OPS

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

DIRECTRICES DE PRÁCTICA CLÍNICA BASADAS EN LA EVIDENCIA PARA EL SEGUIMIENTO DE RECIÉN NACIDOS EN RIESGO

Versión abreviada

DIRECTRICES DE PRÁCTICA CLÍNICA BASADAS EN LA EVIDENCIA PARA EL SEGUIMIENTO DE RECIÉN NACIDOS EN RIESGO

VERSIÓN ABREVIADA

OPS

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Washington, D.C., 2020

Directrices de práctica clínica basadas en la evidencia para el seguimiento de recién nacidos en riesgo. Versión abreviada

© Organización Panamericana de la Salud, 2020.

OPS/FPL/CLP/20-0017

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.es).

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

Adaptaciones: si se hace una adaptación de la obra, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: "Esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS".

Traducciones: si se hace una traducción de la obra, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: "La presente traducción no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción".

Forma de cita propuesta: Directrices de práctica clínica basadas en la evidencia para el seguimiento de recién nacidos en riesgo. Versión abreviada. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Datos de catalogación: pueden consultarse en http://iris.paho.org.

Ventas, derechos y licencias: para adquirir publicaciones de la OPS, véase www.publications.paho.org. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase www.paho.org/permissions.

Materiales de terceros: si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, como cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales: las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Esta publicación fue posible gracias al apoyo financiero de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

Introducción

Los avances en la atención neonatal en el mundo, y particularmente en América Latina y el Caribe, han contribuido sustancialmente a la reducción de la mortalidad neonatal, permitiendo cada vez con mayor frecuencia la supervivencia de recién nacidos prematuros o con factores que los exponen a riesgos que pueden incidir en su crecimiento, desarrollo y calidad de vida. Los resultados en la supervivencia, así como en la reducción del impacto de los factores específicos, están vinculados tanto al cuidado del recién nacido en torno al nacimiento y en las unidades de cuidados especiales como en el seguimiento de los recién nacidos de acuerdo con tales factores.

Durante la estadía en las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN) las niñas y niños con factores que los exponen a riesgos específicos requieren de cuidados especializados y seguimiento acordes a las condiciones de riesgo biológico y social identificadas. Esa labor asistencial no debe acabar luego del alta institucional, por lo que es fundamental brindar un seguimiento adecuado para conocer la evolución, a corto y largo plazo, tanto de los recién nacidos como de sus cuidadores. De esta manera se podrá acompañar y ayudar o asistir en la toma de las conductas adecuadas a cada situación. A la vez, el conocer la evolución permitirá valorar la calidad de la asistencia prestada y establecer un sistema de mejora. Existen ejemplos fructíferos de programas de seguimiento de recién nacidos en los países de las Américas y son progresivamente valorados, aunque sus características varían dependiendo de los recursos locales.

En el informe sobre la salud en el mundo del 2005, *¡Cada niño y cada madre contarán!*, se recomienda hacer hincapié en la atención en el período neonatal y se pone de manifiesto la trascendencia de las acciones que permiten sostener la salud de los neonatos de mayor riesgo, luego de su inserción en la familia y en la sociedad.

Por ello, el haber nacido con factores que pueden exponerlos a riesgos específicos hace necesario brindar un seguimiento adecuado que contribuya a valorar la evolución del crecimiento y neurodesarrollo a lo largo de los primeros años de vida, al menos hasta el ingreso escolar. Algunas consecuencias vinculadas a los trastornos perinatales pueden ser identificadas de forma inmediata al nacimiento, o bien en el momento en que la función afectada debiera manifestarse; así, algunas secuelas pueden evidenciarse en los primeros días, semanas o meses de vida y, otras, en edades más tardías. Para ello, es esencial conocer cuáles son los factores y posibles daños con alta probabilidad de incidencia en esa población para monitorearlos de forma sistemática, de modo que se logre la detección temprana y el abordaje terapéutico y rehabilitación oportunos.

Por lo tanto, surge la necesidad de desarrollar unas directrices de seguimiento de los recién nacidos que presentan factores de riesgo en América Latina y el Caribe, con el fin de identificar y abordar esos factores de forma temprana y mejorar su salud y calidad de vida.

