

DOCUMENTO INFORMATIVO PARA PROFESIONALES DE LA FARMACIA COMUNITARIA
SOBRE LOS CUIDADOS Y SEGUIMIENTO DE LOS BEBÉS PREMATUROS / 2024

Cuidando a los **MÁS PEQUEÑOS,** **TODOS** contigo

Con el aval de:

seNeo



Sociedad Española
de Neonatología

Con la colaboración de:


farma
SOLIDARIA



Con el apoyo de:



Cuidando a los **MÁS PEQUEÑOS,** **TODOS** contigo

Autoras por orden de redacción:

Sofía Salas y Celia Díaz, neonatólogas (excoordinadora y coordinadora de la consulta de seguimiento de neonatología del Hospital U. Universitario La Paz)

Susana Viver Gómez, pediatra de Atención Primaria, Centro de Salud Dr. Luengo Rodríguez. Móstoles.

Yolanda Tellaeché, farmacéutica, presidenta de la ONG farmaSOLIDARIA

Con la colaboración de Concha Gómez Esteban, presidenta de APREM

TABLA DE CONTENIDO

1. Introducción	Pág. 4
2. Conceptos generales	Pág. 6
3. Seguimiento por parte del neonatólogo	Pág. 8
3.1. Patología durante el ingreso: Valoración de riesgos	
3.2. Alta hospitalaria	
3.3. Objetivos fundamentales de los programas de seguimiento	
3.4. Bibliografía y recursos de interés	
4. Seguimiento por parte del pediatra de atención primaria	Pág. 20
4.1. Vacunas	
4.2. Lactancia	
4.3. Alimentación complementaria	
4.4. Bibliografía y recursos de interés	
5. Intervención del farmacéutico comunitario: Información y consejos para los progenitores del bebé prematuro	Pág. 28
5.1. Situaciones en las que la farmacia puede colaborar con el pediatra de Atención Primaria o con la familia, remarcando los consejos en el seguimiento del bebé prematuro	
5.2. Cuidado de la piel	
5.3. Control de peso	
5.4. Alimentación	
5.5. Alertas	
5.6. Medicación del bebé prematuro	
5.7. Bibliografía y recursos de interés	
6. Decálogo de conclusiones para el farmacéutico	Pág. 38
7. Decálogo para las familias	Pág. 40

1. Introducción



Este documento nace con el objetivo de ser útil para los profesionales de la farmacia comunitaria en su labor de sanitarios cercanos y accesibles, ya que el farmacéutico comunitario es el sanitario al que más veces visitan los pacientes de cualquier tipo y aún más las madres de niños recién nacidos.

En él recogemos información desde la perspectiva de distintos agentes sanitarios implicados en el cuidado del bebé prematuro:



/01
MÉDICO
NEONATÓLOGO



/02
PEDIATRA DE ATENCIÓN
PRIMARIA



/03
FARMACÉUTICO
COMUNITARIO

Elaborado desde una perspectiva multidisciplinar, que acerca el punto de vista profesional y el de los distintos niveles asistenciales implicados, este documento es un ejemplo de los beneficios de la colaboración y la coordinación, ya que procura dar una visión de continuidad desde el hospital al entorno cercano, en este caso el del bebé prematuro y su familia.

El objetivo es dotar a los profesionales de la farmacia comunitaria de una información de base sobre los bebés prematuros y de sus necesidades concretas, porque la calidad de las intervenciones del farmacéutico comunitario es de interés para todos: sistema sanitario, otros profesionales y población general.

Descripción

El documento está estructurado contando con tres visiones que se complementan para la continuidad del cuidado:

/01 Neonatólogo: información y datos sobre prematuridad, riesgos, morbilidades y evolución hasta el alta hospitalaria del bebé y, en la policlínica de seguimiento, consultas con periodicidad variable según edad y patologías.

/02 Pediatra de Atención Primaria: interviene en el desarrollo integral del bebé en su entorno natural, cuidados y seguimiento (alimentación, crecimiento y desarrollo, inmunizaciones y programas generales de salud)

/03 Farmacéutico comunitario: ejerce como colaborador cercano y de confianza para la madre y la familia. Es el sanitario más accesible, cercano e implicado en los cuidados del bebé prematuro.

2. Conceptos generales

Prematuridad: definición

Valoración de diferentes riesgos biológicos

Programas de Seguimiento en los recién nacidos con peso <1500 g

Aproximadamente el 10% de todos los nacidos en España tienen una edad gestacional (EG) <37 semanas y empiezan a escribir la historia de su vida con demasiada antelación, el 1,5% además nace con demasiado bajo peso al nacimiento, <1500 g.

Para algunos de ellos, su libro tendrá muy pocas páginas, dada la mayor mortalidad entre los menores de 1000 g. (23,1%). La mayoría, podrán escribir bastante bien sus primeras líneas; otros, sin embargo, escribirán con renglones torcidos. Nos corresponde a todo el equipo implicado en su seguimiento ayudarles a redactar su libro lo mejor posible.

Son niños que llegan a este mundo con su dotación genética, como cualquier otro, pero con dos circunstancias adversas, **su propia inmadurez y tener que desarrollarse en un ambiente más agresivo que el útero materno.**

Todo esto puede agravarse en ocasiones por el hecho de pertenecer a una familia con muy bajos recursos socioeconómicos y culturales, que les puede dificultar entre otras muchas cosas, el acceso a los programas de seguimiento y determinará su peor evolución a largo plazo.



Definición de prematuridad

Niños que nacen con una edad gestacional <37 semanas. Pero, lógicamente, la evolución no será la misma si se nace a las 26 semanas que a la 36, por lo que conviene aclarar una pequeña subdivisión por grupos de riesgo, ya que, en términos generales, el menor peso y edad gestacional es inversamente proporcional al número y gravedad de las secuelas.

Consideramos: Muy pretérminos a los recién nacidos (RN) con una **EG <32 SEMANAS.**
Extremadamente pretérminos a los nacidos con una **EG <28 SEMANAS.**

También debemos considerar el peso al nacimiento. Aunque el peso no define la prematuridad, en la inmensa mayoría de los casos va unida a ella; ocasionalmente algún niño puede nacer con 37 semanas y pesar menos de 1500 g.; en este caso, se considera un retraso de crecimiento intrauterino (CIR) pero no un pretérmino.

Decimos que un recién nacido (RN) es:

- De **bajo peso**, cuando su peso al nacimiento (PN) es <2500 g. (BPN)
- De **muy bajo peso** al nacimiento (RNMBPN) Cuando su peso es <1500 g.
- De **extremado bajo peso** al nacimiento (RNEBPN), cuando su peso es <1000 g.
- De **increíble bajo peso** al nacimiento (RNIBPN) cuando su peso es <750 g.

Los dos últimos grupos se denominan generalmente en la bibliografía como: RNEBPN.

Hasta un 30% de los niños con un PN <1500 g. pueden presentar crecimiento intrauterino retardado (CIR). A partir de las 32 semanas, este grupo está sobrerrepresentado, por lo que, para evaluar su evolución, debería diferenciarse y analizarse a estos niños por separado.

Supervivencia/mortalidad

En términos generales también la mortalidad es inversamente proporcional a la edad gestacional y al peso. Por ejemplo, en nuestro medio la supervivencia a las 24-25 semanas es del 77%; a las 28-29 semanas del 93,3% y a las 30-31 semanas es del 97,4%.

Edad cronológica vs Edad corregida

Edad cronológica, es la edad que tiene un niño a partir de la fecha de nacimiento. **Edad corregida (EC)**, es la edad que tiene si contamos a partir de la fecha probable del parto a las 40 semanas. Por ejemplo: si un niño nace el 14 de abril y la fecha probable del parto a las 40 semanas fuese el 1 de julio, el 14 de agosto tendría un mes y 14 días de edad corregida y 4 meses de edad cronológica.

Esta diferenciación tiene una gran importancia en la evolución y en la correcta evaluación del desarrollo. Para valorar la *somatometría* y el *neurodesarrollo*, nos guiamos siempre por la edad corregida. En la *somatometría* corregimos hasta que deberían alcanzar el *catch up* considerado normal. Tendrán un *catch up* favorable si recuperan el perímetro cefálico al año de EC, el peso a los 2 años de EC y la longitud hacia los 3 años de EC.

En cuanto a las adquisiciones del *neurodesarrollo*, consideramos edad corregida hasta los 2 años.

