

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Actualización
2018

CUIDADOS DEL
RECIÉN NACIDO PREMATURO
SANO HOSPITALIZADO

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: GPC-IMSS-362-18

Avenida Paseo de La Reforma #450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc,
C.P. 06600 México, Ciudad de México.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright Instituto Mexicano del Seguro Social

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

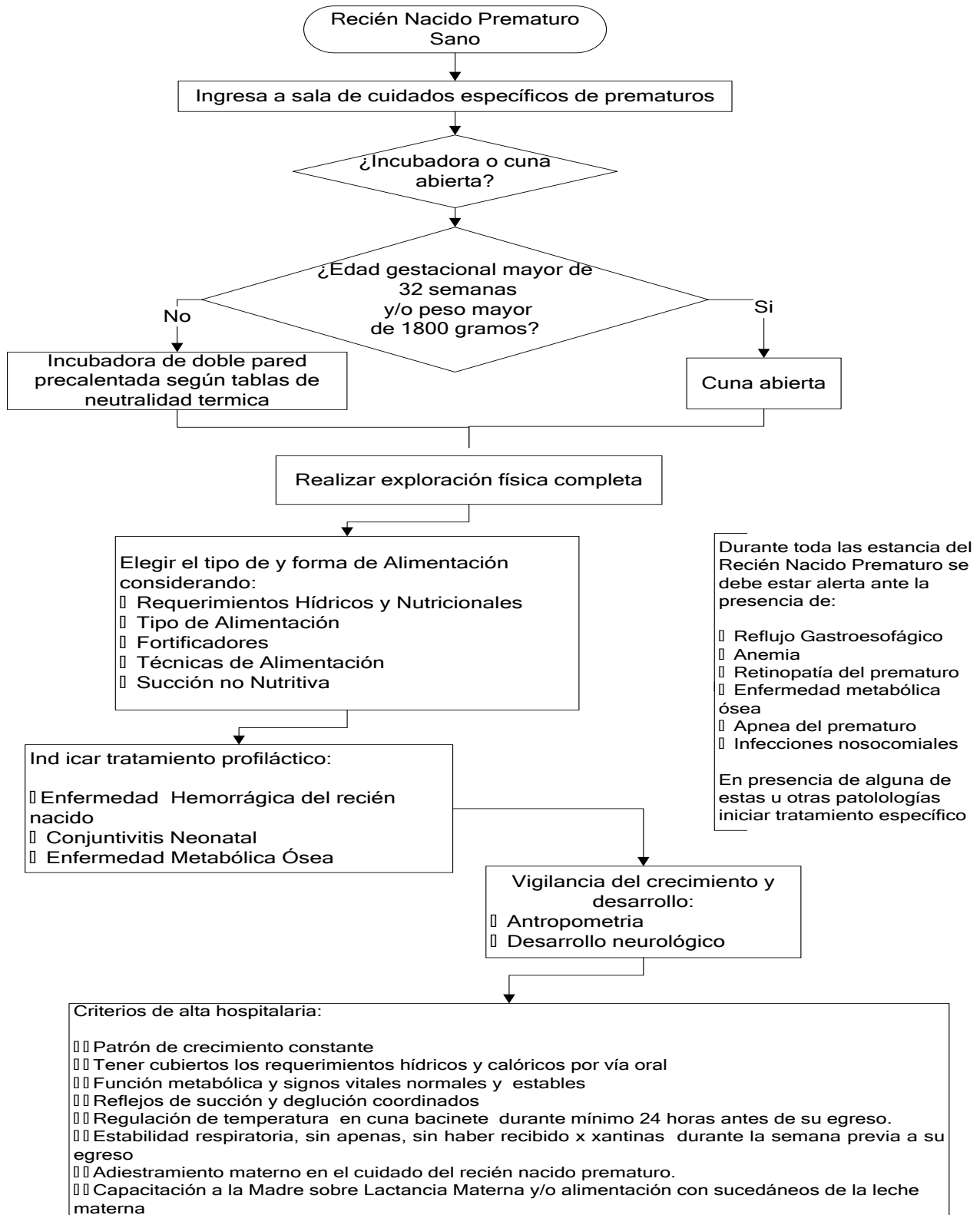
La guía de referencia rápida tiene como objetivo proporcionar al usuario las **recomendaciones clave** de la guía **Cuidados del recién nacido prematuro sano hospitalizado.**, seleccionadas con base a su impacto en salud por el grupo desarrollador, las cuales pueden variar en función de la intervención de que se trate, así como del contexto regional o local en el ámbito de su aplicación.