Alcance y usuarios

Los recién nacidos con factores de riesgo requieren un seguimiento adecuado durante el período neonatal y la infancia. La Organización Panamericana de la Salud aspira a brindar recomendaciones basadas en la evidencia para un seguimiento adecuado. Estas directrices de práctica clínica brindan recomendaciones informadas en la evidencia para el seguimiento de recién nacidos en riesgo hasta los 2 años y corresponden a la primera fase de su seguimiento. Siendo conscientes de la importancia de brindar una atención adecuada más allá de los 2 primeros años, posteriormente se elaborarán recomendaciones específicas para otros grupos de edad. Existe consenso en que el seguimiento durante los primeros 2 años permite identificar una gran cantidad de desenlaces anormales de las funciones neurológica, metabólica y motora, entre otras, aunque al mismo tiempo se considera insuficiente abarcar solo este período.

Las recomendaciones están dirigidas a todos los funcionarios del sector de la salud responsables de la atención primaria de los recién nacidos en riesgo: médicos generales, médicos de familia, pediatras, neonatólogos, oftalmólogos pediatras, otorrinolaringólogos pediatras, profesionales de enfermería y otros especialistas y personal multidisciplinario que intervienen en la atención, así como a padres, madres y cuidadores.

Las directrices tienen por objeto facilitar los procesos de implementación de políticas que llevan a cabo los tomadores de decisiones y los miembros de entidades gubernamentales. Entre los temas que abarca el documento destacan los siguientes: criterios de egreso hospitalario, incluidas pruebas de tamizaje; información y apoyo a padres, madres y cuidadores; tamizaje durante la consulta de seguimiento, y frecuencia del seguimiento hasta los dos años. No se incluyen en estas directrices aspectos relacionados con la enfermería ni las comorbilidades.

Objetivos y población diana

Esta guía de práctica clínica se desarrolló con el objetivo de brindar recomendaciones basadas en la evidencia para el seguimiento de recién nacidos en situación de riesgo desde su nacimiento hasta los 2 años de edad (corregida para prematuros) a fin de detectar y prestar los cuidados específicos a condiciones que se presenten de forma temprana.

Objetivos específicos

- Presentar estrategias para el seguimiento de recién nacidos en riesgo y la detección de alteraciones de forma temprana durante los dos primeros años de vida (o de edad corregida para prematuros).
- Generar un espacio para que las familias o cuidadores de los recién nacidos con factores de riesgo conozcan las herramientas para el cuidado adecuado de los neonatos.
- La remisión oportuna de los recién nacidos que presenten factores de riesgo o con sospecha de alguna dolencia específica a los especialistas correspondientes.

La población diana está constituida por:

Recién nacidos con factores de riesgo hasta los 2 años (edad corregida para prematuros). Por recién nacidos en riesgo se entienden todos aquellos neonatos que presenten factores que requieran un cuidado multidisciplinario después de su salida del proveedor de atención de salud (prematuros, enfermedades adquiridas o congénitas) o neonatos que parecen sanos y cuyo seguimiento permitirá identificar tempranamente desenlaces anormales de salud.

1. Neonatos en riesgo: aquellos recién nacidos cuya situación, que puede implicar un riesgo para su salud, crecimiento y desarrollo, se identifica antes del egreso hospitalario.
2. Neonatos con factores de riesgo: aquellos recién nacidos o menores de 1 año cuya situación los exponga a riesgos para su salud, crecimiento y desarrollo, como bajo peso al nacer, prematuridad, necesidad de ventilación asistida, sepsis, asfixia, choque, malformaciones congénitas, enfermedades genéticas o quienes tuvieron intervenciones farmacológicas o quirúrgicas.
3. Neonatos con situaciones socioeconómicas adversas.

Metodología

Para la elaboración de las presentes directrices se siguió el método de desarrollo rápido de directrices del sistema GRADE (clasificación de la valoración, elaboración y evaluación de las recomendaciones, por su sigla en inglés) propuesto en la segunda edición del *Manual de la OMS para la elaboración de directrices*.

