

Ungaria – Slovacia – România – Ucraina



PARTNERSHIP WITHOUT BORDERS

ÎNGRIJIREA PREMATURULUI LA DOMICILIU GHID PENTRU MEDICUL DE FAMILIE

Titlu proiect:

Intensive Care for Future (ICF)

Obiectiv principal:

Întărirea cooperării și îmbunătățirea nivelului serviciilor de îngrijire a sănătății în regiunea Zakarpatska și județul Satu Mare

Parteneri proiect:

- Spitalul Județean de Urgență Satu Mare
- Întreprinderea Municipală Necomercială „Spitalul Regional de Copii” al Consiliului Regional Zakarpatska

Data începerii: 02.12.2019 | **Data finalizării:** 02.11.2023

PREMATURITATEA



Sarcina și nașterea sunt etape de viață supuse, dintotdeauna, unor multiple riscuri. Dacă sarcina implică o dependență totală a fătului de funcția placentară, prin cordonul ombilical, nașterea reprezintă momentul de acces la autonomie prin adaptarea nou-născutului la viața extrauterină. Aceasta se realizează în mod specific fiecărui organism și este influențată de diverși factori, între care un rol primordial îl are vârsta de gestație (exprimată în săptămâni, începând de la data ultimului ciclu menstrual și confirmată după naștere prin scorul Ballard), considerând că termenul normal de naștere este de 40 săptămâni.

Nașterea prematură, produsă la mai puțin de 37 săptămâni de gestație împlinite, implică riscuri multiple. Unele riscuri sunt majore, exprimate în termeni de supraviețuire (deces) sau de calitate a vieții (sechele, handicap etc.). Ele sunt determinate de dificultățile de adaptare la viața extrauterină, cu atât mai mari cu cât gradul de severitate a prematurității este mai mare. Considerată o problemă de sănătate publică, prematuritatea este din ce în ce mai frecventă datorită multiplilor factori, între care un rol de frunte îl au progresele medicale, mai ales în domeniul perinatologiei și al neonatologiei, care dau iluzia unei eficacități fără limite. Alți factori: creșterea vârstei mamelor (maternități tardive), sarcinile multiple obținute după tratamente pentru infertilitate prin tehnici de reproducție umană asistată (fertilizare in vitro /FIV), consumul matern de droguri în timpul sarcinii.

Având în vedere complexitatea factorilor implicați în producerea nașterii premature, a riscurilor de morbiditate și de mortalitate, îngrijirea prematurilor necesită condiții speciale, de mare performanță atât în domeniul aparaturii și echipamentelor medicale, cât și în cel al pregătirii personalului medical. Îngrijirea prematurului implică o echipă pluridisciplinară (pediatrie-neonatologie, radiologie, laborator, oftalmologie, neurologie, kinetoterapie, psihologie, asistență socială, și mai apoi medicina de familie), condiții disponibile în mod continuu pe perioada spitalizării, uneori îndelungată (1-3 luni), și mai apoi la domiciliu.

Îngrijirea prematurilor în maternitate se face în centre de nivel II și mai ales III (dedicate vârstelor de gestație extrem de mici și foarte mici, cât și tuturilor cazurilor grave) dotate cu unități de terapie intensivă neonatală de înaltă tehnicitate ce includ incubatoare (pentru asigurarea căldurii și umidității optime fiecărui nou-născut, a izolării în condiții riguroase de igienă și de protecție contra luminii și a zgomotelor puternice, încercând să imite mediul intrauterin).

Totalitatea mijloacelor tehnice poate ajuta la prevenirea și tratarea afecțiunilor specifice prematurității și la creșterea și dezvoltarea prematurilor în parametrii de normalitate. Aceasta este posibilă doar datorită priceperii și dăruirii permanente a personalului medical (medici și asistente) capabil prin cunoștințe teoretice și practice, aplicate prompt, cu blândețe, să ducă o neobosită luptă pentru viață, determinând atât scăderea mortalității perinatale și neonatale, cât și creșterea ratei de supraviețuire.





