



FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA  
UNIVERSIDAD DE CHILE

# Programa Seguimiento del Niño/a Prematuro en APS

Daniela Montecinos G.  
Enfermera  
Departamento Enfermería  
Facultad de Medicina  
Universidad de Chile

8 de Marzo 2016



# Terminología

## PARTO PREMATURO

Embarazo que finaliza antes de 37 SG.

Incidencia:

- 10% internac.
- 5 a 6 % Chile

## RNPT

RN nace antes de completar las 37 SG.

Clasificación	Semanas de gestación al nacimiento
Extremo	< 32 semanas o peso $\leq$ 1.500 g.
Moderado	32 a 33 semanas y 6 días y peso > 1.500 g.
Tardío	34 a 36 semanas y 6 días y peso > 1.500 g.

OMS Aborto:  
22 semanas gest.  
<500grs o 25 cm de corona a rabadilla



# Niños/as. Prematuros/as Extremos/as

Mort. infantil sigue concentrado en Mort. neonatal y neonatal precoz

Nac. Prematuros extremos: 75-80% mortalidad perinatal

La sobrevida depende de la EG y el peso al nacer:  
RN <1.500 g. tiene riesgo de morir en 1° año, 180 veces superior  
al de un RN > de 2.500gr. (Minsal, 2010)

La sobrevida ha mejorado en las últimas décadas: avances en la medicina, Neo, VM, monitoreo no invasivo, uso corticoides prenatales y surfactante exógeno.

(Hübner, M.& Ramírez, F., 2002)



# Niños/as. Prematuros/as Extremos/as

Representa el 1%  
nacimientos en  
Chile  
(2.500niños/año).

50% presenta  
EMH, prevenible  
60% uso  
corticoide.

## MORBILIDADES:

- 95% Membrana hialina
- 50% Displasia BPN
- 40% Retinopatía del prematuro
- 25 y 30% hemorragia intraventricular grado III y IV (alt. Del neuro-desarrollo)
- Enterocolitis necrotizante



(Valenzuela & Moore, 2015)



# Niños/as. Prematuros/as Extremos/as

El 50% de las alt. neurológicas de la infancia son atribuibles a prematurez

RN de 22 a 26 SG: 20 a 25% de déficit mayores

- Déficit neurológico: 17-21%
- Parálisis cerebral: 12-15%
- Ceguera: 5-8%
- Sordera: 3-5%

**8 años >50% de los RN <1kg requirieron:** dedicación especial y refuerzo en clases, 20% educación en colegios especiales y 15% habían repetido por lo menos un curso.

(Sepúlveda, A., Kobrich, S., Guiñez, R.&Hasbun, J., 2012)



Minsal define «**Programa de seguimiento del prematuro extremo**» Establece orientaciones para atención:

- Normativa técnica
- Guías Ges

# Prematuros Moderados y Tardíos

## Moderado:

32 a 33 s y 6 días y  
>1.500grs



## Tardío:

34 a 36 s y 6 días y  
>1.500grs

Constituyen alrededor del 6 a 8% de los NV

Riesgo intermedio de morbimortalidad entre los prematuros extremos y los de término.

Es 4 a 5 veces más numeroso que los menores de 32 semanas.



# Prematuros Tardíos

Grupo de > incremento en los últimos años, alcanzando hasta 10% nacidos vivos.

Incidencia de morbilidad:

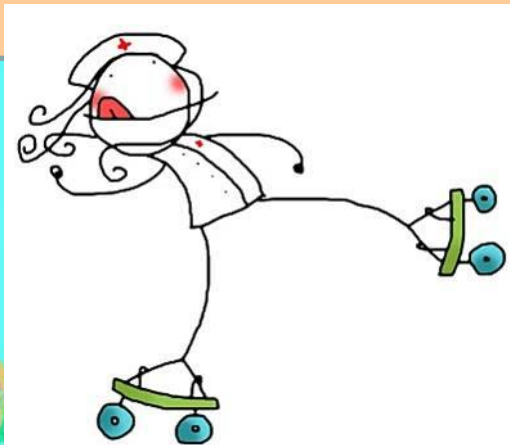
- Ausencia de los mec. transición son inadecuada adaptación respiratoria (+frec)
- Control glicémico y de temperatura (que pueden extenderse hasta por 24 horas, en comparación con 30 minutos en los nacidos de término)



# Prematuros Tardíos

Alrededor de 40 a 50% de este grupo se hospitaliza, otro importante se va con su madre.

Aunque comparativamente el mayor costo en recursos médicos está en <32s, más vulnerables y de morbilidad más severa a corto y largo plazo, los PT son un grupo de riesgo que pueden beneficiarse con medidas de prevención





# Prematuros moderados

Grupo que nace entre las de 32 a 33s y 6 días

Hospitalizado hasta resolver los problemas derivados de su prematurez

Presenta morbilidad respiratoria, infecciosa y/o metabólica y completa su período de adaptación durante la hospitalización

Enfrentamiento  
de la A.  
Ambulatoria es  
diferente



La prematuridad se asocia a un mayor riesgo de secuelas biopsicosociales

Los esfuerzos no están centrados solamente en < la mortalidad



Mejorar su **CALIDAD** de vida y disminuir las secuelas

Prestaciones de salud difieren de las universales, debido a que son una población de alto riesgo.