De forma general, se conformó un grupo multidisciplinario para la elaboración de las directrices compuesto por expertos temáticos, epidemiólogos y usuarios. No se identificaron guías con calidad metodológica y contenido concordante que pudieran ser adaptadas. Se realizaron búsquedas en bases de datos referenciales (Medline, EMBASE y Cochrane), búsquedas manuales y en la literatura gris. Luego, se crearon la síntesis y los perfiles de evidencia según el enfoque GRADE y se celebró un panel virtual en tres fases con expertos regionales dirigido a formular y graduar las recomendaciones. La primera fase correspondió a una encuesta mediante la que se refinaron las recomendaciones preliminares, se evaluó el grado de acuerdo y se identificaron las barreras y los facilitadores; en la segunda fase virtual se revisaron las recomendaciones para las que no se logró acuerdo y se revisaron los resultados de la encuesta; y en la tercera fase se obtuvo la aprobación final. Las preferencias de los pacientes se consultaron en la bibliografía especializada. Todos los participantes del panel y del grupo de elaboración firmaron un formulario de conflicto de intereses, que se sometió a la revisión del equipo de coordinación de las directrices. En la versión completa de las directrices puede consultarse una explicación detallada de la metodología.

Cómo usar esta guía

En cada pregunta clínica se presenta un grupo de recomendaciones y buenas prácticas que brindan indicaciones para el seguimiento de los recién nacidos en riesgo. Cada recomendación presenta la calidad de la evidencia siguiendo el sistema GRADE.

Calidad de la evidencia	Características
Alta ⊕⊕⊕⊕	Es muy poco probable que nuevos estudios cambien la confianza que se tiene en el resultado estimado.
Moderada ⊕⊕⊕○	Es probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que se tiene en el resultado estimado y que estos puedan modificar el resultado.
Baja ⊕⊕○○	Es muy probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que se tiene en el resultado estimado y que estos puedan modificar el resultado.
Muy baja ⊕○○○	Cualquier resultado estimado es muy incierto.

Y las recomendaciones incluyen la fuerza de la recomendación de acuerdo al sistema GRADE.

Fuerza de la recomendación	Significado
Fuerte a favor	Las consecuencias deseables claramente sobrepasan las consecuencias indeseables. SE RECOMIENDA HACERLO.
Condicional a favor	Las consecuencias deseables probablemente sobrepasan las consecuencias indeseables. Es probable que nuevos estudios cambien la recomendación. SE SUGIERE HACERLO.
Condicional en contra	Las consecuencias indeseables probablemente sobrepasan las consecuencias deseables. Es probable que nuevos estudios cambien la recomendación de no realizar la recomendación. SE SUGIERE NO HACERLO.
Fuerte en contra	Las consecuencias indeseables claramente sobrepasan las consecuencias deseables. SE RECOMIENDA NO HACERLO.

Resumen de las recomendaciones

Pregunta 1. ¿Cuáles son los criterios para el egreso hospitalario de los recién nacidos de alto riesgo hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo neonatal?

Fuerza	N.°	Recomendación
RECOMENDACIONES PARA NIÑOS PREMATUROS		
Fuerte a favor	1	Se recomienda que los padres, madres o cuidadores de recién nacidos con peso inferior a 2500 g ingresen a un programa madre canguro (en modalidad continua o intermitente) o sean entrenados en la técnica "piel con piel" (6 horas antes del nacimiento si no existe comorbilidad que lo contraindique) al egreso de la unidad de cuidado intensivo neonatal en instituciones o países donde se encuentre disponible, con el fin de incrementar el aumento de peso y la promoción de la lactancia, así como de disminuir el riesgo de muerte o de infección grave o sepsis. **Calidad de la evidencia: moderada** ⊕⊕⊕○
Punto de buena práctica	✓	El programa madre canguro o la técnica piel con piel deben ser desarrollados por equipos capacitados mediante protocolos y un monitoreo continuo que permita evaluar los resultados de los recién nacidos prematuros. Además, los progenitores deben recibir capacitación adecuada para el cuidado del recién nacido en casa.
Condicional a favor	2	Se sugiere profilaxis con palivizumab para la prevención de episodios de bronquiolitis debidos al virus sincicial respiratorio. Cada país debe seguir la recomendación de acuerdo a la indicación y la población diana para la cual fue aprobada. **Calidad de la evidencia: muy baja** ⊕○○○
Punto de buena práctica	✓	Se sugiere que se administre palivizumab a los recién nacidos en situación de mayor vulnerabilidad. Cada país deberá tener sus recomendaciones locales de acuerdo con su epidemiología. La vacuna hexavalente, así como el resto de las vacunas, se deben aplicar conforme a un calendario de vacunación ajustado a su edad cronológica (aun estando internados en la unidad de cuidado neonatal).

