



TERCERA CAMPAÑA “SEMANA DEL PREMATURO”

LOS DESAFÍOS QUE ENFRENTAN EN ARGENTINA LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS QUE NACEN PREMATURAMENTE Y NECESITAN UN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO.

Un niño que fue recién nacido prematuro (RNP) con un peso menor a los 1.500 gramos es un niño/a de alto riesgo, que debe nacer en una maternidad segura y que cuando sale del hospital debe acceder a programas especiales de seguimiento.

En el año 2010 nacieron en Argentina 756.176 niños, de los cuales 60.494 (aproximadamente el 8%) nacieron antes de la semana 37. De acuerdo con las estadísticas nacionales, 54.000 RNP pesaron menos de 2.500 gramos, de los cuales 7.966 pesaron menos de 1.500 gramos¹. Este último grupo de niños y niñas representa el grupo más vulnerable dentro de todos los nacidos vivos.

Los avances tecnológicos y la calidad y calidez en la atención han permitido que recién nacidos de hasta 500 gramos sobrevivan. Sin embargo, son muchos los riesgos que estos bebés deben enfrentar, y sólo 7 de cada 10 superan los primeros 30 días. Para decirlo de otra forma, el 34% (2.737) de los 7.966 RNP falleció. Los 5.229 que sobrevivieron a los 30 días saben que cada minuto superado es un tiempo ganado para terminar de madurar físicamente.

La maduración, la contención familiar, la calidad y la seguridad del cuidado durante la internación son la clave para sobrevivir y para evitar el desarrollo de secuelas. La evidencia científica muestra que si un niño de muy bajo peso nace en un lugar seguro la probabilidad de tener secuelas es menor; y si ingresa en un programa de seguimiento, estas secuelas podrán ser mitigadas o anticipadas y tratadas.

De los 5.229 que sobrevivieron al mes, estimamos que al menos 2.000 quedarán con alguna secuela. Esto significa que 4 de cada 10 RNP que pesaron al nacer menos de 1.500 gramos sufrirán –junto a su familia– las consecuencias de

¹ www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro54.pdf.

eventos que en muchos casos podrían haberse evitado, como quedar ciego, sordo, con parálisis cerebral o alguna otra discapacidad.

Este año, la campaña está destinada a llamar la atención sobre las vulneraciones de derechos en el grupo de RNP que nacieron con menos de 1.500 gramos. Son niños y niñas en situación de riesgo permanente que requieren de asistencia especializada, y cuya continuidad debe garantizarse hasta que la necesidad haya sido superada. No todos los servicios de neonatología en el país donde nacen RNP con menos de 1.500 gramos son seguros para atender estos niños, y tampoco cuentan con programas de seguimiento y de contención; y la sociedad debe saber que este derecho no debe, ni puede, ser vulnerado.

¿Qué es un programa de seguimiento?

Los programas de seguimiento tienen por finalidad prevenir y atender los problemas de salud vinculados a la prematuridad a corto o largo plazo, además de orientar y acompañar a las familias en la difícil tarea de cuidar a un niño que padeció una enfermedad desde sus primeros días de vida, y que permaneció internado en una terapia intensiva por un tiempo prolongado.

El seguimiento de los prematuros de alto riesgo debe realizarse con un equipo interdisciplinario que trabaje en la maternidad o el hospital pediátrico de alta complejidad (nivel III) en constante comunicación y acuerdo con los profesionales y auxiliares de salud de la comunidad donde vive cada niña o niño.

Los equipos de los programas de seguimiento están conformados por un grupo básico de pediatras de cabecera, enfermeros/as, psicólogos/as y trabajadores/as sociales, con acceso facilitado a distintas consultas con pediatras especialistas en distintas áreas, como por ejemplo neurólogos/as, especialistas en desarrollo infantil, neumonólogos/as, fonoaudiólogos/as y oftalmólogos/as. Una de las responsabilidades de estos equipos es controlar y alertar sobre los riesgos, es decir, diagnosticar en forma temprana y precisa la ocurrencia o no de las secuelas que el prematuro –por su condición biológica y su historia neonatal– puede tener. Una vez diagnosticada una secuela (como baja visión, hipoacusia, retraso de algún área del desarrollo, trastorno motor, etc.) estos equipos deben:

- Establecer un plan de tratamientos claro y preciso.
- Comunicarlo a la familia de la niña o niño, haciendo fuerte hincapié en los derechos de sus hijos a recibir protecciones especiales por parte del Estado.