# PRESTACIONES DE SALUD PARA NIÑOS/AS PREMATUROS/AS



# Prestaciones de Salud Nivel III

Prevención  
del parto  
Prematuro  
(GES)

LM precoz  
durante  
hospitalización

Hipoacusia  
neurosensorial  
bilateral del  
prematuro  
(GES)



Toma muestra  
Fenilketonuria  
(PKU) e  
Hipotiroidismo  
Congénito

Retinopatía  
en  
Prematuro  
(GES)

Displasia  
BPN  
(GES)

Inmuniza-  
ción en la  
hospitaliza-  
ción



Propósito: Detección precoz de los grupos de riesgo y brindar manejo oportuno

**APS:**  
Preconcepción

**APS:**  
Detección FR

**Nivel II:**  
Consulta con  
especialista  
<14 días

**Nivel III:**  
Hospitalización



**Síntomas de P. Prematuro:**  
Cambios Cervicales <35 SG  
Contracciones <35 SG

**Diagnóstico:**  
Evaluación por profesional  
de la salud dentro de 6  
horas desde la derivación.

**Tratamiento**  
Antes 2 horas de  
confirmación diagnóstica.  
Incluye corticoides <35 SG

Manejo P. prematuro: Disminuir  
las complicaciones neurológica

# Prestaciones

LM precoz durante hospitalización



Toma muestra  
Fenilquetonuria (PKU) e  
Hipotiroidismo Congénito  
(alt. Hormano tiroidea)



Muestra de sangre en papel filtro  
Séptimo día de edad, siempre  
que esté alimentación láctea  
materna o artificial al menos 24  
horas previo al examen. No  
esperar el momento del alta

# Prestaciones

## Vacunación

Según la edad  
cronológico  
(estabilizado/a)



- Vacuna BCG debe adm. alcance los 2 kilos de peso.
- Deben recibir 3 dosis de Vacuna Neumocócica conjugada (2, 4, 6m) + Refuerzo (12 meses) para asegurar la respuesta inmune.
- Vacuna Polio Oral debe postergarse hasta el alta del paciente (contagio oral, fecas y secreciones respiratorias)



## Prestaciones

## Displasia Broncopulmonar del Prematuro

Enfermedad pulmonar crónica con dependencia O<sub>2</sub> por > 28 días.  
Consecuencia de la exposición del pulmón inmaduro del prematuro a noxas ambientales (oxígeno, infecciones, barotrauma, volutrauma)



- Son beneficiarios todos los RNPT <32SG o <1500grs. con diagnóstico confirmado.
- **Tratamiento:** Dentro de 24 hrs. luego de la confirmación diagnóstica
- **Seguimiento:** Primer control dentro de 14 días, después del alta hospitalaria.
- **Principales prestaciones garantizadas:** Exámenes, Medicamentos, Aparatos de ventilación mecánica (CPAP), Kinesioterapia, Oxigenoterapia.



## Prestaciones

## Retinopatía del Prematuro (GES)



La Retinopatía del prematuro (ROP) es una enfermedad proliferativa de los vasos sanguíneos de la retina (vasculogénesis), de origen multifactorial, producida por la existencia de una retina inmadura y solo parcialmente vascularizada al producirse el nacimiento prematuro

## Prestaciones

## Retinopatía del Prematuro (GES)

Son beneficiarios todos los RNPT <32SG o <1500grs. con sospecha o diagnóstico de retinopatía. Tendrán acceso a:

### Diagnóstico:

- Atención por oftalmólogo con fondo de ojo dentro de 6 s. del nacimiento.
- Confirmación diagnóstica luego de 48 hrs. desde la sospecha

**Tratamiento:** Dentro 24 hrs post diagnóstico con Cx. de láser o Cx. vitreoretinal

**Seguimiento:** Inicio dentro de 30 días desde la indicación médica hasta la madurez retiniana.

**Principales prestaciones garantizadas:** Hospitalización, exámenes, cirugía y lentes de contacto



## Prestaciones

# Hipoacusia Neurosensorial Bilateral del Prematuro




Todos los estudios al respecto demuestran que las personas afectadas por una hipoacusia sin implementación auditiva y con diagnóstico tardío, padecen de un escaso o nulo desarrollo del lenguaje oral lo que incide en un sano desarrollo cognitivo, afectivo y social

(Gobierno de Chile, 2010)



Son beneficiarios todos los RNPT <32SG o <1500grs., con sospecha o diagnóstico de sordera. Tendrán acceso a:

### Diagnóstico:

- Examen auditivo previo al alta de la unidad de Neonatología (PATC) 
- Confirmación diagnóstica

### Tratamiento:

- Audífonos dentro de 3 meses desde la confirmación diagnóstica
- Implante coclear dentro de 1 año desde la indicación médica

**Seguimiento:** Primer control dentro de 14 días, desde la implementación de audífonos o implante coclear.

**Principales prestaciones garantizadas:** Exámenes, fonoaudiología, audífonos digital bilateral, cirugía y prótesis (implante coclear)

# Preparación para el alta hospitalaria

- Padres deben ser capaces de alimentarlo
- Cuidados básicos: piel, aseo, vestimenta
- Conocer medidas de seguridad
- Aprender a administrar medicamentos
- Manejo de sondas, ostomías u equipos
- Reconocer signos de urgencia
- Saber donde acudir en caso de urg.
- Saber resucitación cardiopulmonar



# Prestaciones a nivel I y II, post-alta

ASUMIR EL SEGUIMIENTO DE ESTE GRUPO:  
calendario de controles, consultas y visitas domiciliarias  
integrales.