Fuerza	N.º	Recomendación
RECOMENDACIONES PARA NIÑOS PREMATUROS		
Fuerte a favor	3	Se sugiere que se dé el egreso a los recién nacidos de alto riesgo con alimentación completa por vía oral y entérica (preferiblemente por succión y ocasionalmente por sonda) bien sea con lactancia materna exclusiva, fórmula mixta, fórmula láctea o sucedáneos de la leche materna y vigilando que hayan superado la hipoglucemia en los casos en los que se haya presentado. Calidad de la evidencia: baja ⊕⊕○○
Punto de buena práctica	✓	Se debe vigilar que se aporten los volúmenes indicados o que la leche materna sea suficiente, ya que se puede presentar desnutrición asociada a la afección de alto riesgo que los aqueja y, por ende, ensombrecer el pronóstico tanto vital como neurosensorial.
Fuerte a favor	4	Se recomienda que se verifiquen los siguientes criterios de egreso de recién nacidos de alto riesgo en la unidad de cuidado neonatal, junto con los criterios básicos que se realizan a todo recién nacido: Recomendaciones para recién nacidos prematuros a. Estabilidad clínica (temperatura de 36,5 °C a 37,5 °C) durante 24 horas para los recién nacidos prematuros con edades gestacionales de 35 semanas o más. b. Adecuada alimentación por vía oral para los recién nacidos en riesgo. En los recién nacidos prematuros menores de 34 semanas de edad gestacional, 48 horas de observación de alimentación oral completa son suficientes. Los prematuros deben tener buena succión al pecho materno y establecido el reflejo de succión, deglución y respiración, además de la adecuada estimulación por parte de la madre para una adecuada succión durante la alimentación. c. Para los recién nacidos prematuros, se recomienda verificar si pueden regular su temperatura corporal en el contacto piel con piel. d. Adecuada ganancia de peso, bien sea una meta establecida de 18 g/kg/d de peso y 0,9 cm/semana de perímetro cefálico o que toleren una posición canguro prolongada sumada a una ganancia de peso de 15 g/kg/día hasta las 37 semanas y, a partir de la semana 38, de 8-11 g/kg/día. e. En los recién nacidos prematuros, las metas de saturación de oxígeno deben ser mayores del 92% y hasta el 94%. Recomendaciones para todos los recién nacidos en riesgo a. Los recién nacidos deben poder mantener la posición supina antes del egreso. b. Se debe evaluar la ausencia de apneas en neonatos en riesgo que toleran la posición supina o prematuros en programa canguro por 48 horas luego de la suspensión del oxígeno. En recién nacidos con displasia broncopulmonar la meta de saturación de oxígeno son del 92% al 95%. c. Registro de vacunación y el esquema ampliado de inmunizaciones para recién nacidos en la UCIN de acuerdo al calendario local y a la edad real. d. Evaluación de riesgo social y familiar por la trabajadora social. Calidad de la evidencia: baja ⊕⊕○○