- Extremar los esfuerzos para garantizar que reciban los tratamientos en tiempo y forma, y en su comunidad.
- Supervisar y revisar periódica e interdisciplinariamente si los tratamientos resultan efectivos.
- Programar las consultas y traslados de los niños y niñas para las evaluaciones correspondientes.
- Registrar la evolución de todos los prematuros de alto riesgo en seguimiento y reportar los resultados.
- Comunicarse permanentemente con los equipos del nivel III y del nivel I. Hoy se dispone en todo el país de la tecnología necesaria para facilitar este proceso.

En la comunidad donde vive cada niña o niño deberá haber un pediatra, médico de familia o agente de salud que, junto a enfermeros y trabajadores sociales locales, garantice los tratamientos que debe recibir, como estimulación sensorial, terapia ocupacional, kinesiología, psicopedagogía o integración escolar.

Avanzar a un modelo integrado de atención para niños de riesgo es sin duda uno de los máximos desafíos de los programas de seguimiento de nuestro país.

Nada supera el valor que tiene la familia en el cuidado y recuperación del niño o niña que nació antes de tiempo.

Para mejorar el estado de salud de los RNP, es fundamental que los programas de seguimiento gestionen la cobertura de todas las necesidades del niño y la niña: sostenimiento de la lactancia materna, provisión de fórmulas nutricionales especiales, aplicación de vacunas y anticuerpos especiales, traslados a las evaluaciones programadas, acceso a la tecnología necesaria (sondas, oxigenoterapia, traqueotomías en algunos casos). Además de estos insumos y recursos, las condiciones de vida (o factores socioambientales) influyen de manera decisiva en los resultados finales del seguimiento, lo que revela la necesidad de asesoramiento y acompañamiento especial a las familias que viven en situación de desventaja.

Todos los niños y niñas prematuros de alto riesgo deben continuar en seguimiento hasta al menos los 3 años de vida, momento en que ya se han podido definir las secuelas de mayor impacto, o hasta que se hayan completado exitosamente los tratamientos que se le indicaron. Luego, se deben controlar periódicamente las áreas del desarrollo que se diagnostican más tardíamente, como los trastornos de conducta o del lenguaje. Además, deben recibir evaluaciones psicopedagógicas formales antes de ingresar a la

escuela, y continuar con el acompañamiento para prevenir o paliar posibles dificultades en los aprendizajes formales.

Es importante que todo programa de seguimiento respete las diferentes culturas, en particular las de las comunidades indígenas y migrantes, y que consensue con las familias el cuidado del niño/a. La familia debe estar en condiciones de poder:

- Identificar signos de alarma que requieran consulta inmediata.
- Garantizar medidas de higiene como el lavado de manos, la higiene del bebé y la limpieza de sus utensilios.
- Asegurar la lactancia materna.
- Comprender la importancia y razón de la concurrencia a los controles.
- Reconocer los roles de los integrantes del equipo que atiende a su hijo o hija.
- Recibir información calificada, precisa, certera sobre lo que le sucede a su hijo o hija, y las necesidades que cada suceso genera.
- Ser partícipes de la toma de decisiones sobre tratamientos e intervenciones.
- Manejar la medicación y prácticas prescriptas, como la colocación de sondas u otras tecnologías (oxigenoterapia, ostomías), conocer dosis y horarios y saber para qué la recibe.
- Comunicarse, en caso de emergencia, con los responsables del programa de seguimiento.

