



**Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud para Niños
PREMATUROS con una edad gestacional menor de 32 semanas o un peso
inferior a 1.500 gramos. Del alta hospitalaria a los 7 años.**

1. **Crecimiento y nutrición**
 2. **Desarrollo motor**
 3. **Visión**
-

Todos los niños prematuros con una edad gestacional menor de 32 semanas o un peso de nacimiento inferior a 1.500 g deberían pasar a formar parte de un programa de seguimiento que, de forma ideal, se extendiera hasta la adolescencia.

En los programas de seguimiento se describen múltiples cribados y recomendaciones con objeto de mejorar en lo posible la evolución de los niños a medio y largo plazo. Sin embargo, se dispone de información limitada sobre la eficacia real de estas actividades. La mayoría de las recomendaciones que se van a presentar en este documento son recomendaciones apoyadas por paneles de expertos. Aunque esto es así, y por tanto pocas recomendaciones van a estar bien sustentadas en la evidencia científica, el desconocimiento de los problemas que pueden tener estos niños en su evolución o de las peculiaridades de su desarrollo puede llevar a retrasos en los diagnósticos o a yatrogenias que vendrán a complicar aún más su evolución. Por tanto, basándose fundamentalmente en los riesgos conocidos de estos niños, se establecen una serie de controles y cribados que sería deseable que conocieran todos los pediatras.

1. Crecimiento y nutrición. Recomendaciones

- Monitorizar de forma rigurosa el crecimiento tras el alta. El crecimiento insuficiente se asocia con problemas en el neurodesarrollo a medio y largo plazo. Los que, por el contrario, ganan peso excesivamente, tienen un riesgo mayor de presentar en la edad adulta obesidad, enfermedad cardiovascular y diabetes (*fuerza de la recomendación B*).
- Para valorar el crecimiento, mientras no se dispongan de estándares específicos adecuados para los niños con peso menor de 1.500 g o una edad gestacional inferior a 32 semanas, lo más recomendable es comparar su crecimiento con los estándares propuestos por la OMS, utilizando la edad corregida (*fuerza de la recomendación B*).
- Apoyar y promocionar la alimentación con leche materna tras el alta. Además de proteger frente a la enterocolitis necrotizante y las infecciones, mejora el cociente de desarrollo y disminuye la tasa de reingreso (*fuerza de la recomendación A*).
- La producción de leche se puede incrementar si la madre está con el niño en contacto piel con piel (método canguro). Los niños toleran la posición canguro hasta una edad

corregida de 39 ó 40 semanas (*fuerza de la recomendación B*).

- Suplementar con 400 unidades/día de vitamina D desde los 15 días de vida hasta el año. Suplementar con 4 mg/kg/día de hierro desde el mes de edad hasta la introducción de la alimentación complementaria (*fuerza de la recomendación B*).
- Los niños de bajo peso para la edad gestacional que a los dos o tres años tengan una talla por debajo de dos desviaciones estándar deberán enviarse para que se valore el tratamiento con hormona del crecimiento (*fuerza de la recomendación B*).

2. Desarrollo motor. Recomendaciones.

- Se debe realizar una detenida evaluación motora al menos dos veces en el primer año de vida, aunque aparentemente el desarrollo sea adecuado (*fuerza de la recomendación I*).
- Los niños con riesgo de problemas de desarrollo motor que no estén incluidos en un programa de seguimiento formal, se remitirán a atención temprana así como todos aquellos en los que se detecte alguna alteración motora (*fuerza de la recomendación I*).
- Para excluir o diagnosticar parálisis cerebral se recomienda el uso de los algoritmos propuestos por SCPE (*fuerza de la recomendación I*).
- Se recomienda el uso de escalas de función motora para evaluar a los niños en los que se sospeche o se haya confirmado una alteración motora (*fuerza de la recomendación I*).

3. Visión. Recomendaciones.

- El pediatra confirmará que se ha realizado el cribado para la retinopatía de la prematuridad. Si no se hubiera realizado o no se hubiera completado, se debe remitir al niño sin demora a un oftalmólogo experto en el cribado de retinopatía de la prematuridad (*fuerza de la recomendación A*).
- Si el niño está incluido en un programa de seguimiento hospitalario, debe confirmar que realmente acude a las revisiones y que se realizan las evaluaciones oftalmológicas (*fuerza de la recomendación B*).
- Si no estuviera en seguimiento oftalmológico y no tuviera patología añadida (retinopatía grave o patología neurológica), será recomendable realizar una evaluación oftalmológica antes de los 3 años de vida (*fuerza de la recomendación B*).
- Ante cualquier alteración detectada por el pediatra o referida por los padres, aunque ésta no se pueda poner de manifiesto, se deberá remitir al niño para una nueva evaluación por el oftalmólogo (*fuerza de la recomendación A*).

Los niños con retinopatía de la prematuridad de grado 3 o que hayan requerido tratamiento y los que presentan patología neurológica precisan de seguimiento oftalmológico especializado hasta la adolescencia (*fuerza de la recomendación B*).

[Este artículo consta de una segunda parte actualmente en fase de elaboración]

Dra. Carmen Rosa Pallás Alonso
Grupo PrevInfad / PAPPS