Fuerza	N.°	Recomendación
RECOMENDACIONES PARA NIÑOS PREMATUROS		
Fuerte a favor	5	Se recomienda el tamizaje de las siguientes condiciones antes del egreso de los recién nacidos incluyendo los de alto riesgo considerando la legislación de cada país: a. Errores innatos del metabolismo y cardiopatías. Las pruebas se deben realizar con muestra de gota seca por punción de talón, después de 24 a 36 horas de nacidos. El número y tipo de enfermedades que se deben tamizar depende del paquete de tamizaje de cada país. b. Enfermedad cardíaca congénita crítica. La evaluación se debe realizar con pulsioximetría después de 24 horas de nacimiento. Aquellos neonatos que requirieron oxígeno suplementario deben ser tamizados después de 24 horas de estabilidad clínica en aire ambiente. c. Alteraciones neurológicas. La evaluación neurológica se debe realizar de forma completa y sistemática mediante examen neurológico de Dubowitz, Amiel-Tison o movimientos generales de Prechtel. d. Retinopatía de la prematuridad. Se recomienda realizar tamizaje para detección de retinopatía del prematuro (ROP) en todo recién nacido con peso al nacer menor de 2000 g o de 36 semanas de edad gestacional con cualquier peso, que presente al menos una de las situaciones identificadas como factores de riesgo de ROP. e. Problemas auditivos. La evaluación se realiza con potenciales evocados auditivos automatizados (PEAA) y emisiones otoacústicas (EOA) antes del egreso. Si el recién nacido se encuentra más de cinco días en la UCIN, el tamizaje debe realizarse después de las 32 semanas de edad gestacional en un recién nacido estable y deben incluir PEAA. f. Anemia. Al momento del egreso se deben evaluar los niveles de hemoglobina, ferritina y hierro corporal total y con base en ellos administrar hierro mediante un multivitamínico, suplemento o fórmula materna fortificada. El plan de salida debe incluir monitoreo de síntomas de osteopenia del prematuro y anemia como taquicardia o pobre ganancia de peso, títulos de hemoglobina, la presencia de reticulocitosis y la ingestión adecuada de hierro en la dieta. g. Estabilidad de ganancia de peso de recién nacidos en riesgo en la última semana antes del egreso. **Calidad de la evidencia: baja** ⊕⊕○○
Punto de buena práctica	✓	Los resultados del tamizaje deben registrarse en la historia clínica y en la hoja de remisión, si es el caso. Si la entidad que recibe a un paciente remitido no puede certificar la realización del tamizaje, debe realizarla antes del egreso del paciente. En general, si los recién nacidos que no logran saturaciones mayores del 95 % deben ser evaluados con ecocardiografía por un cardiólogo.

Fuerza	N.°	Recomendación
RECOMENDACIONES PARA NIÑOS PREMATUROS		
Fuerte a favor	6	Se recomienda que los recién nacidos cuenten con la primera cita asignada de control y el esquema de seguimiento al momento de su egreso de la unidad de cuidado neonatal. Calidad de la evidencia: muy baja ⊕○○○
Fuerte a favor	7	Se recomienda que se remitan los recién nacidos en riesgo o prematuros al especialista o a interconsulta si se detecta alguna anomalía en el tamizaje antes del egreso. Para las cardiopatías congénitas, se recomienda que se remita la referencia al especialista en el menor tiempo posible de acuerdo con la gravedad. Calidad de la evidencia: muy baja ⊕○○○

Pregunta 2. ¿Qué información debe entregarse a los progenitores y cuidadores al alta de los recién nacidos en riesgo al momento del egreso?

Fuerza	N.°	Recomendación
Fuerte a favor	8	Se recomienda que los progenitores reciban información sobre el adecuado manejo del recién nacido en riesgo en casa en el momento de salida de la unidad de cuidado neonatal acerca de técnicas de secado de los recién nacidos después del baño, contacto piel con piel, cuidado de los ojos, esquema de vacunación, protección térmica, lactancia exclusiva, requerimientos de nutrición, técnica de reanimación cardiopulmonar, masajes, adecuada interacción progenitor-infante, plan de seguimiento, posturas adecuadas, administración de medicamentos o multivitamínicos en caso necesario, signos de alarma y dónde acudir en caso de urgencia. Calidad de la evidencia: baja ⊕⊕○○
Punto de buena práctica	✓	Se sugiere que se realicen talleres durante la hospitalización y no solo la información al egreso con el fin de asegurarse de que los progenitores comprendan toda la información y no se presenten complicaciones por el manejo inadecuado de los recién nacidos. Se debe entregar información impresa y audiovisual para que los progenitores puedan consultarla en casa. Esta información puede ser entregada de forma presencial, por correo electrónico o mensaje de texto.
Condicional a favor	9	Se sugiere que los progenitores de los recién nacidos en riesgo conozcan el daño producido por el tabaco y reciban información sobre las intervenciones para dejar de fumar con el fin de mejorar la calidad de vida de los recién nacidos y de ellos. Calidad de la evidencia: baja ⊕⊕○○
Condicional a favor	10	Se sugiere que a los progenitores participantes del programa madre canguro (en las instituciones donde se encuentre disponible), se les entregue la información correspondiente para la atención en casa del recién nacido prematuro. Calidad de la evidencia: baja ⊕⊕○○
Punto de buena práctica	✓	Se debe entregar información a los progenitores sobre el esquema de seguimiento y explicar claramente la importancia de cumplir con las visitas programadas.

