



RECOMENDACIONES TRAZADORAS

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO

Uso de corticosteroides antenatales

En caso de amenaza de parto prematuro entre las semanas 26 y 34 de gestación, se deben administrar corticoides antenatales a la madre, para promover la maduración pulmonar fetal y disminuir la mortalidad perinatal, la incidencia y severidad del SDR del prematuro y algunas complicaciones y secuelas, incluyendo hemorragia intraventricular.

Si después de la administración de un primer ciclo de corticoide antenatal no se produce el parto prematuro y persiste la amenaza de parto pre término, se recomienda administrar un segundo ciclo de betametasona al menos una semana después del primer ciclo y 24 horas antes del parto.

Nutrición en el recién nacido prematuro

Se recomienda que en los neonatos con muy bajo peso al nacer (menos de 1500 gramos) o muy prematuros (menos de 32 semanas de gestación) se inicie de manera temprana una alimentación enteral trófica con calostro de la madre. Hay evidencia de que la alimentación enteral trófica no incrementa riesgos y complicaciones, y es muy probable que la administración de calostro tenga efectos beneficiosos.

El recién nacido prematuro sano cercano al término (con peso mayor de 1500 gramos al nacer) DEBE iniciar lactancia materna tan pronto como sea posible.

En el recién nacido prematuro, en quien ya se completa la fase de alimentación trófica (primeros 3 a 5 días), se recomienda hacer una progresión rápida de la alimentación enteral (25-30 cc/Kg/d) para alcanzar más rápidamente una alimentación enteral completa sin incrementar problemas de tolerancia ni el riesgo de enterocolitis necrosante. La evidencia en los menores de 1200 gramos es insuficiente, por lo que en este subgrupo se recomienda hacer incrementos moderados (15-20 ml/Kg/d).



Atención y manejo del recién nacido prematuro

Se recomienda NO hacer restricción de las visitas de los familiares a la unidad de recién nacidos en horarios específicos, esto con el fin de favorecer la lactancia materna exclusiva, el vínculo precoz y mutuo (vínculo y apego seguro) entre el recién nacido y sus padres y el contacto piel a piel lo más prolongado posible.

Se recomienda la implementación del método madre canguro (posición, nutrición, empoderamiento familiar y egreso oportuno en posición canguro) para todos los recién nacidos prematuros hospitalizados, iniciando la adaptación a la posición canguro 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 temperatura y eventualmente hasta que llegue al término.

Tamización auditiva y visual del recién nacido prematuro

Se recomienda tamizar para Retinopatía de la Prematuridad (ROP) a todos los RN prematuros con factores de riesgo significativos para presentar ROP que amenace la visión.

El recién nacido prematuro se considera como sujeto con riesgo elevado (por encima del riesgo basal estimado para el recién nacido a término y aparentemente sano). Por este motivo se recomienda realizarle las dos pruebas (Potenciales Evocados Auditivos automatizados – PEAA- y Emisiones Otoacústicas –EOA-), e interpretarlas en paralelo (cualquiera que de anormal el niño debe ser remitido para investigación), estrategia que incrementa la sensibilidad de la tamización. Se debe esperar a que el niño tenga al menos 34 semanas de edad postconcepcional e idealmente se realizarán a la semana 38 de edad gestacional. Sin embargo, si las pruebas no fueron realizadas en este periodo, o si el paciente egresa sin tamización auditiva, deben realizarse tan pronto como sea posible durante el seguimiento ambulatorio.