

MANEJO DEL RN < 1200 GRAMOS Y/O MENOR O IGUAL DE 30 SEMANAS DE EDAD GESTACION.



Interno: Sebastian Ojeda Neira

Docente: Dr. Gerardo flores

Internado de pediatría

Marzo 2021

PROTOCOLO HPM

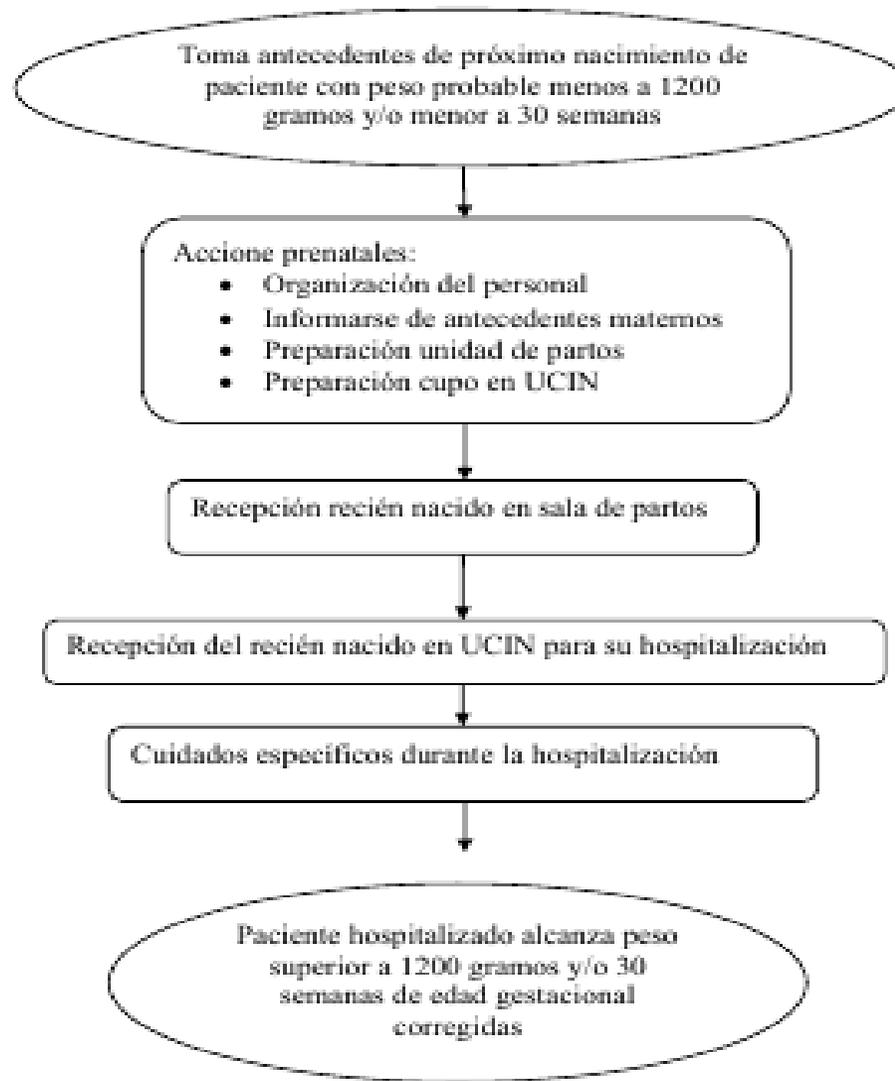
- Los avances en la neonatología han permitido mejorar el pronóstico vital de RN prematuros.
- Dado que su supervivencia a menor peso y edad ha aumentado, las complicaciones inmediatas y secuelas a largo plazo son frecuentes.

Las características fisiológicas y anatómicas de estos niños hacen que tengan un espectro de patología y complicaciones distintas al que podemos encontrar en otras edades.

El éxito en el manejo de este grupo de pacientes, comienza en la sala de partos, y continúa en la atención que le otorga todo el equipo encargado de la atención neonatal durante su hospitalización.

Las principales problemáticas de este grupo de pacientes son las hemorragias intracraneanas y las infecciones, las cuales son causa importante de mortalidad, morbilidad y secuelas neurológicas permanentes, lo que conlleva a un gran costo emocional, económico y social.

FLUJOGRAMA.



DESARROLLO

- **Toma de conocimiento de próximo nacimiento de RN prematuro < 1200 gramos y o menor o igual a 30 semanas de edad gestacional.**

ACCIONES PRENATALES

- RECOGER INFORMACIÓN PERINATAL

- Edad gestacional
- Patologías maternas
- Estado de Membranas amnióticas
- Administración materna de MgSO₄, ATB, corticoids (dosis y días)
- Estado latidos cardiacos fetales

-PREPARACIÓN DE LA UNIDAD EN SALA DE PARTOS

- Recurso humano
- Recursos físicos
- Preparación cupo en UCIN

ACCIONES DURANTE EL NACIMIENTO

Personal debe estar en la sala de parto para recibir al RN.

Solicitar a obstetra, pinzamiento tardío del cordón entre 60-120 seg, y dejar al menos 20 cm el rezago de cordón en el RN.

Designar las funciones y roles en caso de reanimación

Matrona que recibe al recién nacido deberá introducir en bolsa de polietileno, envolverlo en paño tibio.

Luego de la separación del cordón trasladar al recién nacido a la cuna de procedimientos.

Seguir algoritmo de reanimación en caso de ser necesaria.

Iniciar lo antes posible Peep con mascarilla y reanimador en T

Si el recién nacido precisa intubación la distancia debería ser de 5,5cm + peso.

Durante la intubación, TENS o Matrona deberá contener el cuerpo del recién nacido.

Fijación de TET/Cpap

En caso de no requerir reanimación igualmente se debe instalar monitor de saturación para seguir con la atención.

ACCIONES DURANTE EL NACIMIENTO

Instalar sensor de T^o de cuna y cambiar a modo servo control, solicitando 37 °C

Colocar gorro para evitar pérdidas de calor.

atención de rutina evaluando adaptación cardiorrespiratoria.

En caso de ser necesario se puede instalar cánula de cpap que se ajusta a circuito de reanimador en T, el cual también se puede utilizar para posterior traslado a UCIN.

Realizar profilaxis ocular

Primeros exámenes desde el cordón. Exámenes: grupo Rh test de coombs directo, celldyn, PCR.

En caso de ser necesario la toma de hemocultivos se tomara una muestra desde el cordón con técnica estéril

Tomar temperatura axilar al recién nacido.

Trasladar al RN a incubadora de transporte, instalar Neo puff o bolsa autoinflable para el traslado.

Trasladar paciente a unidad de UCIN con cobertor.

ACCIONES EN LA HOSPITALIZACION EN UCIN

Instalar al RN en incubadora previamente calefaccionada, se debe dejar en modo aire en 37°C. Esto se realiza incluyendo bolsa de polietileno.

Conexión a sistema de ventilación invasiva o no invasiva en caso de ser necesarios. (ventilador, cpap). Administrar Peep con mascarilla hasta instalación.

Toma de medidas antropométricas.

Colocar sensor de saturación pre ductal.

Tomar temperatura.

Preparación para cateterización una vez acomodado el RN en su unidad.

Una vez que el paciente este cateterizado instalar servo control de temperatura central y periférico (pie).

CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS DURANTE LAS PRIMERAS 72 HORAS DE VIDA

- POSICION Y DECUBITO
- TEMPERATURA Y HUMEDAD
- RESPIRATORIO
- INFECCIOSO/DISPOSITIVOS/EXTRACCIONES
- DURACION CATETERES
- ANTIBIOTERAPIA
- NUTRICION
- ENEMAS
- NEUROLOGICO
- MANEJO DEL DOLOR
- AMBIENTE

RESPIRATORIO

En el caso de necesitar CPAP, se emplara CPAP canula de Hudson.

En caso de contar con Miniflow se privilegiara el uso de esta.

Colocar gorro de tamaño adecuado al recién nacido antes de la instalación del CPAP.

Se debe realizar masaje en nariz y zonas de apoyo, no olvidar orejas en el caso de uso de Miniflow en cada atención con aceite de ácidos grasos (linovera).

Objetivos de SpO₂: SpO₂ pre ductal 92-94% si el paciente esta oxígeno con adicional, si tiene fio₂ 21% el objetivo de saturación seria 92-100%

Setear alarmas de monitor en máxima 95% y mínimo 89% de SpO₂ y en pacientes con oxígeno adicional y en máxima 100% y mínima 91% de SpO₂ en pacientes con fio₂ 21%.

En pacientes que necesiten intubación recordar que procedimiento se debe realizar por la persona más entrenada.

Realizar procedimiento de aspiración solo en caso de necesidad y no por rutina.

INFECCIOSO/DISPOSITIVOS/EXTRACCIONES

Siempre canalización catéter venoso umbilical y catéter arterial umbilical por la persona con mayor dominio en el procedimiento

Recordar que se debe limpiar zona umbilical con suero fisiológico y aseptizar solo zona del muñón con clorhexidina al 0.5%.

Mantenimiento del catéter umbilical arterial con solución heparinizada con 0.25 UI por ml. A goteo mínimo idealmente 0.8 a 1 cc por hora.

Realizar tocación con clorhexidina 0.2% en cada atención (cada 3 horas), procurar que pañal no quede en contacto con catéteres.

DURACION CATÈTERES

Catéter arterial: al menos 3 días no retirar antes salvo complicaciones asociadas Máximo 5 días.

Catéter venoso: Máximo 7 días de duración. Se debe cambiar idealmente a las 72 horas de vida por catéter percutáneo según estabilidad del paciente

Evitar en la medida de lo posible punciones capilares en niños con catéter umbilical.

ANTIBIOTERAPIA

En servicio de Neonatología HPM, el esquema antibiótico será:

- Primera línea: Ampicilina / Gentamicina
- Segunda línea: Cloxacilina / Amikacina.
- Tercera línea: Cefotaxima / Vancomicina.

En caso que cultivos estén negativos y no hay signos de alteración clínica ni de parámetros de laboratorio, se pueden suspender antibióticos a las 48 horas de vida.

NUTRICION

Informar a la familia de la importancia de la leche materna.

Matrona a cargo de paciente en UCIN deberá colocarse en contacto con matrona de puerperio para inicio de protocolo de extracción de leche materna.

Instalación y utilización de SOG siliconada en este grupo de pacientes desde su nacimiento hasta alcanzar un peso de 1200 gramos y/o 15 días de vida.

Iniciar alimentación con leche materna en forma precoz.

Administración oro faríngea de calostro en forma de gotas a razón de 5 gotas a tención por medio desde el primer día de vida, esto a razón de colonizar el tubo digestivo.

Si se tiene conocimiento de probable parto prematuro en horario inhábil solicitar al médico la prescripción de solución parenteral con antelación, basándose en peso estimado de la ecografía obstétrica.

Si no se cuenta con alimentación parenteral: o Administrar solución glucosada al 12.5% más fosfato mono potásico en proporción de 100 cc de solución más 1 cc de fosfato mono potásico. Aminoácidos al 10% en dosis de 2 gramos por kilo de peso. *Ambas soluciones infundirlas por separado.

Etiquetar las sondas de alimentación con el día de instalación (duración 72 horas), fijar en la comisura de la boca en caso de sonda orogástrica y sobre labio superior en caso de instalación nasogástrica.

No olvidar observar posición de la sonda en cada control radiológico.

ENEMAS

Se evaluara a las 72 horas patrón de evacuación intestinal

Enema de evacuación rectal: vaselina y suero fisiológico tibio en relación 1:3 aportando en total 4 cc con la cual se purgara.

NEUROLOGICO

Realizar los cuidados y procedimientos de manera individualizada intentando respetar horas libres para el descanso del paciente.

Primera ecografía cerebral de screening a las 72 horas de vida idealmente.

MANEJO DEL DOLOR

Utilizar sedación con 1 gama de Fentanyl por kilo. Considerar uso de Midazolam en Intubación.

AMBIENTE

Familia: Siempre favorecer el acercamiento de la familia y sobre todo de los primeros días que son los más difíciles para los padres, dar información clara y precisa, Poner nombre del niño, solicitar inscribirlo en registro civil, solicitar a padres traer sus propios pañales de algodón para que se sientan más acogidos e incorporados a los cuidados de su hijo.

Ruido: Promover cultura de protección del ruido para el bebé: intentar evitar ruidos, “primero apagar alarma” y “después responder”. Ajustar el nivel acústico de las alarmas por debajo de 5 decibeles.

Luz: Evitar siempre luz directa (falta reflejo miótico, necesidad de promover el sueño). Incubadora con cobertor grueso desde el ingreso para proteger de la luz, del ruido y de la temperatura. Retirar cobertor solo en las atenciones. Utilizar la luz indirecta de cada incubadora, cuando necesitemos realizar algún procedimiento donde se necesite luz cubrir previamente los ojos con el gorrito.

BIBLIOGRAFIA

Dra. Patricia Alvarez Jefe S. Neonatología. Barbara Oelckers R. Mt. Supervisora S. Neonatología. Loretto Rodríguez R. Mt. Clínica S. Neonatología. Yasmine Torres A. Mt. Clínica S. Neonatología. (marzo 2018). MANEJO DEL RECIEN NACIDO MENOR DE 1200 GRAMOS Y/O MENOR O IGUAL DE 30 SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL. 10/09/2020, de Servicio de Neonatología Hospital de Puerto Montt Sitio web: http://www.neopuertomontt.com/Protocolos_matrneria/Protocolo%20MANEJO%20DE%20RECIEN%20NACIDOS%20MENOR%20DE%201000.pdf