

PRETÉRMINOS DE PESO INFERIOR A 1500 GRAMOS

Prof. R. Jiménez

En los últimos diez años la Neonatología ha sido quizás una de las áreas de la Pediatría que más ha modificado su patología básicamente por los esfuerzos realizados en la prevención de enfermedades y en el conocimiento del concepto clínico de alto riesgo de padecer determinados procesos o peculiaridades bioquímicas, que han posibilitado su vigilancia y tratamiento inmediato. De esta forma la enfermedad de la membrana hialina ha disminuido en frecuencia e intensidad por la administración a la madre de dexametasona y el empleo del surfactante, el adecuado conocimiento de la gamma-globulina anti-Rh ha motivado la rareza de la enfermedad hemolítica, el uso del CPAP precoz y el mejor manejo de la ventilación estandar impide en muchas ocasiones que haya que emplear tecnología más invasiva. Los numerosos estudios que se han llevado a cabo sobre las alteraciones metabólicas precoces permiten su profilaxis. La puesta en marcha de comités de perinatología ha motivado una mejor asistencia neonatal y por tanto una menor morbilidad, el diagnóstico prenatal de malformaciones y cromosopatías unido a la posibilidad de interrupción del embarazo, ha prácticamente ocasionado su desaparición.

Al hecho real de lo anteriormente expuesto, es evidente, por causas diversas como el estrés de la vida actual y la mayor frecuencia de inseminación artificial, que ha habido un notable aumento de la prematuridad y muy particularmente con peso a inferior a 1.500 gramos (en nuestro medio 1.91 por cien de recién nacidos vivos). Indudablemente este tipo de prematuros tienen una patología y unos cuidados específicos por la inmadurez de órganos y sistemas además de algunos reflejos imprescindibles para él como por ejemplo la

succión-deglución, a esta gran inmadurez mayor cuanto menor sea la edad gestacional se une su gran superficie corporal lo cual obligará a la administración de cantidades de líquido importantes, superiores a las de un recién nacido a término, a pesar de su escasa capacidad gástrica. Es decir nos obligará a una asistencia muy especializada que sólo se puede y debe hacer en unidades de cuidados intensivos en hospitales de tercer nivel.

El primer dilema se inicia con la reanimación sobre todo en el sentido de hacerla o no y como efectuarla. Actualmente se indican las maniobras de reanimación respiratoria en neonatos con edad gestacional superior o igual a 24 semanas o con peso superior a los 600 gramos, estas es ético suspenderlas cuando a los 20 minutos no se ha conseguido un latido cardiaco estable. El traslado a la UCIN se indicará cuando esté lo más estable posible y en incubadora de transporte caliente. Una vez adecuadamente instalado, a ser posible en incubadora de doble pared con balanza incorporada, se procederá a efectuar una serie de maniobras de gran valor para el control y asistencia de este tipo de prematuros. Mantenimiento de temperatura corporal con preferencia entre 36.6 y 36.8° C, cateterizar la vena umbilical para administración de líquidos I la arteria umbilical para control de gases u otras extracciones necesarias, profilaxis ocular, incluso en los que aparentemente tienen los párpados cerrados, y umbilical, administración de vitaminas K y E, es decir habitualmente aplicar el protocolo asistencial que en todo servicio de neonatología debe existir para la asistencia a estos niños. Hay dos puntos que se deben destacar, por un lado mantener la asepsia máxima, la cual se obtiene mediante el lavado de manos antes y después de cada manipulación, una de las medidas asistenciales de mayor trascendencia y uno de los puntos más importantes de la calidad asistencial en un servicio de prematuros. La otra norma que debe insistirse es procurar disminuir el estrés,

agrupando en el tiempo las exploraciones, reduciendo las manipulaciones a las verdaderamente imprescindibles y evitando movimientos bruscos, ruidos innecesarios o luz intensa, es decir el menor número de estímulos externos que alteren al prematuro.

Otras medidas especiales se pueden agrupar en los siguientes capítulos:

Aporte hídrico y de iones: de entre ellos destaca el volumen hídrico necesario que si bien debe iniciarse con 100-110 ml/Kg día, este debe aumentarse en un máximo de 72 horas a 150-169 ml/Kg/día, cubriendo así las necesidades corporales y evitando una pérdida de peso excesiva. Debe tenerse especial vigilancia con el estado de la glucosa, calcio, sodio y potasio que son los que con mayor frecuencia se alteran.

Vigilancia de la tensión arterial, la cual inicialmente las cifras de tensión arterial media son inferiores a la de la edad de gestación en las primeras 12-24 horas para valores posteriores de 30 m/Hg.

- ◆ **Ventilación** con objeto de conseguir inicialmente valores de pH superior a 7.25, pCO_2 entre 40-50 mm Hg y pO_2 entre 40 y 70 mm Hg y saturación de O_2 entre 88 y 93 por cien. Intubado si es posible con tubo con incorporación lateral para administrar el surfactante y sedación mediante a mg/Kg horas para mantenerlo bien adaptado al respirador, evitando así al máximo los cambios en la tensión arterial.

- ◆ **Nutrición:** debe instaurarse desde el primer día inicialmente parenteral para introducción de la enteral a partir de las 24 horas de vida y siempre que este hemodinámicamente estable y no haya íleo paralítico. La alimentación parenteral con las técnicas

con las técnicas habituales para estos recién nacidos, con incorporación inicial de hidratos de carbono y posterior de aminoácidos y lípidos, manteniendo una relación gramos N₂ proteico versus calorías no proteicas mínimo 1:130, aparte las necesidades iónicas, vitamínicas y adicción de carnitina. La alimentación enteral se hará de preferencia con lactancia materna suplementada con Euprotin® o con fórmula de prematuros a dosis crecientes. Lógicamente se deberá controlar las retenciones alimentarias y paralelamente al aumento de la enteral ir retirando la parenteral.

- ◆ **Protección cerebral**, la cual debe iniciarse en la época prenatal con administración de betametasona a la madre. En el recién nacido es importante evitar las oscilaciones de la tensión arterial, mantener las glucemias en cifras adecuadas entre 50 y 125 mg/dl y evitar la hipocapnia. Es útil, sobre todo en ventilados y con enfermedad de la membrana hialina, administrar indometacina a las 6-12 horas de vida como profilaxis de la hemorragia cerebral. El fenobarbital tendrá una indicación más selectiva en la acidosis fetal, teniendo utilidad cuando se administra antes de las 6 horas de vida.
- ◆ **Otras medidas** que no deben olvidarse serían la posible necesidad de transfusión de derivados hemáticos, el tratamiento de la anemia de la prematuridad mediante la pauta combinada de EPO-Hierro y la fototerapia en la circunstancia frecuente de aparición de hiperbilirrubinemia.

Bibliografía

- ◆ Avery GB, Fletcher MA, Mac Donald MG. Neonatology 4^a ed. Ed. JB Lippincott. Filadelfia 1994
- ◆ Hageman JR. Neonatology update. Ped Clin N Amer, 1998; 45:475-713
- ◆ Kirpalani H, Mernagh J, Gill G. Imaging of the newborn baby. Ed Churchill Livingstone. Edimburgo 1999
- ◆ Jiménez R, Figueras J, Botet F. Neonatología. 2^a ed. Ed Espaxs. Barcelona 1995
- ◆ Raspall F, Demestre X. Tópicos en neonatología. Ed Easo. Barcelona 1999
- ◆ Rennie KM, Robertson NRC. Textbook of Neonatology. 3^a ed. Ed Churchill Livingstone. Londres 1999