Situaciones de mayor vulnerabilidad

Cuánto más pronto nace un bebé y cuanto menor sea su peso, mayor es la inmadurez de todos sus órganos y sistemas, y mayor el soporte e intervenciones de alta complejidad que deben garantizarse para disminuir el riesgo de muerte y evitar las complicaciones a largo plazo.

Los daños sufridos tempranamente podrían tener secuelas en los primeros años de vida, que a su vez podrían convertirse en discapacidades permanentes. La calidad de atención que se brinde, el vínculo con la familia y las condiciones biológicas con las que nacen y se desarrollan determinarán en qué medida y qué cantidad de RNP serán afectados.

En la **tabla 1** se resume el proceso de daño – riesgo – secuela - discapacidad en los recién nacidos de alto riesgo.

En la primera y la segunda columna se clasifican las áreas vulnerables y los diagnósticos de riesgos en los RNP que condicionan su calidad de vida. En la tercera columna se listan las estrategias probadas para prevenir estos daños, o

atenuar su gravedad, en la etapa perinatal; su omisión aumenta gravemente el riesgo de vida y de discapacidad. En la cuarta columna se detallan las secuelas de estos daños tempranos; y en la quinta, las medidas y estrategias probadas durante el seguimiento a largo plazo para atenuar el impacto de las secuelas y prevenir la discapacidad. Como puede observarse, hay medidas que influyen en más de un tipo de daño; sobre todo en el área del neurodesarrollo, que está influida por múltiples condicionantes.

Tabla 1. Secuencia del proceso de daño - riesgo - secuela - discapacidad en los recién nacidos de alto riesgo

ÁREA DE SALUD AFECTADA		CONDICIONANTE	PREVENCIÓN EN LA ATENCIÓN PERINATAL (EMBARAZO - PARTO - NEONATOLOGÍA) CALIDAD (C) /	SECUELA	PREVENCIÓN EN LA ATENCIÓN PEDIÁTRICA (SEGUIMIENTO)
S E N S O R I A L	VISIÓN	Retinopatía del Prematuro (ROP).	Uso seguro del O ₂ . C Control oftalmológico. C Tratamiento oportuno con láser en las formas graves. C	Baja visión Ceguera	Estimulación visual. Adecuaciones curriculares. Escuela especial. Lentes. Uso de tecnologías asistivas adecuadas.
	AUDICIÓN	Lesión del órgano de la cóclea.	Control del ruido ambiental la UCIN. C Antibióticos. Infecciones.	Pérdida auditiva Sordera	Estimulación auditiva. Equipamiento con otoamplífonos en el momento adecuado y respetando los plazos legislados. Sistemas alternativos y aumentativos de comunicación. Uso de tecnología asistivas adecuadas.
		Encefalopatía de la	Nacer en el lugar preparado para	Parálisis cerebral	Kinesiología.

N E U R O D E S A R R O L L O	prematurez (hemorragia intracraneana grave - leucomalacia - compromiso tronco, ganglios de la base y cerebelo).	atenderlo. C Oportunidad de reanimación. C Ingreso irrestricto de los padres a la UCIN. C Cuidado integral del desarrollo (enfermería). C Soporte nutricional (aporte proteico precoz). C Lactancia materna. C Ventilación mecánica cuidadosa (<i>gentle</i>). C	Trastorno del desarrollo de la coordinación Retraso global del desarrollo Retardo mental Retraso del lenguaje Trastornos de aprendizaje Trastornos de conducta Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	Equipamiento ortésico y de posicionamiento adecuado. Uso de tecnologías asistivas adecuadas. Terapia ocupacional. Sistemas alternativos y aumentativos de comunicación. Psicopedagogía. Fonoaudiología. Integración escolar. Orientación a padres. Abordaje de la conducta.
	Desnutrición pre y/o postnatal.	Soporte nutricional (aporte proteico precoz).	Fallo de crecimiento Retraso del desarrollo	Soporte nutricional (fórmulas especiales).