3. Seguimiento por parte del neonatólogo

Sofía Salas Hernández y Celia Díaz González. Excoordinadora y coordinadora del Programa de Seguimiento para el recién nacido menor de 1500 g o <32 semanas de gestación del Hospital U. La Paz



3.1. Patología durante el ingreso: valoración de riesgos

Riesgo de desnutrición

En los RN prematuros, sobre todo los de RNEBPN, es muy habitual observar un retraso del crecimiento extrauterino (RCE) es decir, que son dados de alta con un peso al nacimiento por debajo del percentil 10. Algunos estudios han demostrado que el crecimiento postnatal está significativamente asociado con el pronóstico en el neurodesarrollo a los 2 años de edad corregida, por lo que se intenta promover una nutrición adecuada.

Desde las primeras horas de vida se inicia una alimentación parenteral (vía intravenosa) si se precisa, sobre todo en prematuros extremos. Iniciamos la alimentación enteral continua por sonda nasogástrica (SNGC) lo más precozmente posible, valorando, por supuesto, el grado de vulnerabilidad del tubo digestivo para evitar alteraciones intestinales como la *enterocolitis necrotizante* (ECN), con una incidencia próxima al 4,9% en nuestro medio. La causa puede atribuirse a una suma de factores, como la alteración de la integridad de la mucosa intestinal (por la hipoxia), la infección, o una alimentación enteral inadecuada.

Con el aumento progresivo de la capacidad gástrica, la alimentación podrá administrarse a través de sonda nasogástrica intermitente (SNGI), y con la progresiva maduración intestinal, alimentación oral fraccionada a intervalos variables. El reflejo de succión-deglución suele establecerse en torno a las 32 semanas de edad corregida y puede estimularse con la succión no nutritiva (mediante el chupete), aunque el neonato esté con alimentación por sonda nasogástrica.



Una vez establecida la succión deglución, se empezará con la alimentación oral.

Lo ideal es la alimentación enteral con leche materna o leche materna donada (banco de leche), adecuadamente fortificada según necesidades nutricionales (fortificantes de leche materna, oligopéptidos, triglicéridos de cadena media (MCT) y dextrinomaltosa (DMT).

A partir de los 1800 g. se suele retirar la leche materna donada y, si fuera necesario, se complementa con leche para prematuros.

En casos excepcionales (alergia a proteína de leche de vaca no mediada por IgE, antecedente de enterocolitis necrotizante o isquemia intestinal por otra causa) se emplearán leches hidrolizadas o fórmulas elementales según intensidad de los síntomas.

Es necesario suplementar a todos los menores de 32 semanas y/o <1500 g. con vitamina D.

Durante el ingreso es necesaria la administración de 400 a 700 Unidades internacionales (UI) por kilo y día hasta un máximo de 1000 UI diarias, según las últimas recomendaciones de la ESPGHAN (The European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition); al alta las dosis variarán según niveles de vitamina D.

También precisan profilaxis de ferropenia con hierro oral (3-4 mg/kg/día de hierro elemental) hasta que se inicie alimentación complementaria.

Riesgo neurológico

Dada la inmadurez y vulnerabilidad del sistema nervioso central (SNC), se puede considerar como un órgano diana, cuyo daño puede resultar de una gravedad extrema con la consiguiente aparición de secuelas y discapacidad. Durante el ingreso del neonato, y desde las primeras horas de vida, se realizan ecografías seriadas, la inicial, durante las primeras 48 horas de vida y posteriormente con una periodicidad según se estime, sin que deba faltar la realizada a las 40 semanas de edad corregida, y posteriores si fuese necesario en caso de patología.

La ultrasonografía cerebral es una técnica muy útil, cómoda, ya que se realiza a la cabecera del paciente, sin apenas molestias para el mismo y, en manos muy expertas, como en nuestro hospital, el H.U. La Paz, muy resolutiva. Aunque ocasionalmente debemos complementar el estudio con técnicas más sofisticadas, como resonancia nuclear magnética (RNM), etc.

Las lesiones más graves durante el periodo de ingreso del bebé en el hospital son:

Leucomalacia periventricular (LPV) cuya incidencia global en <1500 g. es del 5,95%; puede ser quística (LPVQ), cuya incidencia es mucho menor (30% de todas las LPV) pero de mayor gravedad; y no quística (70% del total), con mucho mejor pronóstico.

La hemorragia intraventricular (HIV) en sus grados más severos, III y IV (esta última también denominada, infarto cerebral hemorrágico). Sumadas ambas, su incidencia está alrededor del 6,6%.

Tanto en las LPVQ como en las HIV grado III debemos estar atentos para vigilar la aparición de parálisis cerebral y déficits cognitivos asociados.

Riesgo respiratorio

Dependiendo del tiempo que el bebé haya precisado oxígeno, entre otros factores, conduce o no a lo que denominamos Displasia Broncopulmonar (DBP). Esta puede ser:

Leve: si el niño ha precisado oxígeno hasta los 28 días. Moderada: si lo ha precisado hasta las 36 semanas de edad corregida, pero con una concentración inferior al 30%, o Severa, si ha precisado oxígeno hasta las 36 semanas, pero en una concentración superior al 30%.

Si continúa con oxígeno más allá de la 36 semana lo diagnosticamos de displasia broncopulmonar grave (DBP) sin que esto signifique que vaya a estar con oxígeno toda su vida, pero sí implica un mayor riesgo de presentar con más frecuencia hiperactividad bronquial y otras patologías respiratorias.

Riesgo neurosensorial

Riesgo oftalmológico: para los candidatos susceptibles de entrar en un cribado de la retinopatía de la prematuridad (ROP) que afecta al 4,63%, se sigue el protocolo establecido por el Servicio de Oftalmología y Neonatología del Hospital Infantil de La Paz año 2021.

Actualmente el tratamiento es la fotocoagulación con láser o la inyección intravítrea de anti-VEGF (factor de crecimiento de endotelio vascular). Las indicaciones de uno u otro procedimiento están en fase de ensayo clínico.

Riesgo auditivo: los métodos de cribado mediante otoemisiones acústicas (OEA) para el despistaje precoz de sordera, y posteriormente la realización de Potenciales Auditivos Evocados (PAE) en torno a los 3 meses de edad corregida, conducen al tratamiento precoz en los casos en que sea necesario.

Pequeñas deformidades morfológicas: consecuencia del crecimiento del bebé sobre una superficie más dura, como la incubadora con respecto al líquido amniótico, y el mayor grado de deformación de los "huesos" craneales, conducen a moldeamiento craneal como la plagiocefalia que afecta preferentemente a la parte occipital y contralateral frontal, y la dolicocefalia con un estrechamiento del diámetro biparietal.

Es frecuente en los niños RNEBPN que presenten paladar ojival, sobre todo en aquellos que han mantenido la intubación oro-traqueal durante largo tiempo. Tiende a disminuir progresivamente, pero puede dar posteriormente problemas de mal posición y maloclusión dental.

También pueden presentar *patologías menores* como el reflujo gastroesofágico, estreñimiento, etc., que requerirán tratamiento dependiendo de su severidad.



3.2. Alta hospitalaria

Preparación prealta

En algunos hospitales cabe la posibilidad de acudir a la Escuela de Padres. En general, consisten en talleres teórico-prácticos impartidos por el personal de enfermería neonatal sobre distintos aspectos del cuidado del bebé, que se repiten mensualmente. Algunos de los temas más importantes son:

- RCP (Reanimación Cardiopulmonar)
- Nacer antes de tiempo
- Alimentación
- El apego
- Higiene y masaje infantil
- Vuelta al hogar
- etc.

En estas escuelas, participa la **Asociación de Padres de Niños Prematuros (APREM)**: No hay mejor ayuda para unos padres que el apoyo de otros padres que hayan pasado por las mismas o parecidas circunstancias.

Conviene la asistencia de médicos neonatólogos para responder a preguntas de los padres. Estas sesiones se realizan con la frecuencia que consideren los organizadores y suelen tener carácter semanal.

Alta hospitalaria

» Los padres reciben un informe detallado de todos los antecedentes perinatales, patologías que han presentado durante su ingreso, pruebas complementarias y diagnósticos.

» Hoja detallada de la alimentación al alta.

» Tratamiento con vitaminoterapia y hierro. Otros posibles tratamientos si los precisara, (incluyendo instrucciones para oxigenoterapia domiciliaria en el caso de que sea necesario).

» Se puede dar de alta con tratamientos específicos que para ajustarse a su edad y peso precisarán de fórmulas magistrales, que elaboraba durante su ingreso la farmacia del hospital y después del alta deberán ser elaboradas por las oficinas de farmacia. Por ejemplo: diuréticos orales, omeprazol, etc.