Dado que los niños y las niñas prematuros tienen  
inmadurez en diferentes aspectos de su desarrollo

Corregir su  
Edad  
Cronológica

Realizar una evaluación que  
se ajuste a las condiciones  
presentes



# ¿CUÁL ES LA TÉCNICA PARA CORREGIR EDAD EN NIÑOS PREMATUROS?



# ¿Cuál es la técnica para corregir edad en niños prematuros?

**Paso 1:** Cálculo en días, pero interpretación en semanas.

**Paso 2:** Tener un calendario, contar los días precisos que ha cumplido

**Paso 3:** Calcular edad cronológica

**Paso 4:** Obtener E. corregida

$$\text{Edad corregida} = (\text{Edad Cronológica real en semanas}) - (40 \text{ semanas} - \text{N}^{\circ} \text{ de semanas de gestación al nacimiento})$$



# ¿Cuál es la técnica para corregir edad en niños prematuros?

**Paso 1:** Cálculo en días, pero interpretación en semanas.

**Paso 2:** Tener un calendario, contar los días precisos que ha cumplido

**Paso 3:** Calcular edad cronológica

**Paso 4:** Obtener E. corregida

Una niña nacida el 30 de Octubre del 2015 con 31 SG  
¿Qué edad tiene si es evaluada el 6 de Enero de 2016?

EC: 67 días = 9 semanas y 4 días

EG: 31 semanas

$9 - (40s - 31s) = E. \text{ Corregida}$

$9 - (9) = 0 \text{ s } E. \text{ Corregida}$

Por lo tanto estamos frente a un RN

Edad Corregida =  
(Edad Cronológica real en semanas) – (40 semanas – N° de semanas de gestación)



# ¿Cuál es la técnica para corregir edad en niños prematuros?

Edad Corregida =  
(Edad Cronológica real en semanas) – (40  
semanas – N° de semanas de gestación)

Un niño nació el 24 de noviembre del 2015 con 34SG  
¿Qué edad tiene si es evaluado 15-febrero-2016?

EC: 83 días=11 semanas + 6días  
EG: 34 semanas

$11 - (40 \text{ semanas} - 34) = \text{E. Corregida}$   
 $11 - 6 = 5 \text{ s. E. Corregida.}$   
Niño de un mes y una semana de edad corregida.



# ¿Hasta cuándo corregir edad?

Clasificación	Corrección de edad
<b>Extremo</b>	Hasta los 24 meses
<b>Moderados</b>	Hasta los 12 meses
<b>Tardío</b>	Hasta los 12 meses

Luego de cumplida la edad límite, se efectúan los controles de salud infantil según la edad cronológica del niño/a

(MINSAL, 2014)



# Acciones según edad cronológica o corregida

Tabla 21: Atenciones a prematuros extremos, moderados y tardíos según edad corregida o cronológica

Acción		Edad	Corregida/cronológica
Vacunación APS		Según calendario PNI	Cronológica, con consideraciones estipuladas anteriormente.
Protocolo neurosensorial		2 meses	Corregida
Solicitud radiografía de pelvis		2 meses	Corregida
Escala Edimburgo (Madre)		2 y 6 meses	Cronológica
Tests del DSM	De los 8 meses	8 meses	Corregido
	De los 18 meses	21 meses	<i>Extremo: Corregido</i>
		18 meses	<i>Tardío y moderado: Cronológico</i>
	De los 36 meses	36 meses	<i>Tardío y moderado: Cronológico</i>
42 meses		<i>Extremo: Cronológico</i>	
Acompañándote a descubrir		Según calendario de controles	Cronológico
Incorporación de alimentación complementaria		4 a 6 meses	Corregido
Consulta nutricional		4 a 5 meses	Corregido
Suplementación hierro y vitamina D		12 meses	Corregido

# CALENDARIO DE CONTROLES NIÑOS PREMATUROS EXTREMOS



# Calendario de controles P. extremos

Edad/Momento		Controles	Acciones			VDI
			Especialista			
			Neurólogo	Oftalmólogo	Otorrino	
Durante la estadia de neonatología						X <sup>2</sup>
Post alta de neonatología	3 - 5 días Ingreso Nivel Secundario	X				
	7 - 10 días Ingreso APS	X				
Edad gestacional corregida	35-40 semanas	X <sup>1</sup>				
	40 semanas		X	X	X	
Edad corregida	Meses	1	X			
		2	X			
		3	X	X		
		4	X			
		6	X			
		4 a 5	CN <sup>3</sup>			
		7	X			
		8	X			
		9	X	X		
		10 y/ó 11	X <sup>4</sup>			
		12	X		X	X
		15	X	X		
Edad cronológica	Años	18	X			
		21	X			
		24	X	X		X
		30	X			
		3	X			
		3 ½	CN <sup>3</sup>   X			
		4	X	X	X	X
		4 ½	X			
		5	X			
		5 ½	X			
6	X					
7	X	X	X	X		
Nivel Primario		X	Nivel Secundario			X