Para mayor información, se sugiere consultar la guía en su versión extensa de “**Evidencias y Recomendaciones**” en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, la cual puede ser descargada de Internet en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-362-18/ER.pdf>

Debe ser citado como: **Cuidados del recién nacido prematuro sano hospitalizado.** Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC; <año> [fecha de consulta]. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-362-18/RR.pdf>

ISBN en trámite

1. DIAGRAMA DE FLUJO



2. CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO

PERIODO NEONATAL INMEDIATO

Recomendación Clave	GR*
<p>Se recomienda anticiparse al nacimiento de RNP, contar con el material necesario para su atención.</p> <p>Lo indispensable para la atención del recién nacido prematuro al momento del nacimiento es: bolsa para envolver de polietileno y/o un colchón térmico, cuna de calor radiante con servocontrol, con sensor de temperatura, mezclador de oxígeno y oxímetro con un sensor de tamaño adecuado.</p>	A
<p>Se recomienda precalentar la habitación en donde se recibirá entre 23 y 25°C</p>	B
<p>Se recomienda la vigilancia clínica del RNP y siempre que sea necesario uso de oxímetro de pulso manteniendo niveles de SO_2 entre 90-95% y frecuencias respiratorias menores a 60 por minuto, frecuencia cardíaca entre 100-160 latidos por minuto, temperatura entre 36.5-37.5°C y PAM de acuerdo a las tablas descritas.</p>	A
<ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda la vigilancia estrecha por parte del médico y enfermería con las siguientes acciones: • La vigilancia será en las primeras 2 horas de vida cada 30 minutos y posteriormente cada 2 - 4 horas en el primer día de vida de: <ul style="list-style-type: none"> ○ Frecuencia cardíaca ○ Frecuencia respiratoria ○ Saturación de Oxígeno ○ Presión arterial ○ Temperatura corporal. • Detección y tratamiento precoz de cualquier anomalía clínica que precise de manejo en la unidad de cuidados intensivos neonatales. • Los RNP de 32-34 SDG requieren de vigilancia continua de signos vitales. • Evitar las manipulaciones innecesarias, luz, ruidos, y favorecer la posición de flexión en línea media. <p>(Cuadro 1)</p>	C
<p>Se recomienda mantener un ambiente térmico neutro, para disminuir el consumo de oxígeno y el estrés metabólico.</p> <p>Mantener en incubadora humidificada de doble pared a los RNP menores de 1500 gr y una vez alcanzado el peso de 1600 gr y de acuerdo a las condiciones clínicas y la práctica local del RNP externar a cuna abierta.</p> <p>Se recomienda si es posible el uso de termómetros digitales.</p>	A
<p>Se recomienda no remover el vérmix de la piel de los RN, solo retirar el meconio y la sangre.</p> <p>Se sugiere realizar el primer baño mínimo 24 horas después del nacimiento y posteriormente cada 4 días</p>	D