» Carta para los pediatras de Atención Primaria

» Carta para los padres, en la que se explica el Programa de Seguimiento en nuestra Policlínica.

» Carta para el centro de Atención Temprana al que deban acudir.

» Hoja con teléfonos y página web de APREM.

Programa de alta precoz en neonatología

Con el que se persigue mejorar las condiciones de vida del RN de bajo peso, manteniéndolo en su medio natural y familiar, disminuyendo la estancia hospitalaria.

Población a incluir en el Programa:

1/

RN sin patología y cuyo peso esté entre 1800-2200 g. y edad gestacional >33 semanas.

2/

Neonatos con patología previa y cuya única causa de permanecer ingresado sea el peso. Se pueden dar de alta cuando alcancen un peso en torno a los 1800 g., se alimenten por boca y se cumplan los criterios de inclusión, por parte de la familia, el domicilio y el equipo de salud.

Este Programa dependerá del hospital de referencia hasta que sea dado de alta por la enfermera visitadora en el domicilio del paciente. Generalmente, será cuando el niño alcance un peso en torno a los 2200 g.

Programa de seguimiento tras el alta hospitalaria

Sería imposible abordar un programa de seguimiento sin contar con un equipo multidisciplinario para abordar las diferentes patologías/secuelas que pueden presentarse.

 <p>NEUROLÓGICAS: Neurólogo, Rehabilitador, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional.</p>	 <p>SENSORIALES: Oftalmólogo, Otorrinolaringólogo.</p>	 <p>RESPIRATORIAS: Neumólogo.</p>	 <p>DIGESTIVAS: Gastroenterólogo.</p>
 <p>NUTRICIÓN Y CRECIMIENTO: Nutricionista, Endocrinólogo.</p>	 <p>PSÍQUICOS Y TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO: Psicólogo.</p>	 <p>RIESGO SOCIAL: Trabajador social.</p>	 <p>OTRAS: (hernia inguinal, plagiocefalia,...) Gastroenterólogo.</p>

Afortunadamente, las secuelas más graves son menos frecuentes que las llamadas morbilidades menores, pero también son un motivo de preocupación para los padres y para todo el equipo sanitario. Ofrecen a veces una mayor dificultad diagnóstica, lo que dificulta en ocasiones un tratamiento precoz.

3.3. Objetivos fundamentales de los programas de seguimiento (Mc Cormick y col., 1995 ; Protocolo de seguimiento SEneo 2017)



A

Identificación precoz y tratamiento de las distintas morbilidades del desarrollo



B

Registro de información e investigación clínica



C

Apoyo a la familia

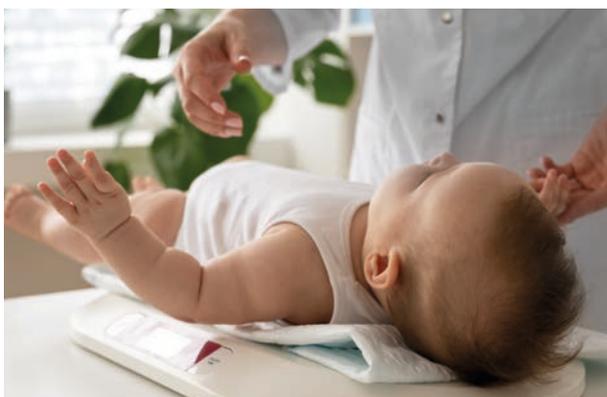
A Identificación precoz y tratamiento de las distintas morbilidades

Los problemas del desarrollo tendrán su origen en la patología más o menos grave que hayan presentado los recién nacidos prematuros durante su ingreso en el hospital.

Nutrición y crecimiento durante el seguimiento

En términos generales, tras el alta hospitalaria continuaremos con la misma alimentación que el bebé tenía en el hospital: leche materna fortificada o no, fórmula para prematuros, o mixta. La fórmula para prematuros se mantiene hasta el mes de edad corregida. Posteriormente, se cambia a leche de inicio o, si es preciso, a fórmulas hipercalóricas.

Las fórmulas para prematuros ofrecen por cada 100 ml, en comparación con las del RN a término un contenido mayor de proteínas, calcio, fósforo, zinc y magnesio, una cantidad menor de lactosa, y entre el 20-25% de la grasa en forma de triglicéridos de cadena media (MCT). Si al alta estuviese con leche materna al pecho, y la curva de peso estuviese en niveles subóptimos, será más difícil enriquecerla con fortificantes que cuando estaban ingresados en el hospital con alimentación por SNG. Puede hacerse extrayendo una toma con sacaleches y añadir el fortificante (repartiendo la mezcla en varias tomas antes del pecho), o de forma ocasional y según necesidades, intentando sustituir o complementar alguna toma por un biberón de fórmula para prematuros.



Monitorización del crecimiento: inmediatamente después del alta y hasta el mes de edad corregida lo pesaremos semanalmente, si es adecuado pasaremos a hacerlo quincenal y si el peso es adecuado posteriormente una vez al mes. En cuanto a la longitud y perímetro cefálico, se puede hacer cada dos semanas. En edades más avanzadas, si la evolución es favorable, trimestralmente hasta el año. Posteriormente, según evolución.

La ganancia ponderal estimada es de 200 g./semana, durante el primer trimestre, 150 g. durante el segundo trimestre y 100 g. durante el tercer trimestre.

Posteriormente, tendremos que estar también muy atentos a los datos antropométricos (mediante Z-score o percentiles) y patrones bioquímicos para tener claros los criterios de derivación al Servicio de Nutrición.

Riesgo neurológico

La valoración neurológica desde el inicio del programa de seguimiento se basa en cuatro pilares fundamentales, que nos ayudarán a acercarnos a un pronóstico lo más certero posible, que además restará incertidumbre a los progenitores:



/01 La patología presentada durante el ingreso, dado que puede variar el riesgo inicial con respecto al nacimiento

/02 Pruebas de imagen cerebral

/03 Exploración neurológica al alta

/04 Crecimiento del perímetro cefálico

Siguiendo el consejo del Council of Children with Disabilities, dentro de las alteraciones del neurodesarrollo debemos diferenciar bien lo que constituye un retraso evolutivo frente a alteraciones del neurodesarrollo.

Retraso evolutivo

Normalmente, nos referimos a este riesgo cuando, por padecer una enfermedad crónica, hospitalización prolongada o por cuidados inapropiados, el niño sufre un retraso en el desarrollo. Con frecuencia estos niños evolucionan hacia la normalidad cuando desaparece la causa que originó el problema.

Alteración del neurodesarrollo

La secuela motora más grave es la mal llamada Parálisis Cerebral (PC). Su frecuencia es mayor en los bebés de menor peso y edad gestacional. En nuestro medio, la incidencia global en menores de 1500 g. es del 3,86% en 2020, frente al 1% de los recién nacidos a término. La PC no es sinónimo de déficit cognitivo, pero suele ir asociada en los niños más severamente afectados. Clínicamente y desde el punto de vista funcional, tiene un abanico muy amplio de manifestaciones neurológicas de distinta severidad.

Por ejemplo: se llama PC a una monoparesia con mínima afectación funcional y también a la afectación de las 4 extremidades (tetraparesia). La PC puede asociarse o no a déficit cognitivo, siendo esto último más frecuente en los casos más graves.

Siempre que se hace un diagnóstico de PC, debe ir acompañado de su consiguiente clasificación funcional, según la Gross Motor Function Classification System (la GMFCS), y la Bimanual Motor Function Classification System (BMFCS), que nos completará el diagnóstico a seguir y valorará mejor la evolución.

La terapia debe comenzar en cuanto sospechemos el diagnóstico, aunque no esté confirmado.

HITOS del desarrollo motor grueso, motor fino y cognitivo (resumidos)

Hasta los 24 meses, los valoramos teniendo en cuenta la edad corregida (**EC**).

MOTOR Grueso

- La media para la consecución del sostén cefálico son los **3 meses EC**
- Para sedestación en torno a los **6-7 meses EC**
- Se mantendrá en bipedestación sobre los **9-10 meses EC**
- La deambulación libre a los **12-15 meses EC**
- Se considera retraso de la marcha liberada si esta se inicia **pasados los 18 meses** de edad corregida.

Por supuesto, cuando la exploración neurológica sea normal y en ausencia de signos de alarma, no debemos preocuparnos por un ligero retraso en la adquisición de estos hitos: unos 3 meses para la sedestación y marcha, sobre todo, en los más inmaduros.

