



# Presentación del protocolo de seguimiento

Grupo de seguimiento de SENeo

Marzo 2018

PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO PARA EL **RECIÉN NACIDO**  
menor de 1500 g o menor de 32 semanas de gestación





## Revisores externos

Thais Agut Quijano. Neonatóloga. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.

Nuria Boronat González. Neonatóloga. Hospital la Fe. Valencia.

Julia Colomer Revuelta. Pediatra de Atención Primaria. Grupo PrevInfad. Valencia.

Olga Cortés Rico. Pediatra de Atención Primaria. Grupo PrevInfad. Madrid.

Javier de la Cruz Bértolo. Epidemiólogo. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

María Jesús Esparza Olcina. Pediatra de Atención Primaria. Grupo PrevInfad. Madrid.

José Galbe Sánchez-Ventura. Pediatra de Atención Primaria. Grupo PrevInfad. Zaragoza.

Jaime García Aguado. Pediatra de Atención Primaria. Grupo PrevInfad. Madrid.

María López Maestro. Neonatóloga. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Miriam Martínez Biarge. Neonatóloga. Imperial College NHS Trust Hammersmith. Londres, Reino Unido.

Ana Martínez Rubio. Pediatra de Atención Primaria. Grupo PrevInfad. Sevilla.

José Mengual Gil. Pediatra de Atención Primaria. Grupo PrevInfad. Zaragoza.

Manuel Merino Moína. Pediatra de Atención Primaria. Grupo PrevInfad. Madrid.

Josep Perapoch López. Neonatólogo. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Javier Sánchez Ruiz-Cabello. Pediatra de Atención Primaria. Grupo PrevInfad. Granada.

Mónica Vírchez Figueroa. Asociación Prematura. Madrid.



★ Para Adolfo Valls, nuestro maestro, de quien tanto aprendimos.



**una bombilla tiene la vida  
contada, acabará fundida,  
pero nunca se acabará la luz  
Entre todos iluminaremos con  
su recuerdo el vacío que Adolf  
nos deja                      Mucho ánimo**

# Índice

1. Introducción
  2. Objetivos del protocolo propuesto
  3. Población diana a la que va dirigido el protocolo
  4. Aspectos generales del seguimiento
  5. Aspectos éticos
  6. Recomendación general
  7. Transición de la unidad neonatal al domicilio
  8. Intervención desde Atención Primaria
  9. Recomendaciones para el control de las diferentes áreas del desarrollo y otras actividades
    - a. Crecimiento
    - b. Alimentación
    - c. Desarrollo motor
    - d. Desarrollo neuropsicológico
    - e. Visión
    - f. Audición
    - g. Suplementos de vitaminas y minerales
      - i. Vitamina D
      - ii. Hierro
    - h. Prevención de las infecciones
      - i. Prevención de la infección respiratoria
      - ii. Vacunación
- 
1. Cronograma de intervenciones y revisiones
  2. Indicadores de calidad del protocolo de seguimiento
  3. Bibliografía
  4. Glosario de siglas y definiciones
  5. Anexos



# Objetivos del protocolo

1. Determinar y estandarizar las **evaluaciones**, en lo posible basadas en pruebas.
1. Favorecer la **coordinación** entre Atención Primaria y las consultas de seguimiento de los hospitales.
1. Proporcionar un **instrumento de guía** útil para los profesionales que atienden a los niños <1500< 32.
1. Definir **indicadores** sencillos, que permitan conocer el **grado de implantación** del protocolo en distintos centros y comunidades autónomas con el objetivo final de que todos los niños puedan disfrutar de los mismos recursos.

En **Anexo 1** resumen de las recomendaciones del documento

## Anexo 1 Recomendaciones del protocolo de seguimiento para los <1500<32

En el **Anexo 3** se muestran las referencias que se han utilizado para establecer la fuerza de la recomendación y los niveles de certeza.

### Recomendación general sobre el programa de seguimiento

Recomendación	Fuerza de la recomendación	Certeza ética	Certeza jurídica
La Sociedad Española de Neonatología recomienda que todos los niños <1500<32 pasen a formar parte de un programa de seguimiento estandarizado hasta la edad escolar (6-7 años)	B	Alta	Alta

<1500<32: niños con peso al nacimiento menor de 1500 g o menor de 32 semanas de edad gestacional.