**1° Previo al alta:**  
equipo de APS realiza VDI

**Objetivo:**

- Evaluar las condiciones de la familia y el hogar
- Orientar a la familia en las medidas de cuidado

**Informe AS nivel III y equipo nivel II**

**2° Según los riesgos detectados y nec. familiares**

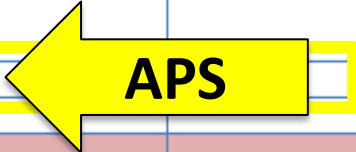
# Calendario de controles P. extremos

Edad/Momento		Acciones				
		Controles	Especialista			VDI
			Neurólogo	Oftalmólogo	Otorrino	
Durante la estadía de neonatología						X <sup>2</sup>
Post alta de neonatología	3 - 5 días Ingreso Nivel Secundario	X				
	7 - 10 días Ingreso APS	X				
Edad gestacional corregida	35-40 semanas	X <sup>1</sup>				
	40 semanas		X	X	X	
Edad corregida	Meses	1	X			
		2	X			
		3	X	X		
		4	X			
		6	X			
		4 a 5	CN <sup>3</sup>			
		7	X			
		8	X			
		9	X	X		
		10 y/o 11	X <sup>4</sup>			
		12	X		X	X
		15	X	X		
Edad cronológica	Años	18	X			
		21	X			
		24	X	X		X
		30	X			
		3	X			
		3 ½	CN <sup>3</sup>   X			
		4	X	X	X	X
		4 ½	X			
		5	X			
		5 ½	X			
6	X					
7	X	X	X	X		
Nivel Primario		X	Nivel Secundario			X



# Calendario de controles P. extremos

Edad/Momento		Acciones				
		Controles	Especialista			VDI
			Neurólogo	Oftalmólogo	Otorrino	
Durante la estadía de neonatología						X <sup>2</sup>
Post alta de neonatología	3 - 5 días Ingreso Nivel Secundario	X				
	7 - 10 días Ingreso APS	X				
Edad gestacional corregida	35-40 semanas	X				
	40 semanas		X	X	X	
Edad corregida	Meses	1	X			
		2	X			
		3	X	X		
		4	X			
		6	X			
		4 a 5	CN <sup>3</sup>			
		7	X			
		8	X			
		9	X	X		
		10 y/o 11	X <sup>4</sup>			
		12	X		X	X
		15	X	X		
		18	X			
		21	X			
		Edad cronológica	Años	24	X	X
30	X					
3	X					
3 ½	CN <sup>3</sup>   X					
4	X			X	X	X
4 ½	X					
5	X					
5 ½	X					
6	X					
7	X			X	X	X
Nivel Primario		X	Nivel Secundario			X



Lo realiza:  
Médico



# Calendario de controles P. extremos

Edad/Momento		Acciones				
		Controles	Especialista			VDI
			Neurólogo	Oftalmólogo	Otorrino	
Durante la estadia de neonatología					X <sup>2</sup>	
Post alta de neonatología	3 - 5 días Ingreso Nivel Secundario	X				
	7 - 10 días Ingreso APS	X				
Edad gestacional corregida	35-40 semanas	X <sup>1</sup>				
	40 semanas		X	X	X	
Edad corregida	Meses	1	X			
		2	X			
		3	X	X		
		4	X			
		6	X			
		4 a 5	CN <sup>3</sup>			
		7	X			
		8	X			
		9	X	X		
		10 y/o 11	X <sup>4</sup>			
		12	X		X	
		15	X	X		
		18	X			
		21	X			
		Edad cronológica	Años	24	X	
30	X					
3	X					
3 ½	CN <sup>3</sup>   X					
4	X			X	X	
4 ½	X					
5	X					
5 ½	X					
6	X					
7	X			X	X	
Nivel Primario		X	Nivel Secundario		X	

**Nivel II**

**Controles semanales hasta cumplir 40 semanas.**

# Calendario de controles P. extremos

Edad/Momento		Acciones				
		Controles	Especialista			VDI
			Neurólogo	Oftalmólogo	Otorrino	
Durante la estadia de neonatología					X <sup>2</sup>	
Post alta de neonatología	3 - 5 días Ingreso Nivel Secundario	X				
	7 - 10 días Ingreso APS	X				
Edad gestacional corregida	35-40 semanas	X <sup>1</sup>				
	40 semanas		X	X	X	
Edad corregida	Meses	1	X			
		2	X			
		3	X	X		
		4	X			
		6	X			
		4 a 5	CN <sup>3</sup>			
		7	X			
		8	X			
		9	X	X		
		10 y/ó 11	X <sup>4</sup>			
		12	X		X	
		15	X	X		
		18	X			
		21	X			
Edad cronológica	Años	24	X		X	
		30	X			
		3	X			
		3 ½	CN <sup>3</sup>   X			
		4	X	X	X	
		4 ½	X			
		5	X			
		5 ½	X			
		6	X			
		7	X	X	X	
Nivel Primario		X	Nivel Secundario		X	

**Nivel II**

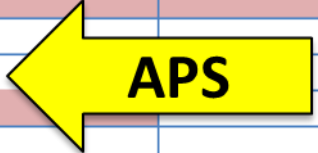
Neurólogo: 3, 9, 15, 24, 48 y 84 meses.