MOTOR Fino

- A los **3 meses EC** debe abrir las manos, con dedos independientes
- A los **6 meses EC** coge objetos, se lleva las manos a la boca
- A los **9** transfiere objetos de una mano a otra
- A los **12 meses**, hace pinza índice-pulgar y señalan con el índice
- A los **18** construye torres de 2 cubos
- A los **24 meses**, construye torres de más cubos e imita trazos

Cognitivo

- A los **3 meses EC**: se mantiene alerta a estímulos ambientales, se orienta por la voz, inicia sonrisa social
- A los **6 meses EC**: puede reír a carcajadas, ajitos. Muestra alegría-tristeza
- A los **9 meses EC**: conoce a las personas que lo cuidan habitualmente

- A los **12 meses EC**: balbuceo, imita sonidos, comprende el "no". Asocia palabras con significado
- A los **18 meses EC**: comprende órdenes sencillas, señala partes del cuerpo, señala con el índice, jerga con intención comunicativa
- A los **24 meses EC**: tiene lenguaje prepositivo, realiza juego intuitivo. Comprende y cumple órdenes

La valoración clínica, junto con los test psicométricos, constituyen una buena aproximación a la evaluación objetiva del desarrollo psicomotor.

El **test de Bayley III** es el más utilizado en nuestro medio.

Desarrollo del Lenguaje

La más frecuente alteración a corto plazo (2 años) es el retraso en el lenguaje expresivo. Si su desarrollo posterior no tiende a la normalidad, debemos derivar al fonoiatra a los 3 años.

Morbilidades "menores"

- Dificultad de aprendizaje
- Puntuación límite Cociente de Inteligencia (CI)
- Trastornos por déficit de atención-hiperactividad (TDAH)
- Déficits neuropsicológicos
- Problemas de comportamiento (Trastorno del Espectro Autista)



Atención temprana (AT)

Se realiza en centros de prevención de deficiencias, cuyo objetivo es "evitar que el riesgo se convierta en daño o minimizar las consecuencias funcionales de éste".

Deben acudir todos los niños nacidos con una EG <de 32 semanas y/o con peso <1500 g. Por encima de esta edad gestacional, si hay factores de riesgo, aunque tengan un peso >1500 g.

Según la Asociación Española de Pediatría, "La sociedad debe poner a disposición de los niños con riesgo biológico y sus familias, los recursos necesarios para que la atención integral del niño sea la más próxima a la zona de residencia del entorno familiar".

En estos centros, a veces, el tratamiento consiste en **dar pautas** a los padres enseñándoles a colaborar con ellos en su domicilio. Otras veces, se realiza **intervención** en el propio centro, en niños con mayor riesgo de alteración del neurodesarrollo, donde se valorarán terapias como la **estimulación precoz, terapia ocupacional y fisioterapia**. Siempre dentro del contexto de atención centrada en la familia.

En ocasiones, los padres necesitan hacer "más cosas" que las indicadas por los profesionales y en este sentido debemos orientarlos hacia otro tipo de conductas, como dice Van den Bergh B.R. en *Dev Med Child. Neurol.* 2011, ya que "Una intervención excesiva y no adecuada en los primeros momentos de la vida, puede producir estrés en los niños que podrá ocasionar trastornos de conducta a largo plazo".

B Registro de información e investigación clínica

La historia clínica informatizada facilita la coordinación entre especialistas del equipo multidisciplinar, el acceso a la recogida de datos y, por tanto, a la investigación clínica. Los datos del seguimiento realizado por el hospital se recogen en la base de datos "Neosoft", que permite la explotación de nuestros datos y el envío a la base nacional SEN1500, con recogida informatizada de datos prenatales, de su estancia hospitalaria y de su evolución hasta los 2 años de edad corregida.

C Apoyo a la familia

Cuando acuden por primera vez a la Policlínica, además de responder a sus preocupaciones, les entregamos una carta diciéndoles en qué va a consistir el Programa de Seguimiento y otra para su pediatra de Atención Primaria, para que no haya duplicaciones innecesarias.

El principal apoyo es la aproximación a un pronóstico certero, muy difícil en ocasiones, en otras no tanto, que reste incertidumbre. El profesional debe informar con honestidad y sensibilidad, recalcando los aspectos positivos de la evolución.

Comentar con los padres que **NO TODO LO QUE PUEDE SUCEDER A UN PRETÉRMINO, SUCEDE.** Que no se queden nunca con angustia por no preguntar, que no existen nunca para nosotros preguntas nimias, procuraremos siempre dar respuestas adecuadas.

3.4. Bibliografía y recursos de interés

Protocolo de seguimiento para el recién nacido menor de 1500 g. o menor de 32 semanas de gestación. Sociedad Española de Neonatología. Grupo de seguimiento SENEo.

Informe año 2022 SEN1500 Morbimortalidad. SENEo

Informe de seguimiento SEN1500, 2020.

Amiel-Tison C. *Desarrollo neurológico de 0 a 6 años. Etapas y evaluación.* Ediciones Narcea. Madrid, 2016.

Mc Cormick cols: "Follow up of NICU graduates: Why, What and by Whom". *J. Intensive Care Med.* 1995;10: 213-25.

S. Ares Segura, C. Díaz Gonzalez. Seguimiento del recién nacido prematuro y del niño de alto riesgo biológico. *Pediatr Integral* 2014; XVIII(6): 344-355



4. Seguimiento por parte del pediatra de atención primaria

Susana Viver Gómez, Pediatra de Atención Primaria del Centro de Salud Dr. Luengo Rodríguez. Móstoles (Madrid)



4.1. Vacunas

Los niños prematuros siguen el mismo calendario de vacunación que los niños a término. La respuesta inmunológica es similar a la de los neonatos a término en muchas de las vacunas. Es recomendable iniciar la vacunación a los dos meses de edad, aunque para ello la primera dosis se administre mientras está hospitalizado. Los recién nacidos prematuros por debajo de las 28 semanas tienen algún riesgo de apneas las 24 h posteriores a la vacunación, por lo que por prudencia serán monitorizados mientras permanezcan ingresados, esta medida de prudencia se puede ampliar a las 32 semanas.

Vacunación a la madre frente a la tosferina. La edad de gestación recomendada para la vacunación de la tosferina en la madre embarazada es a partir de las 27 semanas, eso hace que haya niños prematuros que no se benefician de esta estrategia. Se debe recordar que la vacuna se puede poner a partir de las 20 semanas de edad gestacional. Se valora la vacunación de la madre en el periodo neonatal si no la ha recibido durante la gestación.

En el caso de la vacuna de la hepatitis B, la primera dosis se administrará a los dos 2 meses de edad. Si por diversas circunstancias no se pudiera a esa edad, se vacunará con el resto de las vacunas de los 2 meses, lo antes posible, aunque el niño permanezca ingresado. Solo se vacunará al niño al nacimiento si la madre es portadora del antígeno HBs (se le administrará además la gammaglobulina hiperinmune de VHB), y se repetirá la dosis de nuevo a los 2 meses y después se continúa el calendario habitual.



La vacuna antineumocócica conjugada tiene una indicación específica en estos niños, por su alto riesgo de infecciones por este tipo de gérmenes, pero actualmente por los niveles de cobertura se administra una pauta igual que al resto de los RN.

Actualmente, ya está recomendada y financiada la vacuna frente al meningococo B que se administra a los 2, 4 y 12 meses de edad.

La vacuna de la gripe está recomendada para todos los grandes prematuros con más de seis meses en el momento del inicio de la campaña (o cuando los cumplan durante la misma). Así mismo, se vacunará a padres, hermanos y convivientes de estos niños. Actualmente, ya está aprobada la vacunación universal en niños de la vacuna de la gripe.

La vacuna del rotavirus está indicada y financiada en la Comunidad de Madrid a los prematuros entre las 27 y 32 semanas de edad gestacional (aunque hay CCAA donde esto puede no ser así). Se pone en el centro de salud suministrada por el propio centro. El número de dosis varía en función de la vacuna, dos o tres dosis, los 2 y 3-4 meses con la vacuna monovalente; o a los 2, 3 y 4 meses o 2, 3-4 y 5-6 meses con la pentavalente. Para minimizar el riesgo raro de invaginación intestinal, la pauta ha de iniciarse entre las 6 y las 12 semanas de vida, por lo que es muy frecuente que se administre en el propio hospital antes del alta y debe completarse antes de las 24 semanas en la monovalente y de las 33 en la pentavalente. El intervalo mínimo entre dosis es de 4 semanas. Ambas vacunas se pueden coadministrar con cualquier otra (a excepción de la vacuna de la poliomielitis oral, no comercializada en España).