Pregunta 3. ¿Qué apoyo necesitan los progenitores y cuidadores de los neonatos en riesgo para disminuir la morbilidad y mortalidad neonatales?

Fuerza	N.º	Recomendación
Condicional a favor	11	Se sugiere que se desarrollen programas de visita en casa a los neonatos en riesgo con el fin de mejorar el cuidado general, la interacción progenitor-infante y la ansiedad de los padres y las madres en los países cuyo sistema de salud lo facilite. **Calidad de la evidencia: muy baja** ⊕○○○
Punto de buena práctica	✓	El programa de visita en casa puede iniciar desde la UCIN o después del egreso. También puede realizarse en las instituciones prestadoras de servicios de salud o en grupos comunitarios.
Condicional a favor	12	Se sugiere que los programas de seguimiento de recién nacidos de alto riesgo cuenten con servicios integrados de especialistas e interdisciplinas, que incluyan lugares de atención especializada. En su defecto, que cuenten con la derivación programada a los especialistas y servicio por soporte social. **Calidad de la evidencia: muy baja** ⊕○○○
Punto de buena práctica	✓	Los servicios para atención a neonatos deben contar con: 1) promoción de la asistencia a los programas de seguimiento de recién nacidos en riesgo, evaluaciones seriadas y diagnóstico oportuno; 2) evaluación psicosocial de los progenitores (psicóloga y trabajadora social); 3) talleres y material educativo sobre crianza, promoción del desarrollo, prevención de complicaciones neurosensoriales (habilitación temprana), prevención de IRA (no fumar, vacunación al día), y 4) promover la asistencia a los programas de seguimiento para evaluaciones seriadas, diagnóstico y tratamiento oportuno.

Pregunta 4. ¿Cuáles son las pruebas de tamizaje que deben realizarse durante el control de seguimiento del recién nacido en riesgo hasta los 2 años?

Fuerza	N.º	Recomendación
Fuerte a favor	13	Se recomienda realizar tamizaje para detección de ROP en todo recién nacido con peso al nacer menor de 2000 g o de 36 semanas o menos de EG o con cualquier peso, que presente al menos una de las situaciones identificadas como factores de riesgo de ROP. **Calidad de la evidencia: muy baja:** ⊕○○○ Tomado de la *Guía de práctica clínica para el manejo de la retinopatía de la prematuridad* de la OPS.
Condicional en contra	14	No se sugiere la evaluación con resonancia magnética cerebral o ultrasonido para el tamizaje de alteraciones del neurodesarrollo en niños y niñas de alto riesgo. Estas pruebas solo se realizarán en aquellos casos en que se justifique. **Calidad de la evidencia: muy baja** ⊕○○○

Fuerza	N.º	Recomendación
Fuerte a favor	15	Se recomienda la evaluación neurológica con el examen de Dubowitz a una edad equivalente al término y con la prueba de Amiel-Tison, Escala Bayley III (o ulterior) o la prueba que se encuentre validada en cada país con el fin de tamizar alteraciones del neurodesarrollo en niños y niñas de alto riesgo. **Calidad de la evidencia: moderada** ⊕⊕⊕○
Fuerte a favor	16	Se recomienda el cálculo del crecimiento del perímetro cefálico durante la evaluación clínica usual del neonato en riesgo para la detección de hidrocefalia utilizando la puntuación recomendada por la Organización Mundial de la Salud. Disponible en: https://www.who.int/childgrowth/standards/hc_para_edad/es/ **Calidad de la evidencia: baja** ⊕⊕○○
Punto de buena práctica	✓	Se debe utilizar la misma escala en cada visita de seguimiento de niños y niñas de alto riesgo.
Fuerte a favor	17	A todos los niños de alto riesgo, se recomienda el tamizaje de trastornos de la audición con emisiones otoacústicas evocadas transitorias (TEOAE) o respuesta auditiva automatizada de tallo (AABR). **Calidad de la evidencia: muy baja** ⊕○○○
Condicional a favor	18	Se sugiere que el tamizaje de seguimiento sea realizado por un equipo multidisciplinario compuesto por profesionales especializados con entrenamiento en el área dependiendo del nivel de complejidad y la disponibilidad, y conducido por el pediatra de seguimiento. **Calidad de la evidencia: muy baja** ⊕○○○
Fuerte a favor	19	Se recomienda que se se remitan los niños en riesgo al especialista antes de 72 horas si se detecta alguna anomalía en el tamizaje. **Calidad de la evidencia: muy baja** ⊕○○○
Fuerte en contra	20	No se recomienda el tamizaje del espectro autista (M-CHAT) de los niños y niñas en riesgo.

