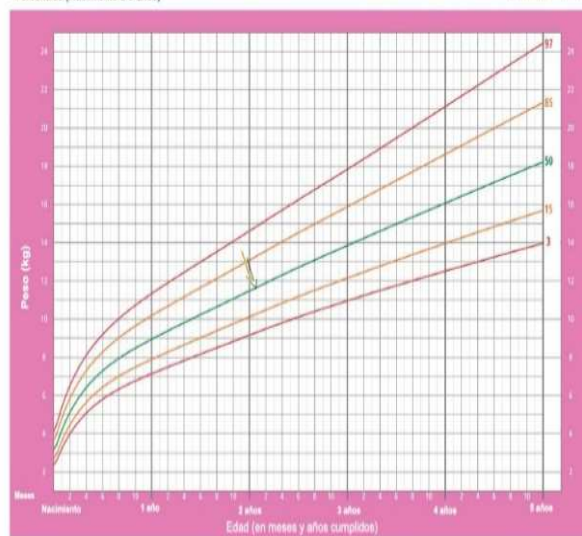
Percentiles (Nacimiento a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Peso para la edad Niñas

Percentiles (Nacimiento a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

PREGUNTA

- Marcos crece por el percentil 25 en talla peso y PC, y La mamá refiere que le cuesta despertarlo y que cuando se prende al pecho lo hace por poco tiempo, y quiere darle complemento.

Usted considera que :

1. El crecimiento es insuficiente y recomienda complementar con formula para prematuros y asi lograr un mejor aumento de peso.
2. El crecimiento es insuficiente y recomienda complementar con formula de inicio
3. El crecimiento es adecuado, le brinda pautas a la mama y recomienda pecho exclusivo.

PREGUNTA

- Marcos crece por el percentil 25 en talla peso y PC, y La mamá refiere que le cuesta despertarlo y que cuando se prende al pecho lo hace por poco tiempo, y quiere darle complemento.

Usted considera que :

1. El crecimiento es insuficiente y recomienda complementar con formula para prematuros y asi lograr un mejor aumento de peso.
2. El crecimiento es insuficiente y recomienda complementar con formula de inicio
3. El crecimiento es adecuado, le brinda pautas a la mama y recomienda pecho exclusivo.



“UNA ESTRATEGIA A PARA CADA NIÑ@”

**A. Lapillone
2015**



Las estrategias nutricionales
postalta para un bebé
prematuro se inician
temprano durante su
internación



Opciones

- LH exclusiva
- LH fortificada
- LH de Banco
- Fórmulas para prematuros
- Fórmulas postalta para prematuros
- Fórmulas de inicio

LH recomendada para prematuros y otros lactantes de riesgo , en forma directa ó extraída y fortificada , desde la internación y durante el 1er año de vida.

Tabla 2. Comparación entre la composición aproximada de la leche materna y la de diferentes fórmulas (por 100 ml).³

Nutrientes	Leche humana	Fór. Standard	Fór. Continuación	Fór. Prematuros
Energía (Kcal)	67	67	73	81
Proteínas (g)	1,0	1,4	2,1	2,4
Grasas (g)	3,5	3,6	4,0	4,3
Hidratos de carbono (g)	7,0	7,3	7,6	8,7
Calcio (mg)	26	53	83	140
Fósforo (mg)	14	32	47	74
Sodio (mmol)	0,9	0,8	1,1	1,8
Hierro (mg)	0,4	1,2	1,3	1,5
Zinc (mg)	0,3	0,6	0,9	1,2
Vitamina A (µg)	68	61	102	300

Algunos Interrogantes sobre alimentación post alta en prematuros · Benítez AM. · 59

- 20% más de energía
- Reemplazo parcial de lactosa por maltodextrina
- Agregado de TCM (hasta 40%)
- Agregado de PUFA
- (↑ contenido proteico (2 – 2.2 gs/dL)
- Modificación de la relación lactoalbúmina/caseína
 - (40-60%)
 - AA esenciales (taurina, colina, inositol y carnitina)
 - ↑ contenido mineral
 - 250 mOsm/l a 300 mOsm/l



Crecimiento esperado en prematuros

Tabla 1. Ritmo de crecimiento esperado en prematuros durante el primer año de vida.²

Edad postérmino	Peso (g/día)	Talla (cm/sem)	C. craneana (cm/sem)
0-3 meses	25-35	0,7-0,8	0,4
4-12 meses	10-20	0,2-0,6	0,2

Hall,RT. Nutritional follow up of the breastfeeding premature infant after hospital discharge
North Amer 2001

Recomendaciones de la OMS , fundamentos y evidencia para intervenciones nutricionales (*)

RNPT - BPN, incluidos MBPN, deberían recibir leche de su propia madre

MBPN que no pueden recibir LM, dar LH Banco
(en entornos apropiados y donde exista Banco LH)

BPN y MBPN que no dispongan de las dos opciones anteriores,
F Inicio

MBPN que no crezcan adecuadamente a pesar de ser bien alimentados, F Prematuros

RNPT que no puedan recibir LH de la propia madre o de donante,
F Inicio desde el alta hasta los 6 meses de edad.