Se recomienda el uso de nirsevimab (anticuerpo monoclonal frente a VRS) en lactantes menores de 6 meses y hasta los 2 años en los grupos de riesgo para esta enfermedad. Este otoño se está incluyendo en la vacunación sistemática de los recién nacidos en diversas CCAA. Las vacunas del calendario son compatibles con nirsevimab.

Calendario de inmunizaciones de la Asociación Española de Pediatría 2024

Vacunación sistemática www.vacunasaep.org

VACUNA O ANTICUERPO MONOCLONAL	Embarazadas	Niños (edad en meses)							Niños y adolescentes (edad en años)							
		0	2	3	4	6	11	12	15	3	4	5	6	12	14	15-18
Hepatitis B ¹			HB		HB		HB									
Difteria, tétanos y tosferina ²	Tdpa		DTPa		DTPa		DTPa					DTPa/ Tdpa		Tdpa		
Poliomielitis ³			VPI		VPI		VPI					VPI				
Haemophilus influenzae tipo b ⁴			Hib		Hib		Hib									
Neumococo ⁵			VNC		VNC	VNC	VNC									
Rotavirus ⁶			RV		RV	(RV)										
Meningococo B ⁷			MenB		MenB			MenB								
Meningococos ACWY ⁸					Men ACWY			Men ACWY							Men ACWY	
Gripe ⁹	Gripe					Gripe										
Sarampión, rubeola y parotiditis ¹⁰								SRP		SRP-Var o SRPV						
Varicela ¹¹								Var		SRP-Var o SRPV						
SARS-CoV-2 ¹²	SARS-CoV-2															
Virus del papiloma humano ¹³														VPH		
Virus respiratorio sincitial ¹⁴	VRS		AcVRS													



Nota: el Comité de Vacunas (CaV) de la Asociación Española de Pediatría dispone de una web donde resuelve dudas a las familias sobre cada tipo de vacuna ("Pregunta al CaV").

<https://vacunasaep.org/>

4.2. Lactancia

La leche materna es la mejor fuente nutricional para el recién nacido prematuro. Según las necesidades de cada niño, la leche materna se debe complementar con minerales, vitaminas y enriquecedores calóricos. Esto se consigue añadiendo fortificantes a la leche materna según pauta individualizada. Si la madre del bebé no tiene suficiente leche, podemos acudir a un banco de leche para complementarla.

Cuando alcanzan el período de crecimiento estable, está indicado el uso de fortificantes en la leche materna de forma individualizada, hasta que puedan alimentarse al pecho directamente y entonces se valorará si es necesario seguir fortaleciendo parte de la lactancia.

Como segunda alternativa usamos fórmulas para prematuros que son más calóricas que las fórmulas para niños a término y están enriquecidas con proteínas, calcio, fósforo y otros componentes que necesitan para coger peso y seguir con su desarrollo. Además, suelen tener menos lactosa para favorecer su digestión y más cantidad de grasas poliinsaturadas. La buena ganancia de peso y talla es también garantía para el desarrollo del sistema nervioso, pero no conviene ganar demasiado peso demasiado rápidamente por el riesgo de enfermedades en el futuro (síndrome metabólico del adulto). En la mayoría de las ocasiones al alta del niño vamos a estar con leche materna o leche de fórmula.

Se denomina preparado o leche para lactantes al que se emplea para sustituir la alimentación del lactante hasta los 4-6 meses y preparado de continuación, al que se emplea a partir de esa edad.

LECHES INFANTILES Y DESARROLLO COGNITIVO

Los ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga son los fosfolípidos fundamentales del sistema nervioso central y de las células fotorreceptoras de la retina, por lo que su inclusión es obligatoria en los preparados destinados a lactantes menores de 12 meses de edad. Su presencia es especialmente relevante en las fórmulas destinadas a la alimentación del prematuro, ya que su incorporación a nivel cerebral se realiza especialmente durante el tercer trimestre del embarazo.

LECHES INFANTILES CON EFECTO BIFIDÓGENO

Los oligosacáridos de la leche materna desempeñan, entre otras funciones, un papel en la resistencia a la infección intestinal. Ésta la realiza de forma indirecta, actuando como un prebiótico. La leche complementada con oligosacáridos da lugar a deposiciones más blandas de forma dependiente de la dosis. Con el mismo objetivo de conseguir una microbiota similar a la de los niños amamantados se encuentra la complementación de las fórmulas infantiles con probióticos, habitualmente cultivos de bifidobacterias o lactobacilos.

Casi todos los bebés toleran bien estas fórmulas. La mayoría de las veces, las fórmulas a base de leche de vaca no son la causa de síntomas como cólico, estreñimiento o regurgitación y los padres no necesitan cambiar a una fórmula diferente. Si el pediatra valora que los síntomas pueden estar detrás de una determinada patología, prescribirá una fórmula especial.

Estas fórmulas están hechas con la proteína de leche de vaca que ha sido modificada para que sea más parecida a la leche materna. La lactosa y los minerales de la leche de la vaca, al igual que los aceites vegetales, minerales y vitaminas, también están en la fórmula.

TIPOS ESPECÍFICOS DE FÓRMULAS ESPECIALES



FÓRMULAS PARA TRASTORNOS DIGESTIVOS MENORES

Mejora del cólico

Las fórmulas destinadas a la mejora de los síntomas del lactante presentan una composición de elevada tolerancia y digestibilidad en la cual suelen incluirse proteínas parcialmente hidrolizadas, un bajo contenido en lactosa, y prebióticos y/o probióticos para favorecer una microbiota intestinal equilibrada que favorezca la reducción de la formación de gases y meteorismo. Habitualmente incluyen compuestos espesantes que incrementen la densidad de la fórmula y permitan la reducción de posibles regurgitaciones.

Leches antirregurgitación

Normalmente, se denominan leches AR. Las fórmulas antirreflujo llevan espesantes como semilla de algarrobo, almidón de arroz y almidón recocido de maíz y, por lo general desde el punto de vista clínico, estas leches disminuyen la incidencia y la gravedad de las regurgitaciones y son bien toleradas, pero, sin embargo, sólo se necesitan para los bebés con reflujo que no están aumentando de peso. Según el Comité de Nutrición de la ESPGHAN las leches que contienen espesantes "sólo deben utilizarse en niños seleccionados, cuya ganancia ponderal se vea afectada por las pérdidas de nutrientes asociadas a las regurgitaciones, junto con un tratamiento médico adecuado y bajo supervisión".

Leches anti-estreñimiento

Llamadas leches AE. Con los recientes avances en tecnología de los lípidos, se puede actualmente sintetizar triglicéridos con palmitato en posición preferente β . Los estudios realizados con leches que contienen esta modificación de los triglicéridos han demostrado que las heces de estos niños presentan una dureza significativamente menor que las de los alimentados con leche infantil estándar, y que esto se corresponde con un menor contenido de jabones cálcicos. Asimismo, se abre la posibilidad de que estas leches modificadas, además de mejorar el estreñimiento, mejoren el contenido mineral óseo de estos niños, al permitir una mejor absorción del calcio de la leche.

FÓRMULAS DESTINADAS AL MANEJO NUTRICIONAL DE ALERGIAS E INTOLERANCIAS

Las fórmulas de este apartado deben estar prescritas por el pediatra y su utilización debe responder a un diagnóstico de una patología concreta. Generalmente, son mucho más costosas que las comunes, y en aquellos casos en los que se considere oportuno, pueden estar financiadas.

Para el manejo nutricional de la alergia a proteínas de leche de vaca existen diferentes opciones:

Fórmulas extensamente hidrolizadas	<p>Son fórmulas hipoalergénicas especialmente indicadas en niños diagnosticados con alergia a la proteína de la leche de vaca, por lo que no pueden tomar ningún alimento que contenga leche, incluidas el resto de las fórmulas.</p>
Fórmulas elementales (aminoácidos)	<p>Este tipo de fórmula puede ser útil para bebés que tengan alergias graves a la proteína de la leche o síndrome de FPIES (Food Protein-Induced Enterocolitis Syndrome).</p>
Fórmulas de proteína de arroz	<p>Están elaboradas a partir de proteína de arroz y representan una alternativa a las fórmulas extensamente hidrolizadas en aquellos casos en los que éstas no presentan una buena tolerancia o son rechazadas por sus características organolépticas.</p>
Fórmulas a base soja	<p>Estas se elaboran usando proteínas de la soja y no contienen lactosa. La Academia Americana de Pediatría recomienda las fórmulas de soja para los padres que no quieren que su hijo consuma proteína animal y para los bebés con galactosemia o deficiencia congénita de lactasa; en España se usan menos y no se deben dar en menores de 6 meses.</p>

FÓRMULAS SIN LACTOSA

Estas se utilizan para la deficiencia congénita de lactasa y la deficiencia primaria de lactasa. La deficiencia de lactasa con mayor frecuencia empieza después de que un niño cumple el primer año de vida.