### Recomendaciones generales para Atención Primaria

Recomendación	Fuerza de la recomendación
Se recomienda realizar el programa de seguimiento del <1500<32 en los contenidos que competen a Atención Primaria y que se irán detallando	B
Se recomienda diseñar estrategias desde Atención Primaria para evitar los abandonos del programa de seguimiento	B
Se recomienda mantener un sistema de formación continuada que asegure la adecuada implantación del programa de seguimiento en Atención Primaria	B
Se recomienda que el informe de alta y el plan de cuidados se comenten con el equipo de Atención Primaria antes del alta	Posicionamiento I
Se recomienda que la primera visita a Atención Primaria se organice antes del alta	Posicionamiento I
En relación con el carnet/cartilla de salud se recomienda que, además de cumplimentar los datos correspondientes hasta el alta hospitalaria, se adjunten los resguardos de los lotes de las inmunizaciones administradas y el número de registro del test de cribado	Posicionamiento I
En relación a la historia clínica electrónica se recomienda que los profesionales implicados en el cuidado del niño (hospital, Atención Primaria y centro de Atención Temprana) tengan acceso a los diferentes registros informáticos	Posicionamiento I
Se recomienda que todos los <1500<32 dados de alta hospitalaria se valoren por el pediatra de Atención Primaria en un tiempo nunca superior a los 5 días después del alta	B
En situación de riesgo socioambiental se recomienda que el equipo de Atención Primaria confirme la implicación de los trabajadores sociales y que trabaje de forma coordinada con ellos	Posicionamiento I

### Recomendaciones sobre el control del crecimiento

Recomendación	Fuerza de la recomendación
Se recomienda monitorizar el crecimiento tras el alta. El crecimiento insuficiente se asocia con problemas en el neurodesarrollo	B
Para la evaluación del crecimiento tras el alta se recomienda el uso de las curvas de Fenton hasta la 44.ª semana de EC y posteriormente las curvas de la OMS de acuerdo con la EC	Posicionamiento I
Se recomienda que los niños de bajo peso para la EG que a los 2-3 años tengan una talla por debajo de 2 desviaciones estándar se remitan al endocrinólogo para valorar el tratamiento con hormona de crecimiento	B

EC: edad corregida; EG: edad gestacional; OMS: Organización Mundial de la Salud.

### Recomendaciones sobre la alimentación

Recomendación	Fuerza de la recomendación
Se recomienda que el niño se alimente con leche materna de forma exclusiva hasta los 6 meses de EC y posteriormente, complementada con otros alimentos, hasta los 2 años o hasta que la madre y el niño deseen	B
Se recomienda que los niños con riesgo nutricional (que no hayan alcanzado el P10 al alta, precisen restricción hídrica o cuya ganancia ponderal con lactancia materna exclusiva no sea correcta o presenten osteopenia de la prematuridad) reciban leche materna suplementada con fortificantes en alguna toma o bien sustituir alguna toma por fórmula de prematuros	Posicionamiento I
Si se administran fortificantes en niños que están mamando, la pauta más recomendada actualmente es diluir los cuatro o cinco gramos del fortificantes (dependiendo del fabricante) en unos 30-50 cc de leche materna extraída y administrárselo al niño antes de la toma en 2 o 3 tomas al día	Posicionamiento I
La producción de leche durante las primeras semanas tras el alta se puede incrementar realizando método canguro en domicilio, por ello se recomienda que todas las madres en el momento del alta sepan cómo poner a su hijo en posición canguro	B
Existe gran controversia con el uso de fórmula adaptada habitual o fórmulas de prematuros tras el alta. La ESPGHAN recomienda el uso de fórmula de prematuros hasta la 40.ª semana de EC. La OMS recomienda su uso solo hasta los 2000 g	Posicionamiento I
La introducción de la alimentación complementaria debe considerar las capacidades motoras del niño en relación con la alimentación. Estas habilidades suelen adquirirse según EC, pero pueden hacerse recomendaciones de alimentación complementaria de forma individualizada según las capacidades de cada niño	Posicionamiento I

## Población diana

**Los niños nacidos con peso < 1500 g o edad gestacional < 32 sem y sus familias**



# Aspectos generales

- **Profesionales**

Responsable de seguimiento hospitalario (neonatólogo), coordinación, importancia de psicólogo, formación en Pediatría del desarrollo.

- **Consulta**

Exterior a la unidad, ambiente amable (juguetes), sala de lactancia en sala de espera.