MBPN que no crecen adecuadamente pese a que se alimentan al pecho adecuadamente, deben recibir fortificadores de LH , preferentemente basados en LH

(*) Recommendations, rationale and evidence for nutrition actions; in World Health Organization: Essential Nutrition Actions: Improving Maternal, Newborn, Infant and Young Child Health and Nutrition. Geneva. WHO. 2013.





Peso menor a 1800 gs: Fórmula de prematuros de kcal/ 100 ml (24 kcal/oz)

Transición a la fórmula de continuación 72 kcal / 100 ml: 22 kcal / oz) cuando todos los parámetros de crecimiento están en el Pc 25 ó mayor y el paciente está ganando 15- 40 gs/ día

Transición a la fórmula de inicio 65 kcal / 100 ml : (20 kcal/oz) de término (FS) a los 4-6 meses de edad corregida si todos los parámetros de crecimiento están por encima del Pc 25

Transición de fórmulas durante el 1er año de vida en pretérminos MBPN
Bathia J: Postdischarge nutrition of preterm infants . J of Perinatol 2005;
25: S15- S16.



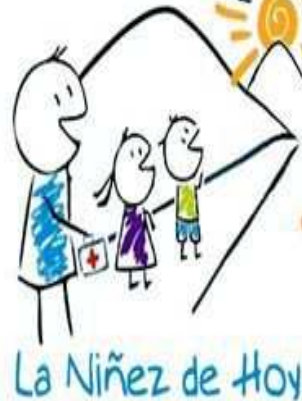
MUCHAS GRACIAS



Sociedad Argentina de Pediatría

Dirección de Congresos y Eventos

Filial Córdoba



38° CONGRESO ARGENTINO de PEDIATRÍA

"Desafío, oportunidad y esperanza"

26, 27, 28 y 29 de septiembre de 2017

PREMATUROS TARDIOS

Scaramutti Maria I.
scutia@gmail.com

- Juan es un niño con antecedentes perinatales de prematuridad, 36 semanas de edad gestacional al nacer, peso adecuado, nacido por parto vaginal, que no tuvo ninguna complicación luego del nacimiento y pasó a internación conjunta con su madre .
- A las 12 hs de nacido su madre consulta porque el niño duerme y no se despierta para amamantar

- 1-Tranquiliza a la madre explicándole que los RN duermen para recuperarse en las primeras horas postnacimiento.
- 2-Revisa al niño y le indica un aporte de leche complementaria para asegurarse un buen aporte
- 3-Toma la temperatura del niño, realiza un dextrostix, lo despierta y comprueba que la alimentación al pecho se realice sin inconvenientes

- 1-Tranquiliza a la madre explicándole que los RN duermen para recuperarse en las primeras horas postnacimiento.
- 2-Revisa al niño y le indica un aporte de leche complementaria para asegurarse un buen aporte
- 3-Toma la temperatura del niño, realiza un dextrostix, lo despierta y comprueba que la alimentación al pecho se realice sin inconvenientes

Los principales problemas que podemos encontrar son :

- hipotermia, hipoglucemia (6,8 frente a 0,4%),
- dificultad respiratoria (4,2 frente a 0,1%),
- apnea, hiperbilirrubinemia (18 frente a 2,5%) y
- dificultades de alimentación

Leone, Arlettaz- Neonatal morbidity in singleton late preterm infants compared with full-term infants. Acta Paediatr. 2012;101:e6-10.)

B-Juan tiene 1 mes de vida y su madre concurre a la consulta porque su pediatra se mudó. La madre quiere saber que estudios de control necesita hacerle, ya realizó ecografía cerebral, de caderas indicadas por otro pediatra y las vacunas están al día .

1. -Le hace solo control de crecimiento
2. -le solicita un laboratorio para chequear anemia
3. -Solicita fondo de ojo, realiza control de crecimiento, indica suplemente de hierro y vitaminas de mantenimiento

B-Juan tiene 1 mes de vida y su madre concurre a la consulta porque su pediatra se mudó. La madre quiere saber que estudios de control necesita hacerle, ya realizó ecografía cerebral, de caderas indicadas por otro pediatra y las vacunas están al día .

1. -Le hace solo control de crecimiento
2. -le solicita un laboratorio para chequear anemia
3. -Solicita fondo de ojo, realiza control de crecimiento, indica suplemente de hierro y vitaminas de mantenimiento

- ROP Casos inusuales: son los niños que presentan ROP, con una edad gestacional mayor a 32 semanas (de 33 a 36 semanas) y/o con 1500 g de peso al nacer o más.

Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la Retinopatía del Prematuro (ROP) Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia Min Salud de la Nación

C-Juan tiene 2 años .la madre refiere que la vida en casa se complica, que no se queda quieto, que no se calma fácilmente, que le molestan los ruidos fuertes y que no logra jugar con el en el parque porque llora al tener contacto con el pasto

Ud le contesta

1. -que es típico de la edad y que necesita madurar, que en unos meses esto será un recuerdo
2. -solicita la evaluación por neurólogo
3. -le explica que puede tener un trastorno de la integración sensorial y solicita evaluación por especialista

C-juan tiene 2 años .la madre refiere que la vida en casa se complica, que no se queda quieto, que no se calma fácilmente, que le molestan los ruidos fuertes y que no logra jugar con el en el parque porque llora al tener contacto con el pasto

Ud le contesta

1. -que es típico de la edad y que necesita madurar, que en unos meses esto será un recuerdo
2. -solicita la evaluación por neurólogo
3. -le explica que puede tener un trastorno de la integración sensorial y solicita evaluación por especialista

- La inmadurez cerebral puede jugar un papel importante en el retraso del neurodesarrollo de estos niños.
- El peso del cerebro de los prematuros de 34 semanas es el 65% del peso de un recién nacido a término, tiene menos surcos en su superficie y está menos mielinizado

Rev Pediatr Atención

Primaria vol.14 no.55 Madrid sep. 2012T. Fernández

López·Sopeña Corvinos

- déficits sensoriales, especialmente con los sistemas visual y kinestésico, y problemas en el procesamiento sensorial
- dificultades para analizar la información del ambiente, para usarla en la elección de un plan de acción, en la secuenciación de los movimientos individuales de la tarea, en enviar el mensaje correcto para producir una acción coordinada, o en integrar todos estos pasos para controlar el movimiento.
- resultado: el niño torpe y dificultades de aprendizaje y ejecución de tareas motoras nuevas.(teoría de la integración sensorial Ayres)

Plata Redondo-Elniño con trastorno del desarrollo de la coordinación ¿Un desconocido en nuestra comunidad?Salud Mental nº 33- 2009 Pag 18–30

D-Juan tiene 7 años le consulta porque la maestra le refiere que a Juan le cuesta concentrarse, requiere apoyo en matemáticas , y en actividades plásticas , En educación física no logra cumplir las consignas de grupo. Solicita ayuda permanentemente para atarse los cordones y o colocarse el buzo.

1. Ud esperaba que esto sucediera
2. Considera que es un problema familiar
3. Considera que el problema es el colegio

D-Juan tiene 7 años le consulta porque la maestra le refiere que a Juan le cuesta concentrarse, requiere apoyo en matemáticas , y en actividades plásticas , En educación física no logra cumplir las consignas de grupo. Solicita ayuda permanentemente para atarse los cordones y o colocarse el buzo.

1. Ud esperaba que esto sucediera
2. Considera que es un problema familiar
3. Considera que el problema es el colegio

- retraso en el desarrollo de la coordinación de los movimientos, sin que éste pueda ser explicado por un retraso intelectual general o por un trastorno neurológico específico, congénito o adquirido, y no cumple los criterios de trastorno generalizado del desarrollo.
- afecta al rendimiento en las actividades cotidianas, dificultades con las tareas cotidianas, l vestirse, atarse los cordones, andar en bicicleta.son lentos en las tareas escolares y tienen problemas con la escritura. dificultad para usar los cubiertos, derrames de comida, rechazo de algunos alimentos por su textura

- Problemas de integración visuo–motriz:
 - difícil realizar la copia, especialmente de la pizarrón al papel.
 - problemas para el manejo de utensilios escolares, como las tijeras, compás, regla...
 - dificultades en las asignaturas relacionadas con estas destrezas, como plástica y arte.

PreT tardío Para recordar..

- Prematuro tardío sobrevive 95%. Cerebro pesa el 60% del peso de un RN término
- Tienen 3,3 % más de riesgo de PC 1,25 discapacidad cognitiva puntajes bajos en lectura y menor comprensión de las matemáticas (Vohr 2009)

PreT tardío Para recordar..

- ✓ **Problemas visuales o ceguera**
- ✓ **Desordenes en integración sensorial**
- ✓ **Procesamiento visual y auditivo lento**
- ✓ **Retraso psicomotor**
- ✓ **Parálisis cerebral**
- ✓ **Retraso cognitivo**
- ✓ **Retraso en la lectura**
- ✓ **Necesidad aumentada de educación especial**
- ✓ **Riesgo aumentado de trastornos de conducta, atención, hiperactividad, conductas de internalización, autismo, esquizofrenia**

Sobre cada niño se debería
poner un cartel que dijera:
“Tratar con cuidado. Contiene sueños”.

Mirko Badiale



Muchas gracias!!!

RECORDAR

El Niño Prematuro Tardío tiene mayor riesgo de:

- ✓ **Hipoglucemia**
- ✓ **Hipotermia**
- ✓ **Ictericia**
- ✓ **Problemas de alimentación y crecimiento**
- ✓ **Dificultad respiratoria al nacer y susceptibilidad a Infecciones respiratorias**
- ✓ **Trastornos auditivos, visuales**
- ✓ **Alteración en el desarrollo y aprendizaje**