VIGILANCIA Y CUIDADOS ESPECIALES

Recomendación Clave	GR*
Se recomienda la vigilancia clínica del RNP y siempre que sea necesario uso de oxímetro de pulso manteniendo niveles de SO_2 entre 90-95% y frecuencias respiratorias menores a 60 por minuto.	A
No se recomienda realizar toma de glucemia central a todos los RNP, únicamente a aquellos con factores de riesgo o datos clínicos de hipoglucemia. Se deberá tomar como nivel mínimo 47 mg/dl.	D
Se recomienda que a todos los RNP se les realice una inspección visual durante al menos las primeras 48 horas de vida, en caso de observar ictericia se deben tomar niveles séricos de bilirrubinas.	D
Se recomienda pesar diariamente a los RNP sanos hospitalizados y vigilar que no exceda la disminución de peso máxima permitida.	D
Recomendamos individualizar a cada RNP y decidir si está en condiciones de iniciar lactancia materna a libre demanda mediante succión o proporcionar volúmenes calculados con apoyo de vaso, sonda o jeringa.	Punto de buena práctica
Iniciar la administración de hierro y vitaminas al alcanzar un aporte enteral mínimo de 100 mlkgdía y hasta los 6-12 meses de acuerdo a la condición clínica. Los aportes nutricionales se deberán realizar de acuerdo a la edad gestacional y peso.	D
<p>Inicio de alimentación</p> <p>En el RNP sano se debe iniciar la alimentación antes de las 48 horas de vida y de preferencia en el primer día de vida y dentro de las primeras 2 horas, siendo la primera opción el uso de calostro o leche humana. Sólo en caso de no contar con leche humana de la madre se podrá ofrecer leche humana donada (banco de leche) y como última opción sucedáneo de leche humana para RNP (Cuadro 2).</p>	A
<p>Técnica de alimentación</p> <p>La técnica específica de alimentación en el RNP deberá ser elegida considerando las condiciones individuales de cada recién nacido. En los RNP con capacidad de succión coordinada se debe intentar primero la alimentación con vaso. Iniciar el amamantamiento en cuanto adquiera la coordinación succión-deglución.</p>	D
Se recomienda el uso de succión no nutritiva en los RNP con edad gestacional de 32-34 SDG, previa valoración integral por parte de su médico, con la finalidad de ayudar en la transición a la alimentación por succión.	A

Fortificador de leche humana

Se recomienda alimentar con leche humana fortificada a los RNP con peso menor de 2000 gr y suspender al alcanzar dicho peso siempre que mantenga un crecimiento adecuado.

D

CRECIMIENTO Y DESARROLLO**Recomendación Clave**

GR*

Se recomienda evaluar:

- Peso: en forma diaria en la etapa aguda y 3 veces por semana en etapa de crecimiento.
- Longitud corporal: semanalmente
- Perímetro cefálico: semanalmente
- Velocidad de crecimiento: semanalmente

D

Mantener una velocidad de crecimiento de 15 g/kg/día.

Se recomienda utilizar las curvas de Fenton y Kim percentiladas según edad gestacional y sexo, o las curvas de la OMS de acuerdo a la edad gestacional corregida (Cuadro 3)

C

Se recomienda realizar exploración del desarrollo neurológico los RNP tomando en cuenta la edad gestacional corregida.

C

Canalizar al área correspondiente para manejo especializado en caso de tratarse de RNP con riesgo o alteraciones evidentes del neurodesarrollo.

MÉTODO DE MAMÁ CANGURO**Recomendación Clave**

GR*

Se recomienda en todos los RNP estables realizar el método “Mamá canguro” por lo menos durante 60 minutos por sesión, con el fin de disminuir la estancia hospitalaria y garantizar un adecuado crecimiento y desarrollo.

A

Se coloca al bebé entre los pechos de la madre en posición vertical, pecho a pecho. Se sostiene al bebé con el rebozo o lienzo, la cabeza vuelta hacia un lado se hallará ligeramente extendida, manteniendo abierta la vía aérea y permitiendo el contacto visual madre hijo. Se explicará a la madre que puede amamantar a su bebé en posición canguro. Las sesiones deberán ser mínimo de 60 min.

SIGNOS DE ALARMA**Recomendación Clave**

GR*

Se recomienda vigilar los signos vitales y datos clínicos de todos los RNP hospitalizados con el fin de identificar oportunamente al neonato enfermo o en riesgo:
Frecuencia respiratoria, SO₂, Frecuencia cardiaca, presión arterial, temperatura y nivel de conciencia.