E C I M I E N T O	Enterocolitis necrotizante.	C Lactancia materna. C Uso de probióticos. C	Enfermedad cardiovascular en la vida adulta Déficit de la hormona de crecimiento	Lactancia materna. Evaluación de complicaciones (reflujo, deglución). Evitar sobrepeso. Evaluar tratamiento con hormona de crecimiento.
P U L M O N A R	Displasia broncopulmonar.	Corticoide prenatal (en la amenaza del parto prematuro). C Drogas: surfactante, vitamina A y cafeína. C Asistencia ventilatoria cuidadosa ("gentle"). C Soporte nutricional. C	Enfermedad pulmonar crónica Reinternaciones Parálisis cerebral Retraso del desarrollo	Soporte nutricional. Oxigenoterapia crónica. Uso racional de fármacos. Vacunas. Ac Monoclonal anti VSR. Ídem medidas para retardo del desarrollo.

Las secuelas en números en Argentina y el mundo

Actualmente, en los países con altos ingresos económicos (como EEUU, Canadá, o los países europeos) solo algunos niños prematuros, sobre todo los que nacen con edades gestacionales extremas, evolucionan con secuelas graves. La mayoría de los prematuros, en cambio, tiene una evolución favorable de su salud y calidad de vida a largo plazo.

En Argentina, la sobrevida de los RNP es muy diferente dependiendo de la edad gestacional y el peso con el que nacen. En últimos 10 años se ha logrado mejorar la sobrevida en el grupo de los recién nacidos con un peso entre 1.501 y 2.500 gramos, a niveles similares a los de los países desarrollados: sobrevive el 98% de los que pesan entre 2.000 y 2.500 gramos, y el 93% de los que pesan entre 1.501 y 1.999 gramos.

Por el contrario, en Argentina sobrevive sólo el 66% de los prematuros que pesan al nacer menos de 1.500 gramos. La falta de información y estadísticas, a nivel nacional, sobre las secuelas y discapacidades de los RNP con menos de 1.500 gramos no nos permite conocer con precisión la cantidad de niñas y niños afectados. Sin embargo, las estimaciones realizadas en base a estudios nacionales e internacionales indicarían que, en el año 2010, el nacimiento prematuro no solo fue la principal causa de mortalidad infantil, sino también la primera causa de discapacidades severas como parálisis cerebral, ceguera e hipoacusia de la infancia (tabla 2).

En los casos de discapacidad severa, un programa de seguimiento debería garantizar el acceso a la contención social y rehabilitación continua, además de asistir a la familia en el manejo de la discapacidad mayor.

Tabla 2. Nacidos vivos con menos de 1.500 gramos de peso al nacer en 2010. Estimaciones basadas en estudios internacionales del número de niños que tendrá alguna complicación grave

Característica	Número (%)
Nacidos vivos con peso menor a 1.500 gramos	7.966 (100%)
Murieron a los 30 días	2.737 (34,3%)
Sobrevivieron al año	5.229 (65,7%)

Con ceguera ²	205 (4%)
Con hipoacusia ²	260 (5%)
Con parálisis cerebral (algún grado)	1.369 (26%)
Total con alguna discapacidad severa (ceguera, hipoacusia , parálisis cerebral)	1.834 (35%)

Complicaciones y discapacidades más frecuentes

Parálisis motora

La prematurez es la causa principal de **parálisis cerebral** (enfermedad motora provocada por una lesión cerebral no evolutiva). Al igual que en el desarrollo cognitivo, la posibilidad de compromiso motor de un niño o niña que fue prematura, depende de sus antecedentes; mientras que ocurre en aproximadamente el 30% de los niños y niñas que pesaron entre 500 y 600 gramos al nacer, y en el 15% de los que pesaron entre 900 y 1.000 gramos, es mucho menos probable que un prematuro que pesó alrededor de 1.500 gramos presente esta enfermedad. La gravedad también es variable, pudiendo tratarse de leves aumentos del tono muscular (tendencia a caminar en puntas de pie) hasta cuadros graves, como la cuadriplejía.