Oftalmólogo: 1, 4 y 7 años.

Otorrinolaringólogo:  
Atención a los 1, 2, 4 y 7 años

# Calendario de controles P. extremos

Edad/Momento		Controles	Acciones			VDI	
			Especialista				
			Neurólogo	Oftalmólogo	Otorrino		
Durante la estadia de neonatología						X <sup>2</sup>	
Post alta de neonatología	3 - 5 días Ingreso Nivel Secundario	X					
	7 - 10 días Ingreso APS	X					
Edad gestacional corregida	35-40 semanas	X <sup>1</sup>					
	40 semanas		X	X	X		
Edad corregida	Meses	1	X				
		2	X				
		3	X				
		4	X				
		6	X				
		4 a 5	CN <sup>3</sup>				
		7	X				
		8	X				
		9	X	X			
		10 y/ó 11	X <sup>4</sup>				
		12	X		X	X	
		15	X	X			
		18	X				
		21	X				
Edad cronológica	Años	24	X	X		X	
		30	X				
		3	X				
		3 ½	CN <sup>3</sup>   X				
		4	X	X	X	X	
		4 ½	X				
		5	X				
		5 ½	X				
		6	X				
		7	X	X	X	X	
Nivel Primario		X	Nivel Secundario			X	



**Enfermeros /as:  
Gestión del cuidado**

Prematuros moderados y tardíos:  
12 meses con E.  
Corregida

P. Extremos: hasta 24 meses con E.  
Corregida

Anualmente desde los 3 hasta los 9 años

# Calendario de controles P. extremos

Edad/Momento		Acciones				
		Controles	Especialista			VDI
			Neurólogo	Oftalmólogo	Otorrino	
Durante la estadia de neonatología						X <sup>2</sup>
Post alta de neonatología	3 - 5 días Ingreso Nivel Secundario	X				
	7 - 10 días Ingreso APS	X				
Edad gestacional corregida	35-40 semanas	X <sup>1</sup>				
	40 semanas		X	X	X	
Edad corregida	Meses	1	X			
		2	X			
		3	X	X		
		4	X			
		6	X			
		4 a 5	CN <sup>3</sup>			
		7	X			
		8	X			
		9	X	X		
		10 y/ó 11	X <sup>4</sup>			
		12	X		X	X
		15	X	X		
		18	X			
		21	X			
Edad cronológica	Años	24	X	X		X
		30	X			
		3	X			
		3 ½	CN <sup>3</sup> X			
		4	X		X	X
		4 ½	X			
		5	X			
		5 ½	X			
		6	X			
		7	X	X	X	X
Nivel Primario		X	Nivel Secundario			X

← APS

← APS

**Entre los 4 y 6 meses de E. Corregida:** antes del inicio de la alimentación complementaria, estimular hábitos de vida saludable.

**Los controles en APS deben incluir todos los contenidos del control de salud infantil estándar de la edad más próxima**

# CALENDARIO DE CONTROLES DE NIÑOS PREMATURO MODERADO Y TARDÍO



# Calendario de controles P. mod. y tardío

Edad/Momento		Controles	VDI
Previo al alta del hospital			X <sup>1</sup>
Ingreso a APS en control de la diada-matrona	<u>Moderado</u> 3 – 5 días	X <sup>2</sup>	
	<u>Tardío</u> 48 a 72 horas	X <sup>2</sup>	
Semanas Edad Gestacional corregida	35	X	
	36	X	
	37	X	
	38	X	
	40	X	
Desde las 40 semanas hasta los 12 meses		Edad Corregida <sup>3</sup>	
Después de los 12 meses		Edad Cronológica	
Nivel Primario	X	Nivel Secundario	X

Dependiendo del riesgo determinado por el equipo del nivel III

Lo realiza: Médico o matrona

Lo realiza: Enfermera

**Consulta especialista:** según las indicaciones del nivel III o requerimientos detectados en APS.



# SUPERVISIÓN DE SALUD EN EL NIÑO PREMATURO (CONTROL DE SALUD)



# Supervisión de salud en el niño prematuro



- **Anamnesis:**

- Antecedentes de generales
- Antecedentes de crecimiento
- Tipo de alimentación
- Antecedentes mórbido y quirúrgicos
- Vacunación
- Concurrencia a Servicio Urgencia (SU)
- Indicaciones al alta / uso de fármacos y/o dispositivos

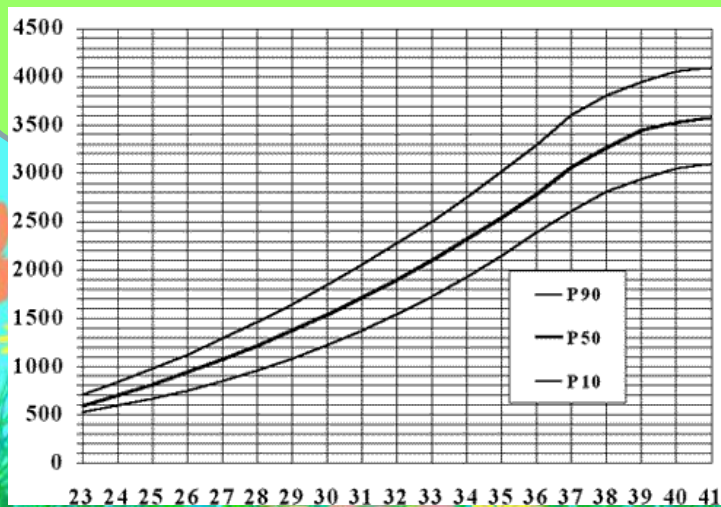


# Supervisión de salud en el niño prematuro

## Antropometría:

**Menores de 40 semanas de edad gestacional corregida:**  
Evaluar según curva de Crecimiento Intrauterino

**Mayores de 40 semanas de edad gestacional corregida:**  
Evaluar con Curvas OMS



## Examen Físico: del Recién Nacido



(MINSAL, 2014)