- **Dónde realizar el seguimiento hospitalario**

Hospitales nivel 3, consulta telefónica alternativa válida complementada con presencial y remisión de datos a la unidad emisora.

- **Historia clínica electrónica**

- **Protocolos o guías clínicas**

- **Pérdidas en el seguimiento inferiores al 10%**

# Aspectos éticos

- Informar de **beneficios** de programas de seguimiento, tanto para su propio hijo como para mejorar el conocimiento general sobre los niños prematuros y así poder atender mejor en el futuro.
- Informar sobre la **utilización de los datos** recogidos en el seguimiento para estudios de investigación o evaluaciones de la calidad de la atención (confidencial y en base a BPC).
- Recordar solicitar **consentimiento** de los padres y del niño si tiene 10 años o más, ante cualquier prueba en relación con un estudio, independientemente de la complejidad de la misma.
- Aconsejable solicitar autorización a la familia para poder **contactar con ellos posteriormente** en caso de estudio tras el alta del programa de seguimiento, para ver la evolución a más largo plazo u otros aspectos de interés.

## Recomendación general

La Sociedad Española de Neonatología recomienda que todos los niños con  $< 1500$  g o  $< 32$  sem, desde preparación del alta, pasen a formar parte de un **programa de seguimiento estandarizado** al menos hasta la edad escolar (**6 – 7 años**). El desarrollo de los programas de seguimiento es un elemento esencial de las Unidades Neonatales de nivel asistencial 3, en colaboración con otros profesionales.

**Fuerza recomendación B. Certeza ética Alta. Certeza jurídica Alta**

En **Anexo 3** clasificación de niveles de certeza y fuerza de recomendación

# Transición de la Unidad Neonatal al domicilio

- Evaluación de **situación familiar**.
- Contacto previo desde U. Neonatal con **A. primaria**.
- Contacto previo desde U. Neonatal con **A. temprana**.  
En **Anexo 4** criterios de derivación a A. temprana
- Asegurar intervenciones efectivas de servicios sociales y A. primaria ante **riesgo socioambiental**.  
En **Anexo 5** factores de riesgo socioambiental
- La familia debe conocer los componentes del **cuidado del niño**.
- **Medidas preventivas y controles médicos**.
- Valorar necesidad de **asistencia domiciliaria**.
- Información sobre **programa de seguimiento**.  
En **Anexo 6** lista de verificación para preparación del alta

## Anexo 4 Criterios para derivación a atención temprana cuando por limitaciones del recurso no es posible remitir a todos los <1500<32

### Bloque A. Prioritario

1. Trastorno motor grave/moderado
2. Retraso motor  $\geq 3$  meses en niño < 2 años
3. Sospecha de trastorno del espectro autista
4. Retraso del desarrollo cognitivo o madurativo grave
5. Trastorno del lenguaje grave
6. Trastorno sensorial grave:
  - Ceguera/baja visión
  - Hipoacusia grave ( $\geq 70$  dB)
7. Alto riesgo de alteración del neurodesarrollo:
  - Leucomalacia periventricular
  - Hemorragia intraventricular grados III o IV
  - Hidrocefalia
  - Encefalopatía multiquistica
  - Infarto > 1 cm en recién nacido
  - Encefalopatía hipóxico-isquémica moderada/grave
  - Prematuro menor de 26 semanas o peso RN < 750 g
  - Displasia broncopulmonar con oxígeno domiciliario
  - Encefalopatía secundaria a infección connatal
  - Cerebelo: hemorragia/infarto que afecte al *vermix*
  - Trastorno de migración neuronal
  - Malformación grave del sistema nervioso central
  - Espina bífida
  - Síndrome dismórfico/enfermedad metabólica o cromosomopatía con alto riesgo de alteración del neurodesarrollo
  - Otra
8. Riesgo social