En todos los casos, si se garantiza la detección temprana de estos problemas se puede intervenir oportunamente para lograr la mejor recuperación de las funciones, y la inclusión social futura de los niños y niñas con riesgo de discapacidad. Algunos trastornos motores pueden presentarse en forma transitoria en los primeros años, por eso el diagnóstico de parálisis cerebral se define entre los 2 y 3 años de vida. Los niños y niñas que han nacido prematuros y desarrollan discapacidad motora severa necesitan sitios especializados para su habilitación motora de por vida.

Disminución de la agudeza visual o ceguera por retinopatía

Los niños nacidos prematuramente pueden presentar con mayor frecuencia trastornos de la visión, que van desde problemas en la refracción y astigmatismo hasta la Retinopatía del Prematuro (ROP). La retina (capa más interna del ojo donde se forman las imágenes de lo que vemos) puede afectarse por muchas causas, la principal es la mala dosificación de oxígeno. Por eso es necesario controlar cuidadosamente la administración

² Marlow, N.; Wolke, D.; Bracewell, M.A. y Samara, M. "Neurologic and developmental disability at six years of age after extremely preterm birth". *N Engl J Med*. 2005; 352: 9-19.

de oxígeno al RNP internado; y que un oftalmólogo le realice un fondo de ojos frecuentemente desde las primeras semanas de vida para evaluar si la retina está afectada, ya que en los casos más graves de ROP el tratamiento inmediato con láser previene la ceguera.

Los niños que tuvieron ROP en sus distintos grados deben ser controlados por un oftalmólogo luego del alta neonatal, hasta que completen el desarrollo de la retina; y luego asistir a controles periódicos para prevenir y controlar posibles problemas de visión. Igualmente importante es que la familia del RNP conozca el riesgo de esta enfermedad y los cuidados y controles que sus hijos requieren. Aquellos que tuvieron formas graves de ROP deben recibir estimulación visual por parte de personal capacitado (escuelas especiales de baja visión), para favorecer su desarrollo visual.

Los niños que evolucionan con muy baja visión o ceguera deben contar, de inmediato, con el certificado de discapacidad y apoyo especial garantizado.

El desafío en nuestro país es lograr que todos los RNP en situación de riesgo puedan acceder a un especialista que detecte la ROP precozmente, que controle la retina hasta que se haya completado la vascularización, y que en los casos de retinopatía grave realice el tratamiento oportuno con láser para evitar la ceguera.

Pérdida auditiva

Se estima que un RNP tiene siete veces más probabilidades de sordera que un niño o niña que nació en término. En Argentina hay una ley que garantiza la pesquisa auditiva a todos los recién nacidos, y el seguimiento de la evolución de la audición para aquellos que tienen más riesgo, como es el caso de los prematuros. En la mayoría de los casos la pérdida de audición se puede diagnosticar en los primeros seis meses; aunque en algunos casos puede presentarse más tardíamente, por lo que hay que continuar vigilando la audición hasta la edad escolar.

Ni bien se diagnostica hipoacusia, el niño o niña debe recibir de inmediato atención especializada por parte de fonoaudiólogos/as y estimulación auditiva. En los casos de pérdida moderada o mayor se deberá evaluar la necesidad de audífonos o de un implante coclear, según cada caso. Está demostrado que un tratamiento efectivo y precoz favorece el desarrollo del lenguaje.

Los padres pueden participar en la vigilancia de la audición de sus hijos y en la prevención de secuelas, sobre todo solicitando que se reduzcan los ruidos evitables dentro de la terapia intensiva neonatal en la que se encuentra su hijo (por ejemplo, silenciando la radio, los timbres de los celulares, las voces en tono alto, las alarmas de los monitores, etc.). De allí la importancia del cumplimiento del derecho 9: todo RNP tiene derecho a ser acompañado por sus padres todo el tiempo. Los padres tienen derecho, además, a estar informados sobre todos los riesgos; los servicios de salud deben facilitarles el acceso a los contenidos de la ley que protege a sus hijos en este problema de salud.