Pregunta 5. ¿Cuál es el seguimiento óptimo para los niños y niñas en riesgo menores de 2 años?

Fuerza	N.º	Recomendación
Fuerte a favor	21	Se recomienda que los niños y niñas en riesgo sigan el siguiente seguimiento hasta los 2 años. **Calidad de la evidencia: muy baja** ⊕○○○ **(opinión de expertos)**

Actividad	1 s* PE	2 s PE	4 s PE	1 m† EC	2 m EC	3 m EC	4 m EC	5 m EC	6 m EC	8 m EC	9 m EC	10 m EC	12 m EC	14 m EC	15 m EC	16 m EC	18 m EC	20 m EC	22 m EC	24 m EC
Controles clínicos: Primer control entre los 3 y los 5 días posteriores al egreso. - Control quincenal si el aumento de peso es normal. - En caso contrario, control a los 3 días o rehospitalización si hay pérdida de peso.	◉	●	●		◉		◉				◉		◉				◉			◉
Evaluación neurológica detallada				◉		◉			◉		◉		◉				◉			◉
Ecografía cerebral		●																		
Evaluación del neurodesarrollo - Completa a los 24 meses					●		●		●				●		●					◉
Evaluación auditiva																				
- Potenciales evocados automatizados				●		●			●				●		●					
- Emisiones acústicas			●						●											●
Evaluación oftalmológica																				
- Retinopatía del prematuro	**	**				●			●				●							
Tamizaje de anemia (antes de los 12 meses), si el pediatra lo considera necesario									●											
Inmunoprofilaxis				**Análogo al del recién nacido a término, teniendo en cuenta el plan de cada país.**																
- Tensión arterial						◉														
- Ecocardiografía (último control después de retirar el oxígeno)					●			●				●								

* s: semana(s); m: mes(es); PE: posegreso; EC: edad corregida; ●: actividad; ◉: revisión detallada y completa.

** Guía de práctica clínica para el manejo de la retinopatía de la prematuridad

	Estadio	Zona 1	Zona II	Zona III
SIN PLUS	Inmaduro			
	I			
	II			
	III			
CON PLUS	I			
	II			
	III			

Examen en dos semanas

Examen en una semana

Tipo 2, examen en 3 o 4 días

Tipo 1, tratamiento en menos de 48 h

Fuerza		Recomendación
Punto de buena práctica	✓	Los niños y niñas en riesgo deben continuar en seguimiento más allá de los 2 años.
Punto de buena práctica	✓	Los niños y niñas deben tener seguimiento con su pediatra o neonatólogo de cabecera, y con un experto en seguimiento de casos de alto riesgo.

Documentos conexos de la OPS y la OMS

Guía de práctica clínica para el manejo de la retinopatía de la prematuridad

http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34948

WHO Recommendations on newborn health

https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/newborn-health-recommendations/en/

WHO Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services

https://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/breastfeeding-facilities-maternity-newborn/en/

Infant feeding in areas of Zika virus transmission

https://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/infantfeeding_zikavirus_transmission/en/

Daily iron supplementation in infants and children

https://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/guidelines/daily_iron_supp_childrens/en/

Paediatric emergency triage, assessment and treatment: care of critically-ill children

https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/paediatric-emergency-triage-update/en/

WHO Recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes

https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/preterm-birth-guideline/en/

WHO Recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health 2015

https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/health-promotion-interventions/en/

Managing possible serious bacterial infection in young infants when referral is not feasible

Guidelines and WHO/UNICEF recommendations for implementation

https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/bacterial-infection-infants/en/

Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes

https://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/cord_clamping/en/

Every Newborn Action Plan

https://www.who.int/maternal_child_adolescent/newborns/every-newborn/en/

WHO Recommendations on home-based records for maternal, newborn and child health

https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/home-based-records-guidelines/en/

Assessing and managing children at primary health-care facilities to prevent overweight and obesity in the context of the double burden of malnutrition

https://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/children-primaryhealthcare-obesity-dbm/en/