# Supervisión de salud en el niño prematuro

Tabla N° 1: Velocidad de crecimiento de prematuros hasta los 2 años

EDAD CORREGIDA (meses)	PESO (g/día)	TALLA (cm/mes)	CRÁNEO (cm/mes)
1	26-40	3-4,5	1,6-2,5
4	15-25	2,3-3,6	0,8-1,4
8	12-17	1-2	0,3-0,8
12	9-12	0,8-1,5	0,2-0,4
24	4-10	0,7-1,3	0,1-0,4

Adaptado de Theriot L: Routine nutrition care during follow-up. In Nutritional care for high-risk newborns, 3ª ed. Chicago; 2000.

La circunferencia de cráneo es el primer parámetro que se recupera, siguiendo el peso y finalmente la talla.



# Banderas Rojas

**Hipotermia**  
temperatura  $<36,5^{\circ}\text{C}$   
axilar

**Evaluar ropa de abrigo**  
**Descartar patología**  
**intercurrente**



**Apneas**  
( $>20$  segundos)  
habitualmente asociada a  
cianosis

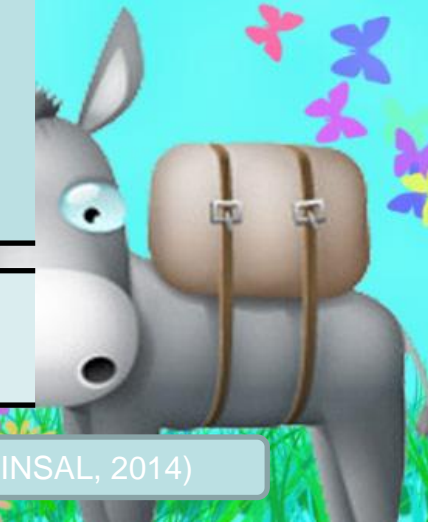
**Explicar a los padres que**  
**la respiración de los**  
**recién nacidos**

**Signos de alarma:**  
**Falta de reactividad,**  
**succión y cambios de**  
**color**

**Consultar SU.**

**Sintomatología**  
**depresiva en madre**

**Derivar a médico de APS**



# Banderas Rojas

**Niño o niñas:  
pequeño para la  
edad gestacional  
(PEG) y grande edad  
gestacional (GEG)**

**Mayor riesgo de  
enfermedades crónicas  
en la adultez e  
importancia de mantener  
hábitos de vida saludable  
Evaluar curva de  
crecimiento y  
suplementación**



**Garantía GES no  
cumplida**

**Derivar al programa de  
seguimiento nivel  
secundario.**

**Osteopenia del  
prematuro**

**Supervisar existencia del  
diagnóstico y adherencia  
a la suplementación de  
calcio y fósforo si fue  
indicado.**



# Banderas Rojas

**Problemas  
vinculares o de  
apego**

**Visita domiciliaria Integral  
Método canguro extra-hospitalario.**

**Presencia de  
Ostomías o sondas**

**Educar a la familia respecto a  
manejo y cuidado adecuado**

**Niño o niña que no  
incrementa  
adecuadamente de  
peso diario  
extremos < de 30g  
tardío y moderado <  
de 20g**



(MINSAL, 2014)

# Alimentación RNPT

## Primera opción: Lactancia Materna

Contribuye al desarrollo extrauterino siga adelante de una forma más fisiológica

Tienen riesgo de hipoalimentación (succión y deglución)  
(Hospitalización)

Los volúmenes de aporte diario recomendados son de 180 a 200 ml/kg/día.



# Alimentación RNPT

## Lactancia Materna

RNPT de alta sin LME:  
instancias de apoyo en  
APS (consultas o clínica  
de lactancia materna)

Recomendar a las  
madres que al  
amamantar vacíen al  
menos 1 pecho

## Programa Nacional de Alimentación Complementaria

**Prem. Extremos: son  
beneficiario PNAC Prematuro  
Extremo**

Al. Complementaria: riesgo de  
mayor probabilidad de ECNT  
(HTA, DM2).

# Programa Nacional de Alimentación Complementaria

El PNAC para Prematuros distribuye productos lácteos especiales para la condición biológica de estos niños y entrega Leche Purita Mamá a las madres que mantienen lactancia materna exclusiva y/o predominante hasta los 6 meses de EGC.

Beneficiarios RNPT <1.500 grs. y/o < 32 SG, egresados desde Servicios de Neonatología Públicos o Privados.