Deși „prematuritatea nu este o boală, ci o etapă a vieții” (Pfister R.), ea implică riscuri și complicații severe și numeroase: **cerebrale** (hemoragie intraventriculară, prin fragilitatea vaselor cerebrale, leucomalacie periventriculară ce produce zone de distrucție celulară, hidrocefalie prin acumularea de lichid cefalorahidian în ventriculi, apnee prin imaturitatea centrilor respiratori); **respiratorii** (sindrom de detresă respiratorie prin imaturitate alveolară pulmonară și prin producție insuficientă de surfactant, pneumonie congenitală prin infecție materno-fetală mai ales în cazul rupturii premature a membranelor și a corioamniotitei, boală pulmonară cronică sau displazie bronhopulmonară prin dezvoltare anormală a țesutului pulmonar); **cardiace** (persistența de canal arterial prin oxigenare sanguină deficitară); **digestive** (enterocolită ulcero-necrotică, reflux gastro-esofagian prin imaturitatea sfincterului ce închide stomacul); **metabolice** (icter prin imaturitatea ficatului, hipoglicemie, boală metabolică osoasă / osteopenie de prematuritate); **oculare** (retinopatia de prematuritate ce poate evolua spre orbire); **auditive** (surditate); **anemie**; **infecții** materno-fetale și nozocomiale prin imaturitatea sistemului imunitar ce permite evoluția rapidă spre generalizare și agravare (sepsis) în lipsa unui tratament prompt cu antibiotic.

AFEȚIUNILE PREMATURULUI



Una dintre primele complicații ale *prematurității imediat după naștere* este apariția **detresei respiratorii** care, de cele mai multe ori, se datorează lipsei surfactantului în plămânuț nou-născutului. Astfel, prematurul poate necesita administrarea exogenă de surfactant. Cei mai mulți prematuri necesită susținere ventilatorie a funcției respiratorii. În funcție de gradul de afectare pulmonară pot avea nevoie de susținere minim invazivă, cu ajutorul unui aparat care le oferă oxigen (aparate de tip CPAP) sau pot necesita intubație și ventilație mecanică. Alte afecțiuni respiratorii pe care le pot dezvolta sunt: sindrom de pierdere de aer, apnee de prematuritate, datorită dezvoltării insuficiente neurologice, și mai târziu pot rămâne dependenți de oxigen prin dezvoltarea bronhodisplaziei pulmonare cronice. **Termoreglarea** este de asemenea o problemă pentru prematuri. Datorită țesutului subcutanat care este slab reprezentat și a suprafeței corporale mari, pierderea de căldură este mare la fel ca și perspirația, de aceea necesită îngrijire în incubatoare care încearcă să le ofere un confort termic, umiditate și protecție împotriva stimulilor externi. Alte afecțiuni pe care le pot avea nou-născuții prematuri sunt: **hipotensiune arterială** și **duct arterial** patent, ce necesită de asemenea tratament pentru susținerea tensiunii și pentru închiderea canalului arterial. Și **infecțiile** reprezintă un risc de temut al prematurității. De cele mai multe ori, infecția este și cea care determină nașterea prematură a nou-născutului. De asemenea, acesta are nevoie de susținere (imunoglobuline) și tratament antibiotic pentru a combate infecția.



Imaturitatea prematurului afectează de asemenea și **aparatul digestiv**, astfel alimentarea enterală (alimentație pe cale digestivă) a acestuia este destul de dificil de făcut și se începe în cantitate mică, crescând lent alimentația. Pentru a alimenta complet nou-născutul, acesta necesită suplimentare parenterală (alimentație pe cale intravenoasă) a alimentației. Cel mai bun lapte pentru prematur este laptele de mamă, de aceea în toate maternitățile mamele sunt încurajate să se mulgă pentru a oferi cât mai curând alimentația cea mai bună pentru micul nou-născut. Inițial nou-născuții sub 32-34 de săptămâni care nu au reflex de supt sau cei cu tulburări de coordonare deglutiție-respirație sunt hrăniți prin gavaj fie continuu, fie discontinuu, în funcție de toleranța lor digestivă, până se maturizează și dezvoltă reflexul de supt. Complicațiile prematurității din punct de vedere digestiv sunt: alimentație enterală (alimentație pe cale digestivă) dificilă, și cea mai de temut este enterocolita ulcero-necrotică. Chiar dacă inițial prematurul este policitemic, pe parcursul internării dezvoltă **anemie de prematuritate**, datorită dezvoltării hormonale insuficiente și a măduvei osoase. Din această cauză, prematurul poate necesita transfuzii de sânge. **Icterul de prematuritate** este un icter mai intens și de lungă durată, necesitând fototerapie pentru o perioadă îndelungată. Poate avea tulburări neurologice, de la **tonus muscular scăzut, hemoragie intraventriculară** care mai târziu poate duce la leucomalacie periventriculară cu întârziere în dezvoltare neuro-motorie și psihică. **Retinopatia de prematuritate** poate apărea la prematuri. În funcție de stadiu, necesită doar monitorizare clinică de către un oftalmolog sau poate necesita laserterapie. **Surditatea sau hipoacuzia** poate apărea de asemenea la prematuri, de aceea se face screening auditiv la externare.