Grupo de elaboración de las directrices

Coordinación general

Dr. Andrés de Francisco Serpa Director - Departamento de Familia, Promoción de la Salud y Curso de Vida. Organización Panamericana de la Salud

Dra. Suzanne J. Serruya Directora - Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva. Organización Panamericana de la Salud

Coordinadores

Pablo Durán. Asesor Regional en Salud Neonatal, Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva de la Organización Panamericana de la Salud

Ludovic Reveiz. Asesor en Traducción del Conocimiento y Evidencia del Departamento de Gestión de Conocimiento, Bioética e Investigación. Organización Panamericana de la Salud

Expertos en Epidemiología

Marcela Torres. Química farmacéutica. Maestría en Epidemiologia Clínica. Doctorado en Salud Pública

Martín Cañón.Médico. Maestría en epidemiologia clinica, especialista en medicina familiar y doctorando en filosofia

Expertos temáticos y panel de expertos

Nombre	País	Afiliación
Lucas Victor Alves	Brasil	Neurólogo pediatra, estudiante de doctorado, Instituto de Saúde Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP)
Alba Julietha Castro Gaona	Colombia	Asociación Colombiana de Neonatología
Yesenia Castro Guillén	Ecuador	Hospital Gineco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi
Ana Lucía Díez	Guatemala	Hospital Roosevelt
Diana Fariña	Argentina	Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Patricia Fernández	Argentina	Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Andrea Ghione	Uruguay	Cátedra de Neonatología, Universidad de la República
Dania Hernández	Guatemala	Programa Nacional de Salud Reproductiva
Andrés A. Morilla Guzmán	Cuba	Hospital Materno Infantil Dr. A. A. Aballí y jefe del Grupo Nacional de Neonatología
Mónica Morgues	Chile	Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil, Facultad de Medicina, Universidad de Chile
Diana Rodríguez	Argentina	Hospital Italiano de Buenos Aires
Juan Carlos Silva	Colombia	Asesor Regional en Prevención de la Ceguera y Salud Ocular de la Organización Panamericana de la Salud
Elina Yáñez	Ecuador	Hospital Docente Calderón

Revisores externos

Nombre	País	Afiliación
Roseli Calil	Brasil	Consultora en Neonatología. Coordinación General de Salud Infantil y Lactancia Materna en la Secretaría de Atención de Salud, Ministerio de Salud
Tatiana Cihimbra	Brasil	Consultora OPS/OMS
Nathalie Charpak	Colombia	Fundación Canguro
Clara Esperanza Galvis Díaz	Colombia	Hospital Militar Central. Coordinadora académica de la Asociación Colombiana de Neonatología
Arnoldo Grosman	Argentina	Departamento de Salud Materno Infantil, Universidad Maimónides. Centro colaborador de la OPS/OMS
Eduardo Urman	Argentina	Departamento de Salud Materno Infantil, Universidad Maimónides. Centro colaborador de la OPS/OMS

En esta versión abreviada de las *Directrices de práctica clínica basadas en la evidencia para el seguimiento de recién nacidos en riesgo* se brindan recomendaciones para la atención de recién nacidos hasta los 2 años y corresponden a la primera fase de su seguimiento.

Las recomendaciones están dirigidas a todos los funcionarios del sector de la salud responsables de la atención primaria de estos recién nacidos: médicos generales, médicos de familia, pediatras, neonatólogos, oftalmólogos pediatras, otorrinolaringólogos pediatras, profesionales de enfermería, especialistas en otros campos y personal multidisciplinario que interviene en el proceso de atención.

Asimismo, las directrices tienen por objeto facilitar los procesos de implementación de políticas que llevan a cabo los tomadores de decisiones y los miembros de entidades gubernamentales, y también serán de utilidad para padres, madres y cuidadores. Entre los temas que abarca el documento destacan los siguientes: criterios de egreso hospitalario, incluidas pruebas de tamizaje; información y apoyo a padres, madres y cuidadores; tamizaje durante la consulta de seguimiento, y frecuencia del seguimiento hasta los 2 años.

No se incluyen en estas directrices aspectos relacionados con la enfermería ni las comorbilidades.

OPS

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud
Oficina Regional para las Américas

525 Twenty-third Street, NW
Washington, D.C., 20037
Estados Unidos de América
www.paho.org