Un niño que tenga una gastroenteritis con diarrea por lo regular no necesitará fórmula sin lactosa.

4.3. Alimentación complementaria

Los niños prematuros siguen la misma pauta de introducción de alimentación complementaria que el resto de los niños, aunque haciendo la salvedad de iniciarla de forma individualizada según la edad corregida y el desarrollo madurativo de cada niño.

Como normas generales, durante el primer año de vida, **la leche debe ser el principal alimento**. Siempre que se pueda mantener (ya sea por causas maternas o de crecimiento del bebé) la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida es lo óptimo. A partir de esa edad se introducen los alimentos de forma lenta y progresiva, sin introducir varios alimentos a la vez.

Cada vez existen menos normas para la introducción de estos, pero en España el orden habitual es empezar por cereales primero sin gluten, para iniciar los cereales con gluten a los seis meses, siguiendo luego por fruta o verdura y, posteriormente, carnes, pescados, derivados lácteos, huevo, legumbres.



La leche de vaca nunca debe introducirse antes del año de vida, al igual que la miel. Los frutos secos no antes de los 3 años.

La introducción de alimentos en trozos debe ser individualizada, pero habitualmente se puede hacer una vez conseguida la sedestación. Los niños prematuros también pueden llegar a comer alimentos enteros autogestionados por el bebé siguiendo el método BLW (Baby Led Weaning).

Vitaminas

La AEP recomienda suplementar la alimentación de los lactantes con **400 unidades** de **vitamina D** durante el primer año de vida. Adicionalmente, algunos grandes prematuros precisan **800 unidades** transitoriamente **por hipovitaminosis D**.

A los bebés prematuros con riesgo, además se les debe dar **hierro** según la recomendación de su pediatra durante los primeros meses, normalmente hasta la introducción de la alimentación complementaria y de forma individualizada en los siguientes meses.

4.4. Bibliografía y recursos de interés

Área de padres de la página web de la Sociedad Española de Neonatología <https://www.seneo.es/index.php/comisiones/comisiones/redes-neonatales/composicion/2-uncategorised/626-asociaciones-de-padres>

Protocolos de la Sociedad Española de Neonatología 2023 <https://www.seneo.es/index.php/publicaciones/protocolos-de-la-seneo-2023>

Página para familias de la Asociación Española de Pediatría <http://enfamilia.aeped.es/>

Página Familia y Salud de la Asociación de Pediatría de Atención Primaria <http://www.aepap.org/familia/index.htm>, <http://www.familiaysalud.es/>

Consejos sobre patología de la Sociedad de Urgencias Pediátricas <https://seup.org/padres/>

Asociación de Padres de Niños Prematuros (APREM) <https://aprem-e.org/>

5. Intervención farmacéutico comunitario: información y consejos para los progenitores del bebé prematuro

Yolanda Tellaeche Bacigalupe, farmacéutica, presidenta de la ONG farmaSOLIDARIA. Autora también de los decálogos



Porque es razonable sumar a los farmacéuticos comunitarios, por su posición de cercanía y accesibilidad, al cuidado de las familias con bebés prematuros de su entorno, es por lo que se ha desarrollado este documento de base, como una primera guía de consulta.

Además de las visitas al pediatra del primer año, el farmacéutico tiene la oportunidad de intervenir con consejos y recomendaciones como mínimo DOCE veces, su posición como asesor de salud es magnífica para remarcar la información que sea necesaria en cada momento, quitar angustia si esta no tiene base y derivar al pediatra si considera necesaria su intervención y, para todo ello, se necesita una base de conocimiento.

Siempre, como la forma más idónea para una comunicación cercana, ante un comentario sobre el deseo de un embarazo, debemos pensar que nada es obvio y toda información es importante; un ejemplo son las dispensaciones de pruebas de embarazo, métodos de detección de los días de ovulación y complementos dietéticos o vitamínicos (preconceptivos, embarazo y lactancia), situaciones magníficas para establecer un diálogo con las recomendaciones personalizadas a cada mujer.

Remarcar siempre los hábitos de vida saludable:



Alimentación variada y equilibrada, importancia del ácido fólico, se recomiendan 400 µg diarios al menos un mes antes del embarazo, si se empieza tres meses antes, mejor. Una dosis superior debe ser recetada por el médico. Recordar los beneficios de la dieta mediterránea por su riqueza en frutas, verduras, pescado y aceite de oliva como pilares esenciales.



Acudir a una consulta preconcepcional; este es un buen consejo no solo para las mujeres con morbilidades previas al embarazo, también para las mujeres sanas, conocer su salud obstétrica y su inmunidad, por ejemplo, frente a la rubeola.



IMC de la mujer antes del embarazo, cuanto más elevado mayor riesgo en el embarazo y en el parto.



Ejercicio físico según hábitos previos, muy importante mantener o pautar un mínimo de ejercicio físico: natación, andar, bicicleta, cinta, yoga..., siempre adaptado a las condiciones físicas y de salud.



Abandono de hábitos tóxicos: alcohol, tabaco, otros.

Los factores de riesgo de prematuridad siguen siendo hoy en día desconocidos, en gran parte, la tasa de prematuridad está creciendo y esta tendencia es algo que muy posiblemente continúe en un futuro próximo; si sabemos que existe una relación entre prematuridad y embarazos en chicas jóvenes y también en mujeres de edad avanzada, el aumento de los tratamientos de fertilidad y los embarazos múltiples.

Es además motivo de reflexión el hecho de que algunas empresas orienten a sus empleadas a congelar sus óvulos para retrasar su maternidad. Esto, unido a partos inducidos y adelantados por deseo de la madre, crean un escenario que puede influir en el crecimiento de la prematuridad.

A continuación, se describen aquellas situaciones en las que la farmacia comunitaria puede colaborar con el pediatra de atención primaria y con la familia, remarcando los consejos en el seguimiento del bebé prematuro.

5.1. Sueño

El bebé prematuro duerme mucho tiempo y su sueño es ligero, se mueve, tiene sobresaltos y hace ruidos al respirar. Una simple congestión nasal puede hacer que ronque o respire de forma ruidosa.

También hay que contemplar otros desajustes como el estrés materno, el no estar preparado para la diferenciación de día y noche tras su estancia en el hospital, etc.

Algunas recomendaciones:



Si el bebé tiene despertares frecuentes y está inquieto, intentar el método canguro, que consiste en colocar al bebé piel con piel sobre el pecho de la madre o del padre, se recomienda aproximadamente 1 hora al día y también se puede aprovechar para colocar el bebé al pecho



Puede dormir mejor envuelto en una manta y con topes en los lados de la cabeza, pies y cuerpo, con las manos libres para que pueda llevárselas a la boca



Cada bebé es diferente y la madre va a ir aprendiendo cuál es el ambiente que favorece su descanso; hay niños que duermen mejor con actividad a su alrededor y otros que necesitan un ambiente tranquilo y silencioso



Consejos para evitar la muerte súbita del lactante:



Usar colchones firmes



Siempre que se pueda, que el bebé reciba lactancia materna



Compartir habitación con los padres, pero no la cama



Seguir el calendario de vacunación



Usar chupete



Dormir boca arriba



No abrigar en exceso al bebé y evitar el calor excesivo



Evitar el consumo de tóxicos en el entorno familiar: tabaco, alcohol y otras drogas

5.2. Cuidados de la piel

La piel del bebé en general tiene unas características diferentes a las del adulto: más delgada, tiene menos vello, un extracto córneo menos desarrollado, la cohesión epidermis/dermis no es buena, produce menos cantidad de sudor y de grasa y su pH es ácido (4.5-6), aunque en el momento del nacimiento es neutro, un poco más alto.

En el bebé pretérmino la fragilidad es aún mayor y también la permeabilidad cuanto menor es su edad gestacional. La piel del recién nacido carece de flora microbiana de protección, su protección se debe al PH ácido que inhibe el crecimiento microbiano, por eso, no parece adecuado ni necesario el baño diario y, de realizarse, siempre con productos de limpieza sin jabón, bases lavantes ácidas o neutras. El uso excesivo del agua provoca sequedad y solo debe utilizarse, siempre tibia, en la zona genital.