CRITERII DE EXTERNARE DIN MATERNITATE

Nou-născuții prematuri au de obicei nevoie de timp să recupereze – atât în dezvoltare cât și în greutate. În spital, această recuperare implică să învețe să mănânce și să doarmă, și creșterea constantă în greutate. De obicei nou-născuții nu stau în maternitate până la data preconizată a nașterii, fiind externați mai repede, în funcție de evoluția lor din maternitate. Criteriile generale care sunt luate în considerare pentru plecatul acasă al bebelușului prematur sunt:

- bolile dezvoltate pe parcursul internării,
- temperatura corpului este constantă și se păstrează, în cazul în care bebelușul este ținut într-un pătuț normal,
- bebelușul acceptă toate mesele la sân sau biberon ,
- nu a avut recent crize de apnee,
- părinții sunt capabili să aibă grijă de bebeluș,
- fără medicație, cu excepția suplimentelor care conțin vitamine sau fier.

De asemenea, prematurul are nevoie de urmărire periodică, fie din partea neonatologului, fie a pediatrului, și mai ales a medicului de familie, pentru a se vedea evoluția și dezvoltarea lui ulterioară, după externarea din maternitate.



ÎNGRIJIREA ȘI SUPRAVEGHEREA PREMATURULUI LA DOMICILIU



De cele mai multe ori, medicii de familie sunt alături de viitoarea mamă din momentul luării în evidență a sarcinii. Educația pentru sănătatea sarcinii și a viitorului copil începe la acest moment și continuă odată cu externarea prematurului din maternitate. Îngrijirea nou-născutului prematur de către medicul de familie este o orchestrație a unei echipe complexe, formată din medici, asistente medicale, psihologi, asistenți sociali și, nu în ultimul rând, familia nou-născutului.

Nou-născutul prematur nu este doar un copil mai mic, ci un copil imatur din punct de vedere al tuturor aparatelor și sistemelor organismului. Adaptarea nou-născutului prematur la mediul extrauterin este dificilă și se realizează anevoios, într-un timp variabil, în funcție de vârsta de gestație, de greutate și de eventualele complicații asociate. Externarea la domiciliu a unui prematur este un motiv de bucurie, însă implică mai multă atenție și responsabilitate din partea tuturor celor implicați în îngrijirea acestuia - părinți și cadre medicale. De aceea, familia trebuie informată asupra unor măsuri de îngrijire suplimentare, care vor ține cont de particularitățile nou-născutului prematur.

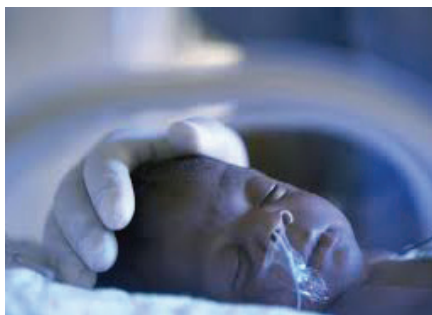
Semne de alarmă care impun consultația medicală, și pentru care părinții au fost instruiți să vi se adreseze, sunt:

- modificarea colorației tegumentare (cianoză, paloare extremă, icter intens),
- febră,
- efort respirator, geamăt, apnee,
- alimentație dificilă (somniaț, nu suge, varsă), curbă staturo-ponderală deficitară, abdomen destins,
- orice tumefacții (umflături) la nivelul abdomenului sau ale regiunii inghinale, genitale,
- modificări ale aspectului fontanelei (deprimată sau bombată), tonus muscular prea scăzut sau hipertonie, convulsii.