PNAB

**PNAC Prematuros Extremos**

PNAC Refuerzo

PNAC de Enfermedades especiales

Hasta 12 meses de E.  
Corregida: Fórmula para prematuros y de continuación



(MINSAL, 2014)



# Programa Nacional de Alimentación Complementaria del Prematuro

Edad Gestacional Corregida	PN > 1000 g <1500 y/o < 32s	PN ≤ 1000 g y/o DBP
Desde el alta hasta 6 meses	Fórmula prematuros	Fórmula prematuros
Desde los 6 meses hasta los 12 meses	Fórmula de continuación	Fórmula prematuros

Fórmula de Prematuros

Fórmula de Continuación



(MINSAL, 2014)

# Programa Nacional de Alimentación Complementaria del Prematuro

Condición de Lactancia	Desde el alta hasta las 39 semanas 6 días de gestación	Desde 40 semanas hasta los 5 meses y 29 días	6 a 11 meses 29 días <u>con DBP</u> y/o PN <1000 g.	6 a 11 m 29 d <u>sin DBP</u> y PN >1000 g.
LME	0	0	3k F. Prematuros	3k F. Continuación
LMP	1.5k F. Prematuros	2k F. Prematuros	3k F. Prematuros	3k F. Continuación
FP	3k F. Prematuros	4k F. Prematuros	3k F. Prematuros	3k F. Continuación
FE	3k F. Prematuros	4k F. Prematuros	3k F. Prematuros	3k F. Continuación

**L.M.E.**(Exclusiva)  
frecuencia de LM diaria es mayor a 90%.

**L.M.P.**  
(Predominante):  
frecuencia de LM diaria es entre 50 y 90%.

**FP**(Fórmula Predominante):  
frecuencia de LM diaria < 50%



# Formulario entrega PNAC Prematuros



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD

## DATOS DEL PROFESIONAL REFERENTE:

Identificación: \_\_\_\_\_  
A. PATERNO A. MATERNO NOMBRES

RUT: \_\_\_\_\_ PROFESION: \_\_\_\_\_ SS: \_\_\_\_\_

Nombre del establecimiento: \_\_\_\_\_

Neonatología Poli. Seg. Prematuros Consultorio FONO: \_\_\_\_\_

## DATOS DEL NIÑO:

FECHA NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

Identificación: \_\_\_\_\_  
A. PATERNO A. MATERNO NOMBRES

Peso Nacimiento: \_\_\_\_\_ E.G. (al nacer): \_\_\_\_\_ fecha 40 semanas:

Displasia Broncopulmonar: SI  NO

Domicilio: \_\_\_\_\_ Comuna: \_\_\_\_\_

SITUACION NUTRICIONAL ACTUAL: ( por edad corregida) E.G.C \_\_\_\_\_

PESO: \_\_\_\_\_ TALLA: \_\_\_\_\_ P.C.: \_\_\_\_\_

P/E: \_\_\_\_\_ P/T: \_\_\_\_\_ T/E: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Integral: \_\_\_\_\_

### TIPO ALIMENTACION QUE RECIBE:

Leche materna exclusiva:  Leche materna predominante

Fórm. Predominante  (F. Prem  F Cont )

Fórmula Exclusiva  (F. Prem  F Cont )

Sólidos: SI:  NO:

Indicación Producto a Retirar: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Tipo fórmula kilos tarros

Firma Profesional: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Producto Entregado: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Tipo fórmula kilos tarros

Nombre Consultorio entrega leches: \_\_\_\_\_

Nombre Funcionario que entrega las leches: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



# Suplementación de vitaminas y minerales

**Vitamina ACD:** Indicación igual que población general, se debe indicar vitamina D en dosis de 400 UI/día hasta el año de edad corregida.

**LME o LMP:** Suplementar de Hierro 2 mg/kg/día y Zinc: 1 mg/kg/día iniciándose a los dos meses postnatales

Prem.  
Extremo:

**FP o FE:**

Hierro con 1 mg/kg/día y no indicar Zinc pues las fórmulas lo incorporan.