No utilizar jabones con antisépticos sobre la piel sana nunca, alteran el equilibrio bacteriano de protección y tampoco se debe utilizar nunca derivados del yodo antes de los 2 primeros años de vida.



El baño: se puede bañar al bebé desde el primer día que esté en casa, los bebés prematuros en el hospital se suelen bañar a diario y esta es una actividad estimulante para ellos. Por higiene, como se ha dicho, no es del todo necesario el baño diario con agua y en niños con piel muy atópica y/o que el baño les resulte estresante, se pueden utilizar productos de limpieza sin agua y espaciar los baños. Secar la piel en toques suaves, nunca frotando la piel.



Limpieza diaria: los cambios de pañal se deben realizar cuando este esté sucio, es la mejor prevención de la dermatitis del pañal; se debe hacer con agua, aunque también se pueden usar las toallitas de limpieza. La pasta al agua se debe aplicar si la zona ano genital está irritada en cada cambio de pañal.



Limpieza de pliegues diaria, mantener los pliegues secos para evitar maceración y enrojecimiento.



Después de un baño con agua, hidratar la piel del bebé, ya que la hidratación mejora el estado de la piel y su protección. Son ideales las líneas infantiles específicas para piel sensible y atópica.



Productos de higiene e hidratación por las características de fragilidad de la piel del bebé prematuro, los productos más adecuados son las líneas dermatológicas de calidad farma, por su formulación y controles de calidad. Por las posibilidades de la farmacia de comunicar alertas de cosmetovigilancia y la relación directa con los departamentos médicos de los laboratorios farmacéuticos. Estos son valores muchas veces desconocidos, y aportan seguridad.



5.3. Control de peso



Patrón de ganancia ponderal. Cada niño tiene su propio desarrollo y crecimiento; existen tablas específicas usadas como guía, el seguimiento del peso será establecido por el pediatra para no abrumar a la madre con un sobreseguimiento; aun así, la madre podrá pesar a su bebé en la farmacia, si es su deseo, y presentar a su pediatra estas medidas realizadas.



Estabilidad fisiológica: respiración y temperatura. Durante su estancia en el hospital se le toma la temperatura constantemente, en casa no es necesario hacer lo mismo ya que al alta, el bebé ya controla su temperatura corporal, necesita estar vestido y con una temperatura externa agradable en torno a los 20-22° para mantener el calor. Si al alta el bebé no necesita oxígeno, el control de su respiración es equiparable al de un bebé nacido a término.

5.4. Alimentación

El pediatra debe establecer la alimentación de continuidad del niño tras el alta hospitalaria. Según la decisión y prescripción de la alimentación elegida, el farmacéutico debe remarcar a la madre esa información y colaborar en cualquier duda sin resolver.

Los reflejos de succión se desarrollan a partir de las 32 semanas y los bebés empiezan su alimentación al pecho, en la mayoría de los casos, antes del alta. Es una práctica común poner al bebé al pecho no con fines nutricionales, sino para acostumbrarle y poder preparar la transición de la sonda a la alimentación oral.

La utilización del chupete es excelente para quitarles la aversión oral, muchas veces debida a sondas u otros elementos que hayan tenido en la boca, les ayuda a aprender a respirar por la nariz, calma y fortalece la musculatura de la boca.

La leche materna en un parto prematuro es también prematura y con el paso de los días va cambiando su composición y va adaptándose al bebé, el fortificar la leche materna es una forma de ayudar al desarrollo porque estos bebés tienen más necesidades en proteínas, vitaminas, calorías y minerales que los bebés a término.

Breve repaso de las distintas opciones de alimentación:



Lactancia materna: si esta es la elección, la madre debe tener conocimientos claros para una correcta manipulación, conservación y extracción de la leche. Repasar, aconsejar y acompañar para poder ayudar en el correcto uso de estos equipos. Los bebés prematuros pueden requerir tomas cada 2-3 h, los extractores permiten tener siempre leche materna a disposición.



Lactancia materna fortificada: en el mercado hay varios tipos de fortificantes para añadir a la leche materna, como hemos comentado antes, habitualmente al alta los niños prematuros no suelen tomar fortificantes. La leche fortificada se debe preparar en el momento. También se puede fortificar la leche cuando el bebé es mayor, añadiendo preparados que aportan ácidos grasos, hidratos de carbono o ambos en función de las necesidades de cada niño, siempre pautadas por su pediatra.



Lactancia artificial con fórmulas para prematuros: profundizar en el conocimiento de la leche concreta prescrita para poder informar de forma correcta a la madre.



Aportes suplementarios: a todos los bebés menores de 1 año se les debe dar vitamina D 400 UI/día. En ocasiones, los niños prematuros pueden necesitar de otros aportes concretos según su patología, que vendrán pautados por su pediatra.



Trastornos específicos del bebé: estreñimiento, regurgitación, reflujo gastrointestinal, vómitos, diarrea. En estas situaciones debemos remitir al pediatra que evaluará cada situación concreta.



Consideraciones específicas por patologías al alta: en situaciones especiales como displasia broncopulmonar o algunas cardiopatías, la alimentación del bebé debe ser más calórica por lo que probablemente tendrá pautado algún tipo de fortificante.

5.5. Alertas para el farmacéutico



SOBRE EL ENTORNO SOCIAL Y FAMILIAR DEL BEBÉ:

Son muchos los factores que influyen en el desarrollo y evolución de un bebé prematuro y uno de ellos es su entorno social y familiar, si estos no reúnen unos mínimos de conocimientos, recursos económicos, etc., es un motivo de mayor alerta y seguimiento del bebé. Es conveniente recordar a las familias que los trabajadores sociales de su Ayuntamiento podrían ayudarles.

Ninguna pareja está preparada para tener un hijo que nace demasiado pronto; la situación es compleja, el bebé es demasiado pequeño y las primeras semanas o meses están llenas de incertidumbre y miedos; los progenitores se preguntan primero si sobrevivirá y posteriormente el miedo se centra en las secuelas, esto junto a sentimientos de culpa, tristeza, a veces este proceso emocional no concluye con la aceptación del bebé, con dos posibles situaciones extremas, la no aceptación o la sobreprotección.

La crisis emocional puede llevar a la rotura de la pareja, los malos tratos al bebé son mayores en prematuros, probablemente por no haberse establecido el vínculo adecuado. Los problemas económicos y laborales pueden agravar la situación porque hay que considerar, además, que no se aconseja que estos bebés vayan a la guardería hasta los 2 años de edad corregida.

Todo de entrada resulta duro y complejo, en la mayoría de los casos la familia sale reforzada, pero no es extraño que necesiten de ayuda profesional, incluidos los hermanos del recién nacido.

EI FARMACÉUTICO debe comunicar al pediatra cualquier situación que considere que pueda resultar en un cuidado no suficiente o no apropiado del bebé.

Como ya se ha comentado, **“No todo lo que puede pasar tiene que pasar, la información rigurosa es positiva”, esta es una máxima a recordar a la familia cada vez que sintamos que flaquea y se angustia.** La apariencia corporal de un niño pretérmino condiciona una situación familiar que no es fácil de asimilar y toda ayuda es poca en esta primera etapa.



Siempre debemos aconsejar una serie de **precauciones para evitar la exposición del bebé prematuro a enfermedades infecciosas respiratorias:**

-  El bebé no debe estar en contacto con personas acatarradas o con procesos infecciosos respiratorios.
-  No deben estar en espacios donde haya mucha gente.
-  No se debe fumar en presencia del bebé ni en los espacios de la casa donde se encuentre en algún momento del día.
-  Si la situación familiar establece la necesidad de recurrir a una guardería, siempre se deberá retrasar lo máximo posible (24 meses de edad corregida) y siempre previo conocimiento del pediatra. (Hay algunas ayudas para estas situaciones como el RD 1148/2011, de 29 de julio, para la aplicación y desarrollo, en el sistema de la Seguridad Social, de la prestación económica por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave, donde se recoge esta prestación para algunas situaciones vinculadas con la prematuridad; ver anexo del RD).
-  La persona a su cargo debe lavarse frecuentemente las manos y no compartir utensilios para comer o beber de otros niños.



SOBRE EL DESARROLLO MOTOR:

Es importante conocer las particularidades del desarrollo motor en los nacidos prematuramente para poder alertar ante una situación concreta. En este documento se aporta información muy interesante para colaborar con la familia y disminuir su ansiedad.