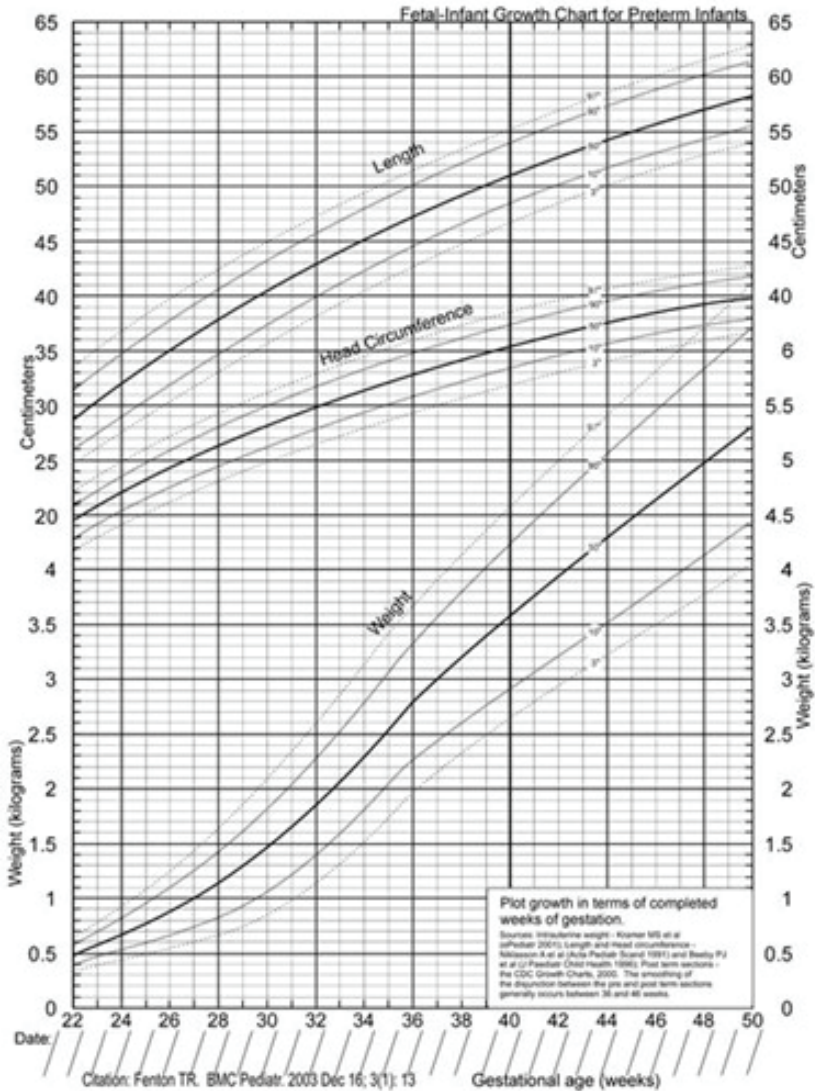


Particularități de urmărit și identificate la prematur pe parcursul examenului clinic sunt:

- deformări ale craniului, prezența bosei sero-sangvinolente, a cefalhematomului, a stării suturilor: alăturate, încălecate sau dehiscente;
- dimensiunile fontanelii anterioare și starea de tensiune;
- activitatea motorie spontană: variată, simetrică, săracă, stereotipă, absentă;
- policele fixat în abducție, asimetric, abducția spontană a policelui;
- aprecierea tonusului muscular pasiv: semnul fularului, cotul depășește linia mediană sau nu opune rezistență; aprecierea unghiului popliteu >130°;
- comparație stânga/dreapta, cu prezența asimetriei;
- axa corporală în curbare, în flexie sau extensie;
- evaluarea funcției neurosenzoriale prin încercarea obținerii fixării și urmăririi vizuale, a răspunsului la voce și a interacțiunii cu examinatorul;
- aprecierea plânsului: excesiv, slab, monoton, sugar ușor sau nu de calmat;
- prezența reflexelor arhaice: Moro, mers automat, supt, grasping;
- aprecierea dezvoltării somatice în baza curbelor de creștere specifice pentru prematuri.