### Bloque B. Preferente

1. Trastorno motor leve
2. Retraso motor leve
3. Retraso del desarrollo cognitivo o madurativo moderado/leve
4. Trastorno del lenguaje moderado
5. Trastorno sensorial moderado:
  - Hipoacusia moderada (40-70 dB)
6. Riesgo moderado/leve de alteración del neurodesarrollo:
  - Encefalopatía hipóxico-isquémica leve con lesión cerebral
  - Infarto/quiste porencefálico < 1 cm
  - Ventriculomegalia moderada
  - Retinopatía de la prematuridad que haya precisado tratamiento
  - Ileostomía por enterocolitis necrotizante en periodo neonatal
  - Síndrome dismórfico/enfermedad metabólica o cromosomopatía con riesgo moderado/leve de alteración de neurodesarrollo
  - Otras
7. Trastorno de succión-deglución moderado/grave
8. Trastorno de la conducta (siempre que se valore un riesgo de retraso en el desarrollo del niño):
  - Graves problemas alimentarios
  - Graves problemas en el sueño
  - Graves conductas inapropiadas o perturbadoras

### Bloque C. Ordinario

1. Riesgo leve alteración de neurodesarrollo: prematuro con EG 26-28 semanas o peso RN 750-1000 g con exploración neurológica normal y sin factores de riesgo
2. Trastorno leve del lenguaje que precise tratamiento

## Anexo 5 Factores de riesgo socioambiental

### A. Referentes a los padres

#### Su historia personal:

A.1 Historia de desatención severa (maltrato, abandono, institucionalización en su infancia)

A.2 Historia de ruptura familiar

A.3 Historia de violencia en la relación de pareja

#### Características personales:

A.4 Padres muy jóvenes (menor o menores de edad)

A.5 Padre/madre con:

- Historia de enfermedad mental
- Enfermedad orgánica crónica
- Adicción a tóxicos/drogas

A.6 Depresión postparto

A.7 Padres con bajo cociente intelectual. Entorno no estimulante

### B. Referentes al embarazo

B.1 Embarazo sin seguimiento médico o escaso control

B.2 Embarazo ocultado. No deseado

B.3 Embarazo de alto riesgo

B.4 Embarazo múltiple (gemelos, trillizos)

B.5. Tratamientos de reproducción asistida

### C. Referentes a las características del niño

C.1 Factores biológicos

C.2 Separación neonatal con larga hospitalización

C.3 En institución, hogar protegido, acogimiento familiar u otro centro infantil no reconocido como centro educativo

### D. Referentes al núcleo familiar

D.1 Enfermedad grave. *Exitus*

D.2 Familia monoparental sin apoyos

D.3 Separación traumática

D.4 Familia con otros hijos con medidas de protección

D.5 Convivencia conflictiva en el núcleo familiar

D.6 Ausencia de roles parentales

D.7 Ausencia continuada de los padres del hogar

D.8 Familia que no cumple los controles de salud repetidamente

D.9 Disfunción en la interacción cuidador-niño

D.10. Relaciones afectivas tempranas de riesgo, definidas por:

Madre/cuidador principal:

- Conducta indiferente ante las demandas de atención del niño
- Conducta de rechazo ante las demandas de atención del niño
- Conducta intrusiva/compulsiva, aunque el niño no muestre demandas

Niño:

- Conducta indiferente ante la madre/cuidador principal o sus respuestas
- Conducta de rechazo ante la madre/cuidador principal o sus respuestas
- Conducta de demanda constante hacia la madre/cuidador principal

D.11 Estilos de crianza inadecuados

### E. Referentes al entorno

E.1 Acusada privación económica

E.2 Exclusión social: larga historia de desempleo, inmigración, prostitución, delincuencia/encarcelamiento de los padres

E.3 Aislamiento social: deficiente o nulo apoyo familiar

E.4 Problemas de vivienda: hacinamiento, sin domicilio

## Anexo 6 Lista de verificación para la preparación del alta

### 1. Alimentación y crecimiento

- Planificar 1-2 semanas previas al alta la alimentación adecuada al estado nutritivo y la ganancia ponderal (lactancia materna con/sin fortificante, mixta o fórmula de prematuros/inicio)

### 2. Pruebas realizadas

- Prueba metabólica-resultado
- Cribado auditivo
- Fondo de ojo, si procede

### 3. Medidas preventivas aplicadas

- Vacunas
- Administración de profilaxis contra el virus respiratorio sincitial, si procede
- Ferrotterapia y vitamina D/polivitamínico

