

School outcome of late preterm infants: special needs and challenges for infants born at 32 to 36 weeks gestation

Chyi LJ, Lee HC, Hintz SR, Gould JB, Sutcliffe TL

J Pediatr 2008; 153: 25-31

Los nacidos de pretérmino entre 32 y 36 semanas tienen más frecuencia de alteraciones del neurodesarrollo que los nacidos de término, pero no existe una cuantificación de la misma. En la literatura abundan los trabajos de seguimiento a mediano (2 años) y a largo plazo (edad escolar) de los nacidos de pretérmino menores de 32 semanas y/o con un peso de 1.500 gramos o menos. La información disponible de la evolución de los nacidos con 32 semanas o más y menos de 38 es menos conocida. Dentro de este intervalo se definen dos grupos: prematuros moderados, de 32 y 33 semanas y prematuros leves, entre 34 y 36 semanas. La mortalidad actual de estos grupos es muy parecida a los de término, pero tienen una morbilidad más alta.

En el presente artículo los autores tienen como objetivo comparar el rendimiento escolar de estos dos grupos de pretérmino con un grupo de término. Se estudiaron 970 niños prematuros (203 de 32 y 33 semanas y 767 entre 34 y 36 semanas). Se compararon con 13.671 nacidos de término. Los datos son longitudinales a partir del ingreso de los niños al jardín de infantes hasta el quinto grado. Los datos perinatales se obtuvieron por interrogatorio a los padres. Cuando se aplicaron criterios (que los autores no mencionan cuáles fueron), de 2.780 niños en el grupo de catalogados como nacidos prematuros sólo quedaron 970. Para la evaluación se seleccionaron los ítems de vocabulario, cognitivo, lectura y matemática del "Peabody individual achievement test-revised". Además se describe la necesidad de ayuda escolar en los diferentes períodos. La pérdida en el seguimiento fue entre 13% y 20% en el tercer grado y de 35% a 39% en el quinto grado. En los resultados se destaca que el peso promedio de los prematuros medianos de 32-33 semanas fue de 1.953 ± 575 g; para el grupo de 34 a 36 de 2.647 ± 538 g y para los de término fue de 3.468 ± 503 g. El puntaje de las habilidades en la lectura y matemática es significativamente más bajo en los prematuros moderados y leves que en los de término en el primer grado. Estas diferencias se mantienen en el tercer y quinto grados para los moderados pero no

para los leves que no se diferencian de los nacidos de término. La necesidad de ayuda escolar también fue mayor en los prematuros de ambos grupos, especialmente en el primer año, luego la diferencia sólo se mantuvo en los pretérminos moderados. Para ajustar el riesgo por sexo, raza y educación materna se usó una regresión logística que demostró que los prematuros de ambos grupos tenían un aumento del 24% de la probabilidad de estar por debajo de los puntajes promedios para lectura y matemáticas y una necesidad de ayuda escolar entre 1,5 y 2 veces más elevada que el grupo de término. Cuando se tuvieron en cuenta los embarazos únicos, los resultados fueron similares al total del grupo. Los niños provenientes de embarazo múltiple no se estudiaron por ser muy bajo el número de casos.

Los autores concluyen que hay un aumento del riesgo de una pobre evolución en los nacidos entre las 32 y 36 semanas y que es más persistente en los prematuros más pequeños. No es un tema nuevo porque se ha descrito que en este grupo de edad gestacional la frecuencia de parálisis cerebral es seis veces más frecuente que en el nacido de término (Acta Paediatr 2005; 94: 287), y que existe una correlación positiva entre el peso al nacimiento (entre 1 y 4 kilos) y el nivel educacional alcanzado (J Pediatr 2006; 148: 54). Este estudio muestra que por cada kilo que aumenta el peso al nacer hay un aumento de "z" de 0,22 en una escala de 5 puntos que mide el nivel educacional. El artículo tiene algunos aspectos metodológicos que incluso los mismos autores lo señalan que es una carencia de las variables perinatales, tales como la patología materna, amenaza de parto prematuro, administración de corticoides maternos, tipo de parto y la evolución posnatal inmediata. Se excluyen 18 pacientes con hipoxia o síndrome de dificultad respiratoria grave, pero no se conoce el grado de hipoxia y/o acidosis en los incluidos. También una vez que se hace la captación hay una pérdida entre el 13% y 20% en el tercer grado y cerca del 40% en el quinto grado. El mérito de este trabajo es poner en discusión un problema cuya di-

mención no es bien conocida de un grupo muy numeroso de niños que, por su peso y edad gestacional, tienen más problemas de adaptación a la vida extrauterina que los nacidos de término y requieren una atención adecuada, incluso ya se conoce que tienen mayor morbilidad.

Es importante que las maternidades tengan normas adecuadas para el cuidado inmediato de estos niños que muchas veces se tratan como de término y luego ingresan a las unidades de terapia intermedia o intensiva por síndrome de dificultad respiratoria grave, hipotermia, ictericia severa, problemas de alimentación y, en algunos casos, con pérdida de peso importante y/o hipoglucemia. Además, como lo describen los autores, el seguimiento a largo plazo es importante para evaluar su desarrollo preescolar ya que como se demuestra en este artículo tienen una necesidad de ayuda escolar del doble que la población normal. A pesar de los esfuerzos

por disminuir el parto prematuro es muy difícil bajar las cifras por debajo de determinados niveles porque el mismo está asociado a una serie de factores de riesgo muy difíciles de disminuir como son: problemas ambientales, genéticos, la multiparidad asociada a los programas de fertilización y al manejo de la embarazada con patología que muchas veces requiere la interrupción del mismo. Se describe (Lancet 2008; 371: 75) que el parto prematuro por indicación de la patología materna se ha duplicado en la última década. Es muy importante la planificación de estudios de seguimiento en este grupo de niños incluyendo las variables perinatales (buena parte de estos niños provienen de registros interpretados como patológico de la frecuencia cardíaca fetal) y el acompañamiento del desarrollo de los mismos para conocer el impacto del problema al mismo tiempo de poder proporcionarle una ayuda más temprana para tener un mejor desarrollo.

Dr. Miguel Martell