DE MENȚIONAT! Plasarea pe curbele de dezvoltare se va face pe curbele de creștere ale prematurilor până la vârsta de 50 săptămâni postconceptuale, și mai apoi pe curbele de creștere ale copilului la termen, respectând corecția de vârstă (spre exemplu, pentru un prematur născut la 32 săptămâni vârstă de gestație, vârsta corectată înseamnă 38-32=6 săptămâni în minus față de vârsta cronologică).



CONDIȚII GENERALE DE ÎNGRIJIRE

Temperatura în cameră va fi constantă, de aproximativ 21 grade Celsius cu precauții în timpul nopții, când este recomandată învelirea bebelușului cu o păturică/sac de dormit, luând însă măsurile de precauție pentru a evita acoperirea feței și sufocarea nou-născutului. Cu cât copilul are greutate mai mică, posibilitățile lui de încălzire sunt mai reduse. Mâinile și picioarele bebelușului sunt de obicei reci și uneori cianotice; este indicată purtarea de șosetuțe chiar și în sezonul cald. Cu toate acestea, nu este necesară îmbrăcarea copilului cu mai multe straturi de haine, căciulă sau mănuși, care pot duce la supraîncălzire (aceasta favorizează deshidratarea și chiar crizele de apnee). În condiții de caniculă este permisă utilizarea aparatelor de aer condiționat pentru a răcori camera, în absența copilului (este de evitat ca ventilatorul să funcționeze în prezența nou-născutului). Este de preferat să nu existe diferențe de temperatură între camerele unde stă copilul (variațiile de temperatură sunt mai periculoase decât temperaturile scăzute).



Umiditatea trebuie menținută între 50-60%, fiind necesar un umidificator, în special în sezonul rece, când camera este încălzită cu ajutorul caloriferelor. Camera trebuie aerisită de mai multe ori pe zi, încercând însă ca temperatura să se mențină constantă.



Pătuțul nou-născutului trebuie ferit de curenții de aer și așezat departe de sursele de căldură. Prematurul poate fi ușor suprastimulat de prea multă lumină sau de sunetele puternice, de aceea va trebui creată o atmosferă cât mai liniștitoare pentru nou-născut. Patul nou-născutului este bine să fie ușor înclinat, aproximativ 15-30 grade (capul copilului să se afle mai sus decât corpul), pentru a împiedica vărsăturile/regurgitațiile. Această modificare se va face din picioarele patului sau prin plasarea sub saltea a unei păături, de exemplu. Salteaua bebelușului este obligatoriu a fi tare și dreaptă! Nu se lasă în pat jucării, prosoape, scutece, obiecte de vestimentație ce pot ajunge accidental să obstrueze respirația copilului. Pentru a evita aspirarea și sufocarea nou-născutului în caz de vărsătură, poziția acestuia în pat după masă va fi obligatoriu culcat pe o parte, eventual pe spate. Se va schimba în cursul aceleiași zile poziția copilului de pe o parte pe alta pentru a împiedica plagicefalia (turtirea asimetrică a craniului). Nou-născutul prematur doarme mai mult decât un nou-născut la termen în 24 de ore, dar pe perioade mai scurte. În unele situații, în special datorită icterului, posibil și altor cauze, nou-născutul prematur poate să fie mai somnolent, să nu se trezească la orele de masă, de aceea trebuie trezit de către părinți la fiecare 3 ore.

ALIMENTAȚIA

Este demonstrată eficiența vizitelor la domiciliu ale cadrele medicale pentru consiliere în continuarea alăptării și a unei alimentații corecte prin creșterea mii bună în greutate a prematurilor urmăriți la domiciliu de cadre medicale (medic de familie, asistentă medicală) față de cei care nu au fost monitorizați.

Alimentația prematurului este de preferat să fie cea **naturală**, deoarece laptele matern este perfect adaptat nevoilor de creștere și dezvoltare neuropsihică a nou-născutului prematur.

Pe termen lung, avantajele alăptării la prematur sunt:

- incidență scăzută a ROP și acuitate vizuală îmbunătățită,
- dezvoltare neurologică superioară în relație directă cu durata alăptării,
- scăderea riscului de boli cardiovasculare în adolescență și la vârsta de adult,
- scăderea riscului de diabet zaharat de tip 2.