Otras precauciones y cuidados necesarios

La desnutrición sufrida en la etapa neonatal puede afectar el crecimiento y desarrollo del niño y la niña. La clave para prevenirla es que continúen alimentándose con leche materna por los múltiples beneficios que tiene en la prevención de cuadros graves como la sepsis neonatal y la enterocolitis necrotizante. El ingreso irrestricto, junto al contacto precoz y los grupos de apoyo especializados en lactancia materna, son la clave para favorecer el inicio y sostenimiento de la lactancia por lo menos durante los primeros seis meses. Al año y medio de vida la mayoría de los prematuros debería encontrarse en un estado nutricional saludable.

Algunos prematuros de alto riesgo (alrededor del 5%) se van de alta de neonatología con necesidad de soporte tecnológico, esto quiere decir que necesitan tratamientos especiales para compensar la pérdida de alguna función, como por ejemplo oxigenoterapia en el caso de los bebés con displasia broncopulmonar grave; ostomías digestivas, en los bebés que tuvieron enterocolitis; traqueotomía, en los que estuvieron mucho tiempo con respiración mecánica; sondas para alimentación etc. Son situaciones que agregan exigencia y estrés crónico a los cuidadores, y necesitan apoyo y garantía de continuidad. La mayoría de estos niños supera la dependencia de la tecnología antes de los 2 años. Los equipos que atienden a niños con soporte tecnológico deben actualizarse permanentemente.

En Argentina no hay datos confiables de las coberturas vacunales en niños prematuros, y se ha observado que las prácticas de vacunación –en numerosas ocasiones– se encuentran paradójicamente postergadas por otras situaciones médicas que concentran la atención del equipo tratante. Una vez superadas estas circunstancias, se debe realizar la vacunación. El

inicio tardío de la vacunación, y la falta de seguimiento del cronograma indicado según la edad cronológica, expone al RNP a enfermedades infecciosas que podrían ser prevenidas por vacunas, principalmente aquellas que producen compromiso respiratorio (neumococo, B. pertussis, influenza).

El 50% de los prematuros que evoluciona con cociente intelectual normal puede tener, sin embargo, problemas de aprendizaje y necesitar apoyo especial en la escuela. Un programa de seguimiento garantiza el monitoreo continuo de su desarrollo cognitivo, y permite realizar intervenciones tempranas orientadas a la estimulación de las capacidades del niño/a. Permite, a su vez, construir puentes de comunicación con el ámbito escolar.

Luego de haber tenido un hijo prematuro que corrió muchas veces riesgo de vida, que estuvo internado mucho tiempo, bajo cuidados y controles por parte de amplios equipos de salud, es común que los padres desarrollen lo que se llama “Síndrome del Niño Vulnerable”, que los lleva a la sobreprotección, sobreindulgencia o exceso de permisividad con su hijo/a, o a temer exageradamente frente a problemas leves. Estas actitudes hacen del niño/a una persona dependiente, con menor autonomía. El otro extremo de este mismo problema es el abandono o maltrato del niño/a. Los profesionales de un programa de seguimiento cuentan con las herramientas para detectar este síndrome en el grupo familiar e intervenir en forma temprana.

¿Está garantizado en Argentina el derecho a acceder a un programa de seguimiento?

Argentina tiene todavía importantes desafíos por delante para que este derecho se cumpla.

1. **Mejorar las condiciones socioeconómicas y culturales de las mujeres,** eliminando las barreras que impiden su reconocimiento social, el acceso al trabajo con igual remuneración que los hombres, y que fomentan la deserción escolar o la violencia familiar, entre otros factores. Las mujeres pobres, con bajo nivel educativo y/o que sufren situaciones de violencia tiene mucho más riesgo de tener hijos prematuros.