Prem.  
Moderado y tardío

**FP o FE:**

Hierro con 2 mg/kg/día y no indicar Zinc pues las fórmulas lo incorporan

Desde 1 mes a 1 año e. corregida



# Inmunizaciones en Prematuro extremo

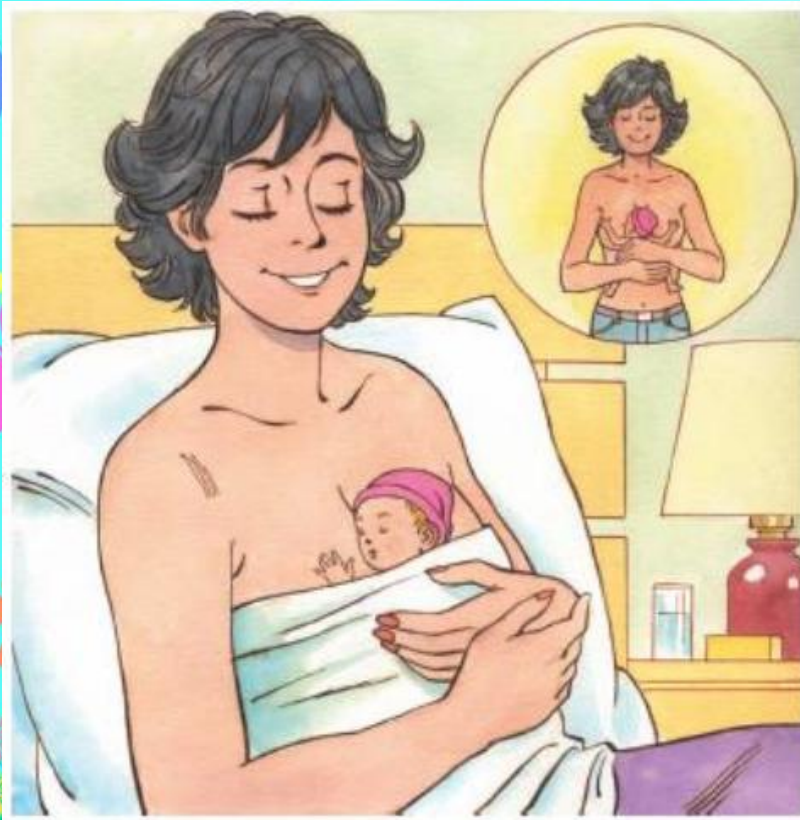
- Si recibió la vacuna Pentavalente (difteria, tétanos, tos convulsiva, influenza tipo B, hepatitis B) durante su estadía en el hospital / indicar la primera dosis de polio en la fecha que corresponde colocar la siguiente dosis de pentavalente (quedando dosis de polio desfasada)
- Revisar administración de vacuna Neumocócica Conjugada (2-4-6 meses + refuerzo a los 12 meses).
- La vacuna influenza en el período de la campaña de invierno menor de 6 meses de edad cronológica, debería recomendarse vacunar al grupo

**Derivar a Sala IRA, todos los prematuros extremos deben ingresar a el programa de IRA**



# Vínculo

Fomentar la técnica de  
canguro



**Educar sobre técnicas de  
contención:**

- Envolver en una manta
- Ponerlo de lado o boca bajo, - Sonidos como "shhh" o grabaciones de ruido blanco
- Mecer cuidadosamente



(MINSAL, 2014)

# Prevencción de enfermedades



- Evitar aglomeraciones y personas enfermas, riesgo de enf. respiratorias y hospitalizaciones por cuadros respiratorios severos (VRS y otros).
- Especialmente durante el período invernal, lavado de manos antes de atender al bebé.
- Aislamiento de contacto con hermanos enfermos.

# Prevención de accidentes

Menor desarrollo motor: mayor riesgo de daño por sacudida, reforzar indicaciones respecto a técnicas de contención

Utilizar sillas de automóvil con fijación y alineación de la cabeza en la línea media.

Tienen mayor riesgo de presentar apneas: los padres y/o cuidadores deben estar capacitados en estimulación y reanimación básica.





# ¿Cuál es el Rol de Enfermería en el seguimiento de Prematuros en APS?



# Rol de Enfermería en el seguimiento de Prematuros en APS

- Evaluar crecimiento y desarrollo
- Procurar inmunizaciones según calendario (edad cronológica)
- Vigilancia y estimulación del desarrollo psicomotor.
- Pesquisar banderas rojas y derivar oportunamente.
- Coordinar visita domiciliaria integral previa al alta hospitalaria
- Mantener controles según calendarización específica
- Educación y apoyo al grupo familiar.
- Promover y potenciar desarrollo integral



**Calidad de Vida**



# Muchas Gracias



# Bibliografía

- MINSAL. (2013). Programa nacional de salud de la infancia con enfoque integral. Recuperado de [http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/2013\\_Programa%20Nacional%20de%20Salud%20de%20la%20infancia%20con%20enfoque%20integral.pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/2013_Programa%20Nacional%20de%20Salud%20de%20la%20infancia%20con%20enfoque%20integral.pdf)
- MINSAL (2014). Norma técnica para la supervisión de niños de niños y niñas de 0 a 9 años en Atención Primaria de Salud, Programa Nacional de salud de la infancia con enfoque integral. Recuperado de <http://web.minsal.cl/>
- Valenzuela, P & Moore, C. (2015). Pediatría ambulatoria, un enfoque integral. Ediciones UC. Tercera Edición. Página 191- 202.
- Sepúlveda, A., Kobrich, S., Guiñez, R.&Hasbun, J., (2012). Morbilidad de prematuros tardíos: evidencia actual y nuevo Enfoque. REV CHIL OBSTET GINECOL 2012; 77(2): 154 - 158
- Gobierno de Chile, MINSAL (2010). Guía de prevención de parto prematuro. División prevención y control de enfermedades. Departamento Ciclo vital. Salud de la mujer. Recuperado de [http://www.supersalud.gob.cl/difusion/572/articles-625\\_guia\\_clinica.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/difusion/572/articles-625_guia_clinica.pdf)
- Gobierno de Chile, MINSAL (2009). Guia Clínica Displasia Broncopulmonar del Prematuro. Serie Guías Clínicas. Recuperado de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/721fc45c974a9016e04001011f0113bf.pdf>
- Gobierno de Chile, MINSAL (2010). Guia Clínica hipoacusia neurosensorial del prematuro. Serie Guías Clínicas. Recuperado de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/721fc45c97379016e04001011f0113bf.pdf>
- Gobierno de Chile, MINSAL (2010). Guia Clínica Retinopatía del prematuro. Serie Guías Clínicas. Recuperado de [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl)



