

Prematuridad y sordoceguera

¿Qué es la prematuridad?

La mayoría de los niños nace unas 40 semanas después del primer día del último período menstrual de la madre. Pero alrededor de uno de cada 8 se adelanta. Cuando **el nacimiento ocurre más de 3 semanas antes de lo previsto**, se habla de niño prematuro.

La prematuridad hace que el niño haya tenido menos tiempo para desarrollarse y madurar dentro del útero materno. Como resultado, **tiene mayor riesgo de problemas médicos al nacer**. Estos riesgos son mucho mayores para los niños muy prematuros (<28 semanas de gestación ó <1.000 g de peso al nacer). La atención al parto prematuro incluye fármacos para retrasar el momento del parto y para acelerar la maduración de la membrana pulmonar del niño.

¿Qué causas tiene?

Aunque **muchas veces no se descubre ninguna causa**, en ocasiones se puede indentificar algún predisponente que se puede intentar corregir. Entre ellas están: Rotura prematura del saco amniótico, infecciones genitourinarias, insuficiencia cervical, enfermedades crónicas de la madre, anomalías del útero, historia previa de parto prematuro, malnutrición, tóxicos, exceso de líquido amniótico.

¿Cómo se puede prevenir?

Debes visitar regularmente a tu ginecólogo durante el embarazo. Si tienes alguno de los factores de riesgo, deberías ser atendida en las unidades obstétricas de alto riesgo.

Si tienes signos de parto antes de tiempo: hemorragia o fluido vaginal, contracciones regulares cada 10 minutos o menos, **acude al ginecólogo o a urgencias sin perder tiempo.**

¿Qué complicaciones puede tener?

Las complicaciones del bebé prematuro dependen en gran medida de los meses de gestación, de la inmadurez de sus órganos y de las complicaciones derivadas de los tratamientos necesarios para salvar su vida.

Inicialmente pasará un período más o menos largo en la unidad de Neonatología, y puede que necesite

respiración artificial (respirador). Los prematuros no tienen capacidad de regular su temperatura, y por ello necesitan las incubadoras.

Las complicaciones más graves pueden amenazar su vida, y afectan a los pulmones, cerebro, aparato digestivo, o riñones. Son frecuentes las infecciones, y necesitan una alimentación especial, a veces a través de las venas (nutrición parenteral).

Hay programas que promueven el contacto diario de los padres con sus hijos prematuros.

Las alteraciones sensoriales en el prematuro

Los bebés prematuros tienen un riesgo alto de tener problemas visuales y auditivos. Hay dos problemas que suelen ocurrir de forma muy precoz, y que cuanto antes se detecten antes se podrán tratar: la Retinopatía del Prematuro (antes llamada Fibroplasia Retrolental) y la sordera neurosensorial.

¿Qué es la Retinopatía del Prematuro?

La retinopatía del prematuro (RP) es un proceso de crecimiento de los vasos de la retina (la capa más interna del ojo) que todavía son muy inmaduros. Es una de las complicaciones importantes que pueden presentar los niños de muy bajo peso al nacimiento. **Puede provocar graves alteraciones visuales**, incluso la ceguera. Los niños con formas menos graves, con el tiempo, pueden desarrollar miopía, estrabismos y desprendimientos de retina.

Los vasos (venas y arterias) de la retina comienzan a formarse en la 16ª semana de vida dentro del útero, y van creciendo desde el centro hacia la periferia, alcanzando el lado nasal (o interno) a las 36 semanas y el lado temporal (o externo) a las 40 semanas de vida intrauterina. **El factor más importante en el desarrollo de esta enfermedad es la falta de madurez de los vasos**, además de relacionarse con múltiples factores como la hiperoxia (exceso de oxígeno), la hipoxia (falta de oxígeno), la hipercapnia (aumento de anhídrido carbónico) u otros factores.

¿Se puede detectar a tiempo?

Una detección precoz permitirá aplicar tratamiento. A partir de la 4ª-6ª semana de vida se debe realizar la primera exploración del fondo de ojo. Estos exámenes son difíciles y requieren personal experto. Los exámenes de su fondo de ojo se harán en

El tratamiento de la retinopatía con criocoagulación o con láser se hace muy precozmente, para disminuir el riesgo de desprendimiento de retina

Se deben utilizar las prótesis auditivas o los implantes cocleares cuanto antes, así los niños con sordera tendrán la posibilidad de desarrollar el lenguaje oral

controles cada 2 semanas hasta objetivar la madurez de los vasos de la retina, generalmente a las 37-40 semanas desde el comienzo de la gestación. En la historia clínica de cada bebé debe quedar registrada la exploración del fondo de ojo.

Si se detecta retinopatía, **el examen debe indicar 3 aspectos:** la **extensión** de la enfermedad, la **localización**, y la **gravedad** (que va del grado 1 al grado 5, que es el máximo grado). Esta anotación será para cada ojo. Además se puede indicar si la enfermedad se acompaña de un especial crecimiento de los vasos, y se denomina plus (+). **Los casos con grado 3+ suelen seguir empeorando.**

¿Qué tratamiento tiene?

En el estadio 3 + en determinadas zonas del ojo, se realiza un tratamiento de **criocoagulación** o de **fotocoagulación con láser**. El tratamiento se hace muy precozmente, para disminuir el riesgo de desprendimiento de retina. De los dos procedimientos, el láser es más fácil de aplicar y llega con mayor facilidad a las zonas centrales de la retina, por lo que es el que se utiliza más a menudo.

En el estadio 4 se realiza la **cirugía del desprendimiento de retina** (extraescleral y vitrectomía). En el estadio 5 se realiza una **vitrectomía**.

Hipoacusia en el prematuro

El número de niños con hipoacusia significativa (con umbral superior a 40 dBHL en el mejor oído) es de 2,8 por cada 1.000. Cuando se trata de niños con riesgo, el número se multiplica. **Los prematuros están entre los grupos de mayor riesgo de sordera.**

El diagnóstico y tratamiento precoces, antes del año de vida, mejora enormemente las posibilidades de rehabilitación de estos niños.

¿Se puede detectar pronto?

Las técnicas que se utilizan para la detección (screening) en los recién nacidos son neonatal son los **potenciales evocados auditivos del tronco cerebral automatizados (PEATC-A)** y las **otoemisiones acústicas (OEA)**. Las OEA presentan como limitación con respecto a los PEATC-A la no detección de algunas hipoacusias (las que están en el sistema nervioso central). Por eso, los niños con indicadores de

riesgo auditivo en el sistema nervioso central (hiperbilirrubinemia, hipoxia, meningitis y determinados síndromes), deberán ser explorados con PEATC dado que este tipo de hipoacusia no es detectado por las OEA.

Existen dos modalidades de screening: el universal y el restringido a la población de riesgo. Algunas investigaciones recientes sugieren que es significativamente más eficaz el screening universal (a todos los niños).

¿Cuándo hay que poner una prótesis auditiva o un implante coclear?

En los niños con déficit auditivo importante, se deben utilizar las prótesis auditivas o los implantes cocleares cuanto antes. De esta forma, los niños tendrán la posibilidad de desarrollar el lenguaje oral. Se debe informar sobre las mejores prótesis auditivas disponibles, y se deben adaptar cuanto antes. **Se pueden colocar unos audífonos desde los 3 meses** de edad. Es necesario que todos los servicios de ORL informen a los pacientes (o a los padres) de las posibilidades de derivación para valoración de implantes cocleares en la sordera grave-profunda no corregible con prótesis auditivas.



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA
DE PADRES DE SORDOCIEGOS
APASCIDE