Pentru prematurii cu greutate mică sau pentru cei cu curba ponderală mai lent ascendentă se poate recomanda **fortifiantul de lapte matern**.

De asemenea, în cazul celor alimentați artificial, **formula de lapte va fi una specifică prematurilor**, până când aceștia fac greutatea de 4500 g, și mai apoi o **formulă de start**.

Formulele de lapte pentru alimentația prematurului sunt concepute să acopere nevoile speciale ale acestuia:

- nevoi energetice mai mari de 80 kcal/100 ml;
- cantitate mai mare de proteine, reprezentată prin aminoacizi esențiali și condiționat esențiali;
- LC-PUFA în cantitate mai mare și trigliceride cu lanț mediu 40-50%;
- lactoză 40% și maltoză/maltodextrină;
- cantitate mai mare de vitamine, minerale și oligoelemente;
- pre- și probiotice adecvate.

Este de preferat ca prematurul să mănânce aceeași formulă de lapte praf cu care a fost externat din maternitate, cu care este obișnuit și pe care o tolerează, schimbarea formulei de lapte praf se va face doar în cazuri bine justificate.



DIVERSIFICAREA

Majoritatea medicilor sunt de părere că diversificarea alimentației copilului trebuie să aibă loc între 4-6 luni vârsta corectată, nu vârsta postnatală. Pentru că evoluează neuromotor mai lent decât cei născuți la termen, prematurilor le va lua mai mult timp să dezvolte abilitatea de a înghiți alimente semisolide sau solide și să controleze poziția capului. Controlul capului este esențial, deoarece îl ajută pe cel mic să mestече alimentele solide, iar poziția echilibrată a capului și corpului, dată de poziția în șezut, elimină riscul ca cel mic să se înece cu alimente. În rest, diversificarea va parcurge aceleași etape ca și la nou-născutul la termen.

SUPLIMENTE NUTRITIVE

Orice nou-născut prematur trebuie să primească un tratament de profilaxie a rahitismului, care constă în administrare de **Vitamina D** și eventual calciu, conform cu recomandările primite din maternitate. Spre deosebire de nou-născuții la termen, nou-născuții prematuri au rezerve insuficiente de fier și o creștere accelerată, care îi predispune riscului de anemie de prematuritate. De aceea, majoritatea prematurilor necesită tratament cu **Fier** începând cu luna a doua de viață. Pentru dezvoltarea somatică și neurologică a prematurilor se recomandă și administrarea de alte **vitamine** (A, B, E), sub formă de preparate polivitaminice, de regulă recomandate de către medicul specialist neurolog/neonatolog la externarea din maternitate.

IMUNIZĂRI ȘI PREVENIREA INFECȚIILOR INTERCURENTE

Prematurul are un sistem imun incomplet dezvoltat. De aceea, prevenirea infecțiilor este esențială. Aceasta se poate realiza printr-o **igienă corectă** atât a nou-născutului cât și a persoanelor care se implică în îngrijirea acestuia. De asemenea, **evitarea contactului cu persoane bolnave și a locurilor publice aglomerate** în primii doi ani de viață este foarte importantă. **Alăptarea** conduce la o creștere a rezistenței organismului la infecțiile pe care mama le contactează sau le-a contactat în trecut (prin anticorpi ce trec din sânge în lapte), dar nu garantează absența îmbolnăvirilor. **Vaccinările** protejează organismul sensibil al prematurilor de îmbolnăviri grave. *Schema de vaccinare este aceeași ca pentru un nou-născut la termen, se vaccinează după vârsta cronologică și nu după vârsta de gestație (deci nu se amână niciodată vaccinarea unui prematur pe acest criteriu!).* Excepție face vaccinul împotriva tuberculozei (BCG), care nu se face sub greutatea de 2300 g. Există și vaccinări opționale, suplimentare, recomandate prematurilor pe care medicul neonatolog poate să le recomande la externare.

VACCIN SYNAGIS PROTOCOL TERAPEUTIC POZIȚIA NR. 284 DCI PALIVIZUMABUM

“Infecțiile cu virus sincitial respirator (VRS) reprezintă o cauză importantă de morbiditate în copilărie, fiind principala cauză de spitalizare a copiilor cu vârsta sub 5 ani, categoria de copii cu risc major de infecții severe fiind a celor cu vârsta între 2 și 6 luni (...).