2. **Fomentar la consulta preconcepcional.** En Argentina son muy pocas las mujeres que consultan antes de embarazarse. Esto permitiría detectar factores de riesgo como tabaquismo, alcoholismo, consumo de drogas, enfermedades de transmisión sexual, desnutrición, obesidad, hipertensión, diabetes, falta de vacunas u otros que podrían solucionarse antes de un embarazo.
3. **Mejorar la consulta prenatal,** para lograr que sea universal, precoz, frecuente y, especialmente, de calidad. En la actualidad más del 90% de las mujeres embarazadas accede al control prenatal, pero lo hacen en forma tardía (luego del primer trimestre), y se pierden oportunidades de detectar factores de riesgo para la prematurez.
4. **Contar con maternidades (servicios de obstetricia y neonatología) articuladas en redes perinatales,** a través de sistemas regionalizados. Esto asegura el acceso al nivel de complejidad adecuado para las mujeres con riesgo de parto prematuro, o de los niños que ya nacieron en esa condición. Idealmente, las embarazadas deben ser derivadas al nivel de máxima complejidad antes del nacimiento prematuro; pero, si esto no ocurre, todas las maternidades deben poder brindar la asistencia inicial para luego derivar al niño y a su madre en las condiciones adecuadas. En Argentina, estos sistemas regionalizados son inexistentes o imperfectos, aunque se están haciendo grandes esfuerzos desde el Ministerio de Salud de la Nación, que deben fortalecerse y optimizarse para mejorar esta situación³.
5. **Contar con equipos de seguimiento interdisciplinarios.** Si bien hay maternidades del país que cuentan desde hace años con equipos de seguimiento interdisciplinarios reconocidos institucionalmente, en otros casos aún depende de voluntades o esfuerzos individuales. En este marco, desde el Ministerio de Salud de la Nación y algunas provincias se implementan estrategias para garantizar algunas de las necesidades de los prematuros en seguimiento, como por ejemplo el programa nacional de prevención de infecciones respiratorias para prematuros de alto riesgo y el grupo de prevención de la retinopatía.
6. **Recopilar información sobre la evolución de los RNP.** Un gran desafío es poner en práctica una de las funciones más importantes de los programas de seguimiento: la de reportar resultados de salud a mediano y largo plazo de las cohortes de prematuros que egresan de las maternidades. Especialmente de los grupos más vulnerables: prematuros extremos y los que pesaron menos de 1.000 gramos. Conocer cuál es el resultado, a largo plazo, del esfuerzo terapéutico realizado al momento del nacimiento es fundamental para planificar los servicios de neonatología y los servicios especializados de seguimiento al alta.

³ Ministerio de Salud - OPS. *Regionalización de la atención perinatal*. Buenos Aires, Ministerio de Salud, 2011.

Ministerio de Salud. *Plan para la reducción de la Mortalidad materna e infantil, de las mujeres y adolescentes. Plan Operativo*. Buenos Aires, Ministerio de Salud, 2010.

7. **Promover la capacitación continua de los equipos de salud.** Los médicos pediatras, neonatólogos y enfermeros en Argentina deben recibir educación continua sobre la necesidad de monitoreo de los prematuros de alto riesgo; y deben poder identificar en forma temprana a los niños que requieren esa atención especializada. La educación médica continua debe instalarse como una obligación, facilitada desde los gobiernos provinciales o municipales. Se requiere, además, de profesionales especializados en el diagnóstico de problemas del desarrollo y en intervenciones de habilitación e integración.
8. **Asegurar la igualdad de trato y oportunidades para los RNP y sus familias.** Muchos niños y niñas prematuros crecerán con alta vulnerabilidad social, el Estado tiene la responsabilidad de protegerlos, y la obligación de asegurarles la igualdad de condiciones y accesibilidad que estipula la Constitución Nacional⁴. Para eso, el nivel de atención especializada debe trabajar en forma integrada con los recursos de las comunidades pediátricas donde el niño vive y se desarrolla. Existen numerosas leyes que protegen al niño y a otras personas vulnerables en situación de discapacidad, garantizando sus derechos mediante la provisión de insumos especiales o el impulso de las instituciones de habilitación y la educación especial⁵. Para el ámbito educativo también se plantean desafíos, en términos de las necesidades específicas de muchos prematuros para favorecer sus aprendizajes.

⁴ Constitución de la Nación Argentina. Artículo 75 inc. 23.

⁵ Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Ley 26.378.