### 4. Los padres/cuidadores saben con respecto al niño

- Alimentarlo:
  - Lactancia materna (cómo actuar en domicilio, extracción, almacenamiento, etc.)
  - Lactancia artificial (tipo de fórmula, preparación de biberones, esterilización, comprar la fórmula, etc.)
  - Lactancia mixta
- Postura en la cuna
- Administrar medicamentos (vitamina D, hierro oral, otros)
- Silla para transportarlo en el coche
- Asearlo
- Prevención de infecciones (higiene de manos, asistencia a lugares públicos, etc.)
- Otros consejos (normas de higiene básicas, temperatura de la habitación, riesgo del tabaco, cuna, ropa de cama, dónde acudir si el niño se pone enfermo, toma de constantes en el domicilio, contención-ruido-iluminación en domicilio, canguro en casa, colecho, formas de cargar al niño, salidas de paseo, ropa con la que vestirlo, viajes, etc.)
- Utilizar el equipo de oxígeno domiciliario, si lo precisa
- Manejo del monitor domiciliario, si lo precisa
- Cuidados especiales (ostomías/otros)
- Maniobras de RCP básicas, solo si alta domiciliaria con oxígeno y/o monitor
- Dar/recomendar hoja/libro informativo de cuidados al alta: manual para padres con niños prematuros y guía de salud neonatal de la SEN

### 5. Documentación y citas

- Tarjeta sanitaria tramitada, pediatra de Atención Primaria asignado y cita concertada
- Contactar con el pediatra del centro de Atención Primaria y envío de informe vía e-mail antes del alta
- Documento de salud infantil
- Citas para pruebas ambulatorias, si se le han solicitado
- Cita para la consulta de Neonatología
- Citas en otras consultas, si procede
- Derivación al Servicio de Rehabilitación o equipo de Atención Temprana
- Informe de alta leído y con dudas aclaradas
- Tratamiento al alta entendido

### 6. Si alta precoz

- Contacto con la enfermera de Atención Domiciliaria
- Información por parte de la enfermera de alta precoz
- Confirmar que saben cómo actuar ante un problema en domicilio

### 7. Otros

- Conceptos de edad cronológica y edad corregida
- Valoración de riesgo social y derivación a trabajo social, si procede
- Información acerca de temas legales (baja por maternidad, dependencia, etc.)
- Información acerca de asociaciones de niños prematuros



# Intervención desde A. primaria

- Realizar **programa de seguimiento <1500<32**. **Fuerza recomendación B**
- Evitar **abandonos** de programa de seguimiento. **Fuerza recomendación B**
- **Formación continuada**. **Fuerza recomendación B**
- **Informe de alta comentado**. **Posicionamiento I**
- **Carnet/Cartilla de salud** (vacunas, cribado neonatal y auditivo). **Posicionamiento I**
- **Historia clínica electrónica**. **Posicionamiento I**
- **Valoración en menos de 5 días tras el alta**. **Fuerza recomendación B**
- **Riesgo socioambiental**. **Posicionamiento I**

# Recomendaciones para control de áreas del desarrollo y otras actividades

## Visión

- **Introducción:**

Más de 1/3 de <1500<32 presentan problemas oftalmológicos, no sólo asociado a retinopatía, sino a prematuridad en sí misma o daño neurológico.

- **Aspectos a considerar:**

Se debe realizar cribado de retinopatía dado que previene ceguera.

- **Herramientas de evaluación:**

Cribado de retinopatía y Cribado de la agudeza visual.

- **Cuándo evaluar:**

Cribado de la retinopatía en 4ª o 5ª sem cronológica (no antes de la 30 sem EC).  
Cribado de alteraciones visuales antes de los 3 años de vida.

- **Recomendaciones:**

Cribado de retinopatía. **Fuerza recomendación A**

Cribado alteraciones visuales antes de 3 años. **Fuerza recomendación B**

Retinopatía grado 3 o tratamiento o patología neurológica, seguimiento hasta adolescencia. **Fuerza recomendación B**

Ante alteración detectada por pediatra o padres, reevaluación por Oftalmólogo. **Fuerza recomendación B**

- **Problemas frecuentes:**

Cuando problemas de visión, aunque AV normal, valorar campo visual, visión del color o sensibilidad a contrastes.