Există câteva categorii de copii cu risc crescut de a prezenta forme severe ale infecțiilor cu VRS, cu incidență crescută a complicațiilor, frecvența și durata prelungită de spitalizare: foștii prematuri – datorită transferului redus de anticorpi și dezvoltării bronhopulmonare insuficiente, copii cu boala pulmonară cronică, (...).

Palivizumab este un produs farmaceutic umanizat de origine murină obținut prin tehnici de recombinare care conține anticorpi monoclonali de tip Imunoglobulina G1, indicat pentru imunizarea pasivă împotriva VRS, pentru prevenirea infecțiilor severe ale tractului respirator inferior care necesită spitalizare, determinate de VRS, la copii cu risc de îmbolnăvire cu VRS.

I. Indicații și criteriile de includere

Infecția cu VRS este o infecție sezonieră, cu incidență maximă a îmbolnăvirilor în perioada octombrie-martie, iar calendarul de imunizare trebuie să țină cont de această sezonalitate precum și de recomandarea de administrare a primei doze înainte începerii sezonului VRS. Ca atare, administrarea Palivizumab trebuie să se facă în perioada septembrie-martie (un număr de maxim 5 administrări la interval de 4 săptămâni/sezon), exceptând situațiile în care este raportată și comunicată de Ministerul Sănătății, la nivel național, o schimbare de sezonalitate a infecțiilor cu VRS.

Categoria de copii cu risc pentru infecțiile cu VRS eligibili pentru administrarea de Palivizumab
Prematuri născuți la 35 de săptămâni de gestație sau mai puțin, cu vârsta mai mică de 6 luni, la începutul sezonului de îmbolnăvire cu VRS (...).

II. Administrarea de Palivizumab

- administrarea se va face după informarea corectă a părinților privind rolul acestei imunizări, schema de imunizare, posibile reacții adverse, dar și măsurile de precauție care ar trebui respectate în continuare pentru prevenirea infecțiilor cu VRS

- înainte de administrare, medicul trebuie să verifice respectarea regulilor privind stocarea și transportul medicamentului (la 2-8 grade Celsius, fără congelare)

- doza recomandată este de 15 mg/kgc, doza în ml, respectiv ml se calculează astfel:

*doza administrată în mg = greutatea în kg x 15 mg

*doza administrată în ml = greutatea în kg x 0,15 ml (concentrația flacoanelor fiind de 100 mg/ml)

- se administrează maxim 5 astfel de doze, la interval de 4 săptămâni (25-30 zile), pe durata sezonului VRS

- prima doză ar trebui administrată înaintea începerii sezonului VRS

- administrarea se face strict intramuscular

- dacă doza totală de administrat depășește 1 ml, aceasta trebuie divizată și administrată în două injecții

- administrarea Palivizumab trebuie efectuată în siguranță, în cabinetele medicale în care există posibilitatea tratării de urgență a reacțiilor anafilactice

- în cazul prematurilor eligibili administrarea se face astfel:

*pentru prematurii născuți în timpul sezonului VRS (lunile octombrie-martie) se recomandă administrarea primei doze de Palivizumab cu 3-5 zile înainte de externare, în funcție de disponibilitatea medicamentului în spital.



În absența administrării primei doze în spital, aceasta se va prescrie în ambulatoriu, imediat după externare, în baza scrisorii medicale emise la externarea pacientului din spital și se va administra cât mai curând posibil

*pentru prematurii născuți în afara sezonului de infecții VRS (lunile aprilie-septembrie) protocolul se va prescrie în ambulatoriu, în baza scrisorii medicale emise la externarea pacientului din spital, iar prima doză, în funcție de luna nașterii copilului, se va administra fie înaintea începerii sezonului VRS (luna septembrie), fie la debutul sezonului VRS (luna octombrie).
(...)"