SOBRE POSIBLES TRASTORNOS CONDUCTUALES:

Son muchos los comentarios que realiza la madre sobre comportamientos durante toda la etapa infantil y es importante destacar alertas concretas en estos niños que puedan tener relevancia:

- **LLORA MUCHO:** algunos consejos: masaje abdominal, sujetarle en posición fetal (brazos y pies flexionados), limitar los estímulos del entorno (ruido, luz, movimiento), sostenerle abrazado, pero sin movimiento. Cada madre y padre acaba aprendiendo a controlar el llanto de su bebé con la experiencia y el tiempo.
- **DUERME MAL, INQUIETO**
- **EN EDAD ESCOLAR: COMPORTAMIENTO, AGRESIVIDAD, SOCIABILIDAD...**



SOBRE EL CALENDARIO DE VACUNACIÓN

Los bebés prematuros son vacunados siguiendo el calendario de vacunaciones recomendado para su edad cronológica. La respuesta inmunológica es similar a la del bebé nacido a término en intensidad, perdurabilidad y tolerabilidad, esta es la razón por la cual no se hace ninguna modificación relacionada con el adelanto del parto. Entre los nacidos con <1500 g. de peso los reingresos por problemas respiratorios son altos y es importante remarcar la importancia de la vacunación antigripal de todos los que conviven con el bebé y del prematuro a partir de los 6 meses de edad cronológica. **En el apartado del pediatra ya se han especificado las consideraciones a tener en cuenta.**



SOBRE POSIBLE ENFERMEDAD

- Fiebre temperatura superior a 38° axilar y rectal superior a 38,5°
- Tos, estornudo, ojos llorosos o con secreción, secreción nasal, ruidos al respirar distintos a los normales
- Cambios en el comportamiento: más lloroso, más somnoliento, más quejoso
- Dificultad respiratoria
- Vomita más de lo normal
- Diarrea con deposiciones frecuentes y de muy mal olor y color verdoso
- Hace menos pis o este es más oscuro o huele mal
- Está muy pálido o congestionado



5.6. Medicación del bebé prematuro

Algunos de estos bebés utilizan medicación que hay que preparar específicamente para ellos, hoy no todos los farmacéuticos formulan y los que lo hacen, no todos realizan fórmulas pediátricas; si es este tu caso, es importante que ayudes a la familia a localizar una farmacia comunitaria que sí lo haga, evitar el "peregrinaje" de los padres en busca de información también es colaborar con su situación.

Si tienes laboratorio y realizas fórmulas pediátricas, no olvides nunca en su dispensación todos los consejos inherentes a la misma: conservación, manipulación, dosis y pauta posológica establecida, confirma que lo han entendido bien y algo muy importante ayúdales a planificar cuando deben retirar la siguiente si es un tratamiento de continuidad.

Es muy interesante que contactes con el pediatra y que sepa quién es el farmacéutico formulador.

INFORMACIÓN DE RECURSOS SOCIOSANITARIOS EN LA ZONA: no existe ninguna página web específica donde encontrar información sobre recursos sociosanitarios existente en la zona. Te recomendamos que antes del alta hospitalaria del bebé consultes con los pediatras y sobre todo las trabajadoras sociales del hospital, el ayuntamiento y de atención primaria. También te será de utilidad contactar con APREM, y la Asociación de Padres de Niños Prematuros (<http://aprem-e.org/>)

5.7. Bibliografía y recursos de interés

García Reymundo MG, Hurtado Suazo JA, Calvo Aguilar MJ, Soriano Faura FJ, Ginovart Galiana G, et al. Recomendaciones de seguimiento del prematuro tardío. En: Sociedad Española de Neonatología [en línea]. Disponible en www.se-neonatal.es

Manual para padres de bebés prematuros. Presentado y difundido por la Sociedad Española de Neonatología

Manual para padres de bebés prematuros, Escuela de Padres, Quirón salud Madrid

6. Decálogo de conclusiones para el farmacéutico



Si atiendes a la familia de un bebé prematuro, es importante que leas con detenimiento este documento de información, se ha elaborado específicamente para ti y quiere ser una base de conocimiento que te ayude a la hora de prestar atención a estos bebés y a sus familias.

Ideas clave:

1/

Es importante que te muestres proactivo y cercano, demuestra a la familia que puede contar contigo

2/

Ofrece tu colaboración al pediatra de Atención Primaria de tu área de salud

3/

Si el bebé necesita de alguna fórmula magistral específica y tú no formulas, facilita información sobre qué farmacia elabora fórmulas pediátricas

4/

Coordina con la familia para tener siempre los alimentos de prematuros necesarios y/o de fortificación específicos

5/

Aconseja y verifica que el familiar tiene el conocimiento necesario para la correcta preparación de los biberones

6/

Si la alimentación es con leche materna al pecho, son muchas las tomas de estos bebés al día, tu ayuda es importante en la extracción de leche, manipulación y conservación

7/

Todos los consejos sobre higiene y cuidados de la piel son importantes

8/

Colabora u ofrece tu colaboración en el seguimiento del peso del bebé, mientras no alcance un peso similar al bebé a término, el seguimiento ponderal y la evolución del crecimiento lo realiza su pediatra; si la madre lo desea puedes pesarlo y medirlo, te recomiendo que utilices un pesabebés calibrado. Este es un momento muy interesante para estrechar la relación con la familia y remarcar consejos

9/

Colabora en la información de recursos sanitarios en tu zona, recursos con garantías en Internet

10/

Colabora en los momentos de angustia y ansiedad de la madre o el padre, tu cercanía y accesibilidad tienen un valor y confianza grande para ellos

7. Decálogo para las familias

Para vosotros que vivís preocupados por vuestro **pequeño bebé**:



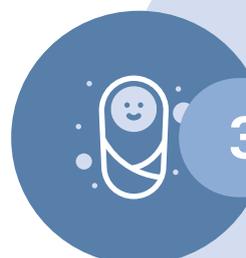
1/

La alimentación de vuestro bebé es muy importante, seguid todas las indicaciones de vuestro pediatra y, ante cualquier duda, consultad a vuestro farmacéutico.



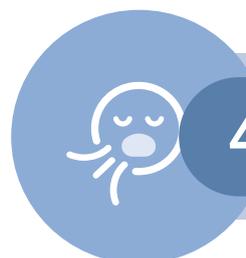
2/

Si teneis dificultades con la lactancia al pecho, consultad con vuestro farmacéutico sobre métodos de extracción, manipulación de la leche o protección del pezón y, si aparecen grietas, sobre cómo tratarlas.



3/

Haced una presentación a la familia ordenada, la alegría e ilusión de que todos conozcan a vuestro bebé es normal, pero debéis evitar el exceso de personas en espacios cerrados, el contacto con otros niños pequeños (esto es importante en las visitas al pediatra). Todas estas precauciones ayudarán a prevenir infecciones respiratorias a vuestro bebé y son muy importantes hasta los 24 meses de edad corregida.



4/

Ante cualquier alteración del ritmo respiratorio, como respiración poco profunda y rápida, sonidos roncacos, etc., debéis consultar con el pediatra.



5/

La fragilidad de la piel es grande y necesita de productos específicos para el baño e hidratación, siempre específicos para una piel frágil y sensible, siempre mejor de laboratorios farmacéuticos, por la seguridad y controles que la calidad Farma aporta. Consultad con vuestro farmacéutico los hábitos de baño y cuidado de la piel. No utilizéis apósitos adhesivos sobre la piel, si es imprescindible, solo los de piel sensible y mejor sobre una gasa o venda.



6/

Realizad cambios de pañal con toda la frecuencia necesaria, evitaréis irritaciones en la zona genital, siempre es mejor prevenir.



7/

Su temperatura corporal necesita una correcta aclimatación del entorno, ni frío en invierno ni calor en verano, los procesos de regulación de temperatura están inmaduros y necesitan un entorno estable: 20-22°C



8/

Nadie conoce a vuestro bebé como vosotros, si hay alteraciones en sus deposiciones, regurgita más de lo habitual, vómitos, tos, exceso de sueño, consultad con su pediatra.



9/

Si llora mucho, está intranquilo o irritable: probad a colocar al bebé en vuestro pecho piel con piel, observad cuál es el ambiente más confortable para él, hay bebés que se relajan con actividad de fondo, probad a poner música que transmita paz y serenidad.



10/

La mejor postura para dormir es boca arriba, es conveniente hacer cambios posturales de la cabeza, colocar estímulos, juguetes, en el lado contrario al favorito.

Por último, el **desarrollo fisiológico y cognitivo de vuestro bebé no debéis compararlo con otros bebés nacidos a término**, aproximadamente hasta los dos años su ritmo es otro, hay que saber esperar, nada tiene por qué ir mal.



Con el aval de:



Con la colaboración de:



Con el apoyo de:

