USO DE CORTICOIDES ANTENATALES

El uso de corticoides antenatales promueve la maduración pulmonar fetal y disminuye la mortalidad perinatal y la incidencia y severidad del Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR) del prematuro.[1]

¿Cómo debe administrarse? (prescripción)

• Administre corticoides antenatales en todos los embarazos entre las semanas 26 y 34 de gestación con amenaza de parto prematuro, así:

- Betametasona 12 mg por vía intramuscular con 24 horas de diferencia por dos dosis.
- Dexametasona 6 mg por vía intramuscular cada 12 horas por cuatro dosis

• Si la amenaza de trabajo de parto prematuro persiste, se debe administrar un segundo ciclo de corticoides antenatales 1 a 2 semanas después del ciclo original y antes de llegar a las 37 semanas.

¿Funciona? (eficacia y efectividad)

• La administración de corticoides antenatales reduce el riesgo de mortalidad neonatal en 31%, el síndrome de dificultad respiratoria en 34%, la hemorragia intraventricular en 53%, el riesgo de enterocolitis necrotizante en 54%, el soporte ventilatorio al ingreso a UCI en 20% y las infecciones sistémicas a las 48 horas de vida en 44%.[2]

• La administración de al menos un segundo curso de corticoide redujo el riesgo de Síndrome de dificultad respiratoria en 17%, y de desenlaces graves en 16%, sin incrementar el riesgo ni para la madre ni para el niño.[3]

¿Es seguro? (seguridad)

• El tratamiento con corticoides antenatales no aumenta el riesgo de infección en la madre o el bebé, la muerte materna, la corioamnionitis o la sepsis puerperal.[2]

¿Es costo-efectivo? (costo-efectividad)

• El costo de la administración de los corticoides es muy bajo comparado con los costos de atención atribuible a la admisión y estancia en cuidados intensivos, el surfactante pulmonar, la ventilación mecánica, las complicaciones y las secuelas evitadas.[1]

Referencias

1. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias. Guía de práctica clínica del recién nacido prematuro. Guías No.04. Bogotá 2013.
2. Roberts D, Dalziel S. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung m maturation for women at risk of preterm birth (Review). Cochrane Database Syst Rev 2006.
3. Crowther CA, McKinlay CJD, Middleton P, Harding JE. Repeat dose prenatal corticosteroids for women at risk of preterm birth: The cochrane review. J Paediatr Child Health 2011; 47:29-30.

PROGRESIÓN DE LA ALIMENTACIÓN ENTERAL EN EL PREMATURO

Con la administración de alimentación enteral se intenta estimular y mantener funciones digestivas, absortivas, inmunológicas y neuroendocrinas del tracto gastrointestinal. El reposo intestinal y la alimentación enteral tardía pueden disminuir la adaptación funcional del sistema gastrointestinal y prolongar la necesidad de nutrición parenteral.[1]

¿Cómo debe administrarse? (prescripción)

• Se sugiere el siguiente esquema como guía de progresión de alimentación enteral en prematuros:

- RN < 1000 g: Inicio al segundo día. Aporte enteral mínimo (AEM): 10 cc/kg/día cada 6 horas por 5 a 7 días. Incrementar 10 -20 cc/kg/día cada 2 horas.
- RN de 1000-1200 g: Inicio al segundo día. Aporte enteral mínimo (AEM): 20 cc/kg/día cada 6 horas por 5 días. Incrementar 20 -30 cc/kg/día cada 2 horas.
- RN 1201-1500 g: Inicio al segundo día. Aporte enteral mínimo (AEM): 20 cc/kg/día cada 6 horas por 5 días. Incrementar 30 cc/kg/día cada 3 horas.
- RN 1501-2000 g: Inicio al primer día. Aporte enteral mínimo (AEM): Primera fase 20-25 cc/kg/día cada 6 horas por 3 días. Segunda fase: 20-25 cc/kg/día cada 3 horas por 2 días. Incrementar 30 -40 cc/kg/día cada 3 horas.

• Como regla general se acepta que incrementos de hasta 20 ml/kg/día son seguros con cualquier tipo de leche, si no aparecen signos de intolerancia, mientras que con leche materna se puede incrementar hasta 30 ml/kg/día en recién nacidos pretérmino estables, para alcanzar más rápidamente la alimentación enteral completa.

¿Funciona? (eficacia y efectividad)

• Los recién nacidos que tuvieron avances lentos de nutrición tardaron 4 días más para recuperar su peso al nacer en comparación con aquellos que tuvieron avances rápidos, adicionalmente se demoraron más tiempo en establecer una nutrición enteral completa (5 días vs 2 días).[2]

¿Es seguro? (seguridad)

• En los neonatos con muy bajo peso al nacer, el uso de alimentación enteral no altera la tolerancia de la alimentación, ni las tasas de crecimiento del neonato.[3]

• La nutrición enteral temprana no incrementa el riesgo de enterocolitis necrosante, ni la mortalidad del neonato.[3]

¿Es costo-efectivo? (costo-efectividad)

• No se dispone de estudios costo efectividad para Colombia.

Referencias

1. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias. Guía de práctica clínica del recién nacido prematuro. Guías No.04. Bogotá 2013.
2. Morgan J, Young L, McGuire W. Slow advancement of enteral feed volumes to prevent necrotising enterocolitis in very low birth weight infants. Cochrane Database Syst Rev 2011;(3):CD001241. 5.3.4.
3. Bombell S, McGuire W. Early trophic feeding for very low birth weight infants. Cochrane Database Syst Rev 2009;(3):CD000504.

ATENCIÓN DEL PREMATURO EN TRANSICIÓN MEDIATA Y TARDÍA

El control de la temperatura es una de las metas con el recién nacido prematuro, la base del tratamiento es la posición canguro (contacto piel a piel episódico o continuo, sobre el torso de la madre, en posición vertical y con la espalda cubierta).[1]

¿Cómo debe administrarse? (prescripción)

• Permita la visita de los padres y familiares a la unidad de recién nacidos durante las 24 horas del día (unidad neonatal abierta), con el fin de favorecer la lactancia materna exclusiva, el vínculo precoz y mutuo. Este contacto debe ser prolongado y no limitarse solo a las visitas.

• Implemente el método madre canguro (posición, nutrición, empoderamiento familiar y egreso oportuno en posición canguro) para todos los recién nacidos prematuros hospitalizados, iniciando lo más tempranamente posible (dentro de los primeros 10 días de vida) prolongando la duración de los períodos de cargado hasta hacerlo de forma continua. Se recomienda mantener la posición canguro hasta que el niño regule la temperatura o incluso hasta que llegue al término.

¿Funciona? (eficacia y efectividad)

• La participación activa de los padres en el proceso de atención del recién nacido disminuye la ansiedad materna y acorta los tiempos de estancia del recién nacido en la unidad en 3.8 días.[2]

• El método canguro continuo tiene 40% menor probabilidad de muerte comparado con pacientes a los que se les realizo método canguro intermitente y un 58% menor probabilidad de sepsis en aquellos que iniciaron la terapia dentro de los 10 primeros días de vida comparados con los que iniciaron el método de manera tardía (más de 10 días). [3,4]

• El programa canguro continuo reduce en 2.4 días la estancia hospitalaria comparada con el método convencional, sin embargo los tiempos de hospitalización son variables.[4]

¿Es seguro? (seguridad)

• El contacto permanente de los padres y las visitas en la unidad de recién nacidos no incrementan la posibilidad de infección de los recién nacidos prematuros.[5]

• El método canguro no ha demostrado efectos nocivos para los padres o el recién nacido.[5]

¿Es costo-efectivo? (costo-efectividad)

• No hay estudios de costo-efectividad para Colombia.

Referencias

1. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias. Guía de práctica clínica del recién nacido prematuro. Guías No.04. Bogotá 2013.
2. Melnyk BM, Feinstein NF, Alpert-Gillis L, Fairbanks E, Crean HF, Sinkin RA et al. Reducing premature infants' length of stay and improving parents' mental health outcomes with the Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE) neonatal intensive care unit program: a randomized, controlled trial. Pediatrics 2006 November;118(5):e1414-e1427.
3. Ruiz J, Charpak N. «Guías de práctica clínica basadas en evidencia para la óptima utilización del método madre canguro en el recién nacido pretérmino y/o de bajo peso al nacer». Fundación Canguro y Departamento de epidemiología y estadística, Universidad Javeriana 2007.
4. Conde-Agudelo A, Belizan JM, Diaz-Rossello J. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. Cochrane Database Syst Rev 2011;(3):CD002771.5.4.3.
5. "Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas". Ministerio de Sanidad y de política Social de España del año 2010

TAMIZACION VISUAL Y AUDITIVA EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS

La Retinopatía de la prematurez (ROP) se produce por una alteración en la vascularización normal de la retina, que altera la agudeza visual y puede llevar a ceguera permanente. La incidencia de ROP de cualquier grado está entre el 1.7% (sobre la semana 37) y el 3.2% (sobre las semanas 33 y 34), mientras que la incidencia de ROP que amenace la visión es de alrededor de 0.5% a partir de la semana 33 de edad gestacional.[1]

¿Cómo debe administrarse? (prescripción)

• La tamización para ROP consiste en una retinoscopia por oftalmoscopia indirecta realizada por un oftalmólogo entrenado, previa dilatación pupilar y uso de anestésicos locales en gotas.

• La retinoscopia debe realizarse al menos a las 4 semanas de edad cronológica y luego de la semana 32 de edad gestacional corregida a todos los recién nacidos prematuros con factores de riesgo significativos para presentar ROP que amenace la visión:

- Edad gestacional al nacer menor a 33 semanas al nacer.
- Peso al nacer menor a 1500 g.
- Oxigeno terapia con FIO2 elevada.
- Ventilación mecánica
- Anemia, transfusión.
- Enfermedad general grave
- Administración de Eritropoyetina.

• La tamización auditiva consiste en realizar Potenciales Evocados Auditivos automatizados –PEAA- y Emisiones Otacústicas –EOA-, en paralelo a todos los recién nacidos prematuros después de la semana 34 de edad cronológica e idealmente a la semana 38 de edad gestacional. Si alguna de las dos pruebas es anormal el neonato debe ser remitido para investigación.

¿Funciona? (eficacia y efectividad)

• El programa madre canguro integral mostró que el 9,7% de los recién nacidos tamizados tenían ROP de cualquier grado de severidad.[1]

• El programa madre canguro integral mostró que el 8,7% de los recién nacidos con ROP que amenazaba la visión presentaban secuelas graves incluyendo la ceguera. [1]

• La interpretación de las pruebas PEAA y EOA en paralelo tiene una sensibilidad del 96% y una especificidad de 89%.[1]

¿Es seguro? (seguridad)

• Dentro de los efectos adversos se reporta ansiedad de los padres por falsos positivos, que se observó más frecuentemente cuando tenían algún familiar con alteraciones de audición. Sin embargo la proporción de falsos positivos es baja.[3]

¿Es costo-efectivo? (costo-efectividad)

• Cuando no se realiza tamización y la sordera o hipoacusia se detecta tardíamente, ya se han producido secuelas sobre inteligencia y lenguaje, lo que condiciona que el recién nacido requiera rehabilitación y educación especial costosa que se hubiera podido evitar con un diagnóstico oportuno.

•No existen estudios de costo-efectividad en el país.

Referencias

1. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias. Guía de práctica clínica del recién nacido prematuro. Guías No.04. Bogotá 2013.
2. Patel H, Feldman M. Universal Newborn Hearing Screening. Paediatr Child Health 2011 May;16(5):301-10.
3. Puig T Mamc. Cribaje (Screening) Auditivo Neonatal Universal Versus Cribaje (Screening) Selectivo Como Parte Del Tratamiento De La Sordera Infantil (Revisión Cochrane Traducida). La Biblioteca Cochrane Plus 2008.