Referințe: MONITORUL OFICIAL AL ROMÂNIEI,
PARTEA I, NR. 1070 BIS/04.XI.2020

MONITORIZAREA DEZVOLTĂRII ȘI A AFECȚIUNILOR SPECIFICE

Datorită riscurilor de dezvoltare a multiplelor deficiențe și sechelelor ce pot afecta un nou-născut prematur, după externarea din maternitate acesta trebuie să intre obligatoriu într-un program de urmărire atentă care durează **până la vârsta de 2 ani**, când se consideră că are loc recuperarea completă somatică și neurologică a prematurului, acesta devenind egal din aceste puncte de vedere cu un nou-născut la termen. Este important de știut că, până la această vârstă, prematurul se evaluează din punct de vedere medical la nivelul vârstei corectate, adică a vârstei postconcepționale; adică un nou-născut la 30 de săptămâni de gestație va fi în urmă din punct de vedere neurologic, uneori și fizic, cu 8 săptămâni, cât mai avea de crescut intrauterin. Un astfel de copil va arăta și se va comporta ca un copil cu 2 luni mai mic.



Monitorizarea nou-născutului prematur constă din controale periodice obligatorii la medicul de familie/pediatru/neonatolog, dar și la medici din alte specialități (neurologie pediatrică, oftalmologie pediatrică, ORL, psihiatrie pediatrică, ortopedie pediatrică, logopedie, kinetoterapie). Primul consult se face la 7-10 zile după externarea din maternitate și ulterior lunar. Curbele de creștere se vor urmări periodic pentru a observa tulburările de creștere și a le corecta în timp util. Pot fi necesare suplimente de vitamine și minerale.



Medicul neurolog pediatru va lua în evidență orice prematur sub 34 săptămâni, controalele recomandând a se efectua la 40 săptămâni de gestație, la 2, 6, 12, 18 și 24 de luni vârstă corectată sau după un alt calendar dacă situația pacientului o impune. Acesta va evalua dezvoltarea neuromotorie, cognitivă și comportamentală. În funcție de rezultatele evaluării, sugarul va putea fi trimis la kinetoterapie pentru recuperarea deficiențelor motorii; cu cât aceasta se începe mai devreme, șansele de evitare a sechelelor și retardului motor sunt mai mici.



Examenul oftalmologic este obligatoriu la toți prematurii cu vârsta de gestație sub 34 săptămâni sau și mai mari, dacă au necesitat îngrijiri de terapie intensivă, în special oxigenoterapie. Examenul se recomandă pentru a diagnostica precoce retinopatia de prematuritate, o complicație frecventă și severă a prematurului. Primul consult se va efectua la 1 lună de la naștere, dar nu înainte de 31 săptămâni vârsta corectată, iar medicul oftalmolog va stabili frecvența cu care vor avea loc consultațiile ulterioare, în funcție de rezultat.

Testarea auditivă se va efectua la externarea din maternitate. În funcție de rezultatul obținut, se va recomanda, eventual, o retestare.

În concluzie ...

...este foarte dificil să spui cu exactitate care va fi calitatea vieții unui nou-născut, mai ales a celui cu probleme, cu atât mai mult în cazul unui prematur. În cazul lor, și mai ales al prematurilor mici și extrem de mici, există statistici numeroase despre complicațiile pe care le poate dezvolta. Însă în practica noastră am întâlnit cu toții copii care ne-au arătat că până la urmă o statistică rămâne doar o statistică. Pentru a duce o viață cât mai normală putem doar să ne asigurăm că le oferim tot suportul din punct de vedere medical, să reducem la minim complicațiile unui eveniment deja apărut, să le oferim un follow-up bine pus la punct, împreună cu colegii neonatologi, pediatri, oftalmologi, neurologi, kinetoterapeuți.

Telefoane utile

- Secția Neonatologie Spitalul Județean de Urgență Satu Mare
0261-748421
0733 024874
- Ambulatoriul de specialitate Spitalul Județean de Urgență Satu Mare
(pentru programare Neurologie infantilă,
Chirurgie și Ortopedie Pediatrică, Oftalmologie, Pediatrie)
0261-748680
0261-770046
- Centrul de reabilitare "Sf.Iosif" Satu Mare
0261-713811



PARTNERSHIP WITHOUT BORDERS

Această publicație a fost realizată cu sprijinul financiar al Uniunii Europene. Conținutul acesteia este responsabilitatea exclusivă a Spitalului Județean de Urgență Satu Mare și nu reflectă neapărat punctul de vedere al Uniunii Europene.



Proiectul este cofinanțat de către Uniunea Europeană.

www.huskroua-cbc.eu