# Cronograma de intervenciones y revisiones

## 1. SEGUIMIENTO HOSPITALARIO Y EN ATENCIÓN PRIMARIA. Desde el alta hasta los 24 meses de edad corregida

Revisiones	1ª visita tras alta <sup>a</sup>	2m EC	3m EC	4m EC	6m EC	9m EC	12m EC	15m EC	18m EC	24m EC
Revisión de informe y lista de comprobación al alta	+									
Derivación Atención Temprana	□									
Crecimiento/alimentación. Derivación a nutrición si indicación	+	○	□	○	+	□	+	○	□	+
Valoración con Denver o Haizea-Llevant	+	○	□	○	+	□	+	○	□	+
Factores de riesgo para la crianza y vinculación	+	○	□	○	+	□	+	○	□	+
Controles establecidos dentro del Programa de Salud de la Infancia <sup>b</sup>	○	○		○	○		○	○		○
Analítica (cribado osteopenia y ferropenia)					□					
Vacunación (Según el calendario vigente y edad real; recordar antigripal)										
Cribado de TEA: M-Chat (al menos una vez)									+	+
Bayley III										□

□

+ Común   □ Hospitalario exclusivamente   ○ Atención primaria exclusivamente

## 2. VALORACIÓN POR OTROS ESPECIALISTAS. Desde el alta hasta los 14 años

Otros especialistas	1ª visita tras alta	3m EC	6m EC	9m EC	12m EC	18m EC	24m EC	3 años
<p>Neurólogo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A todos</li> <li>- Si alto riesgo o afectación neurológica: cuando se considere indicado</li> </ul>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			
<p>Oftalmólogo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· A todos.</li> <li>· Alto riesgo. Cuando se considere indicado</li> </ul>							<input type="checkbox"/> ? (antes de cumplir los 3 años) ? ?	
<p>Otorrino</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A todos (audiometría conductual)</li> </ul>							<input type="checkbox"/> ? <input type="checkbox"/> ?	

?

### 3. SEGUIMIENTO HOSPITALARIO Y EN ATENCIÓN PRIMARIA. Desde los 2 años a los 14 años

Revisiones	3 años	4 años	5 años	6 años	7 años	9 años	12 años	14 años
Crecimiento	+	<input type="checkbox"/>	+	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+	+	+
Valoración con Denver o Haizea-Llevant	○		○					
Controles establecidos dentro del Programa de Salud de la Infancia	○		○			○	○	○
Valoración visión			○					○
Valoración de signos de alarma, test Batelle				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Cuestionario sobre rendimiento escolar		<input type="checkbox"/>						
Kaufman o Cumanin o PEDS (Si no disponibilidad de psicólogo)			<input type="checkbox"/>					
WISC IV o V (si disponibilidad de psicólogo o siempre que exista alteración del rendimiento escolar)					<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Evaluación psicoafectiva y comportamental: SDQ / CBCL /Conners			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			

# Indicadores de calidad

- Porcentaje de niños <1500<32 con contacto antes del alta con **A. primaria**.
- Porcentaje de niños <1500<32 remitidos a **A. temprana**.
- Porcentaje de niños con **test de Bayley** (II o III) entre los 18 y 30 meses EC.
- Porcentaje de niños con **audiometría conductual** entre los 18 y 30 meses EC.
- Porcentaje de niños con cribado TEA con **M-Chat** entre los 18 y 24 meses EC.
- Porcentaje de niños con **cribado visual** antes de 3 años de edad cronológica.



**GRACIAS**  
**ARIGATO**  
**SHUKURIA**  
**JUSPAXAR**  
**DANKSCHEEN**  
**TASHAKKUR ATU**  
**YAQHANYELAY**  
**SUKSAMA**  
**MEHRBANI**  
**GRAZIE**  
**MEHDIES**  
**YOU**  
**BOLZIN**  
**MERCICI**  
**THANK**  
**BIYAN**  
**SHUKRIA**  
**TINGKI**  
**SPASSIBO**  
**SNACHALHUYA**  
**NUHUN**  
**CHALTU**  
**WABEEJA**  
**MAITEKA**  
**HUI**  
**YUSPAGARATAM**  
**DHANYADAAD**  
**ANHA**  
**ATTO**  
**MERSI**  
**SPASIBO**  
**DENKAUJA**  
**NENACHALHYA**  
**UNALCHEESI**  
**HATUR**  
**GUI**  
**ENOUJU**  
**SIKOMO**  
**MAKETAI**  
**MIMMONCHAR**  
**BAIRKA**  
**TAVTAPUCHI**  
**MEDAWAGSE**  
**GOZAIMASHITA**  
**EFCHARISTO**  
**AGUYJE**  
**FAKAAUE**  
**KOMAPSUMNIDA**  
**MAAKE**  
**LAH**  
**SANCO**  
**MERASTAWHY**  
**GAEJTHO**