D

ACCIONES DE PREVENCIÓN

Recomendación Clave	GR*
<p>Se recomienda la profilaxis oftálmica en la atención rutinaria del RNP. El tiempo de administración de profilaxis se puede retrasar hasta por 4 horas. Se recomienda la administración de eritromicina al 0.5% o tetraciclina al 1% en caso de disponibilidad, de no ser así se administrará cloranfenicol oftálmico.</p> <p><i>* El cuadro básico del IMSS sólo cuenta con cloranfenicol oftálmico en gotas y ungüento.</i></p>	D
<p>Se recomienda administrar vitamina K (fitomenadiona) intramuscular 0.5 mg dosis única en < 34 SEG o 1 mg dosis única en RNP ≥34 SEG al momento del nacimiento.</p> <p><i>* El cuadro básico del IMSS cuenta con fitomenadiona en solución o emulsión inyectable</i></p>	A
<p>Se recomienda el lavado de manos en los 5 momentos indicados por la OMS e inicio temprano de la lactancia materna.</p>	A
<p>Se recomienda mantener el cordón umbilical seco y limpio, manejo del mismo con manos limpias, en caso de utilizar un antiséptico local solo está permitido el uso de clorhexidina 4%.</p>	D
<p>No se recomienda el pinzamiento y corte precoz del cordón umbilical (menos de 1 minuto después del nacimiento) salvo que el RN sufra hipoxia y requiera de maniobras de reanimación neonatal.</p>	A
<p>Evaluar la necesidad de tomas de muestra sanguínea, solo tomar si servirán para tomar decisiones relevantes y extraer el volumen mínimo requerido.</p>	D
<p>En este momento con la evidencia disponible no se puede recomendar el uso sistemático de EPO como estrategia para reducir la presencia de anemia del prematuro.</p>	A
<p>Se recomienda iniciar la administración de hierro al alcanzar un aporte enteral mínimo de 100 ml/kg/día y hasta los 6-12 meses de acuerdo a la condición clínica del RNP.</p>	D

Se recomienda que las transfusiones se realicen de acuerdo al estado clínico individual del paciente (Cuadro 4).	D
No se recomienda el uso profiláctico de metilxantinas en RNP con riesgo de apnea.	D
Se deberá descartar enfermedad ósea metabólica en todos los RNP < 1500 gr y/o con factores riesgo. Prevenir su desarrollo vigilando una adecuada nutrición, la alimentación del RNP será preferentemente con leche humana fortificada y se suplementará con Vitamina D 400-1000 UI/día.	D
<i>* El cuadro básico del IMSS cuenta con Vitaminas ACD en solución.</i>	
No se recomienda el tratamiento farmacológico profiláctico para el reflujo gastroesofágico. Se recomienda posición en decúbito lateral derecho con elevación de 30° bajo estricta supervisión.	D

TAMIZAJE Y VACUNACIÓN

Recomendación Clave	GR*
Todos los RN deben ser tamizados en base a lo referido en la Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento. <i>* En el IMSS sólo se realiza tamiz neonatal básico (5 enfermedades).</i>	D
Tamiz visual Se realizará tamizaje visual para detección oportuna de ROP a todos los RNP de riesgo.	D
Tamiz auditivo Se debe realizar tamiz auditivo a todos los RNP a las 34 SEG y antes de los 3 meses de vida.	D
Tamiz cardiológico Se sugiere realizar tamiz cardiológico a todos los RNP.	D
Tamiz neurológico Se recomienda realizar USGTF a todos los RNP menores de 30 SDG y en los menores de 30-34 SDG que tengan factores de riesgo.	D

Vacunas

Se recomienda administrar la vacuna Hepatitis B a todos los RNP.
Se recomienda administrar la vacuna BCG a partir de los 2000 gr de peso o ≥ 34 SDG.

D**EGRESO HOSPITALARIO****Recomendación Clave****GR***

Se deberán considerar como criterios de egreso los siguientes:

- El RNP deberá de tener un peso ≥ 1800 gr.
- Debe regular su temperatura (Axilar de 36.5-37.5)
- Adecuada capacidad de succión coordinada, al menos 24 horas de éxito con alimentación al seno materno con ingesta calórica adecuada.
- Los signos vitales deben estar dentro de los establecidos como normales.
- Presentar por lo menos una evacuación espontanea.
- Un periodo libre de apneas (aun durante el sueño y la alimentación) de 5-7 días sin recibir metilxantinas. hipotensión
- Mantener SO_2 respirando al aire ambiente de 90-95%
- Patrón de ganancia sostenido en la última semana 15 gr/kg/día
- Evaluar que el/la responsable reciba entrenamiento e información sobre datos de alarma.
- Informar de la posición segura para dormir al paciente.
- Los cuidadores deben ser capaces de reconocer signos y síntomas de enfermedad y actuar de forma apropiada y oportuna.
- Otorgar consultas médicas de seguimiento

D

*Grado de Recomendación

3. CUADROS O FIGURAS

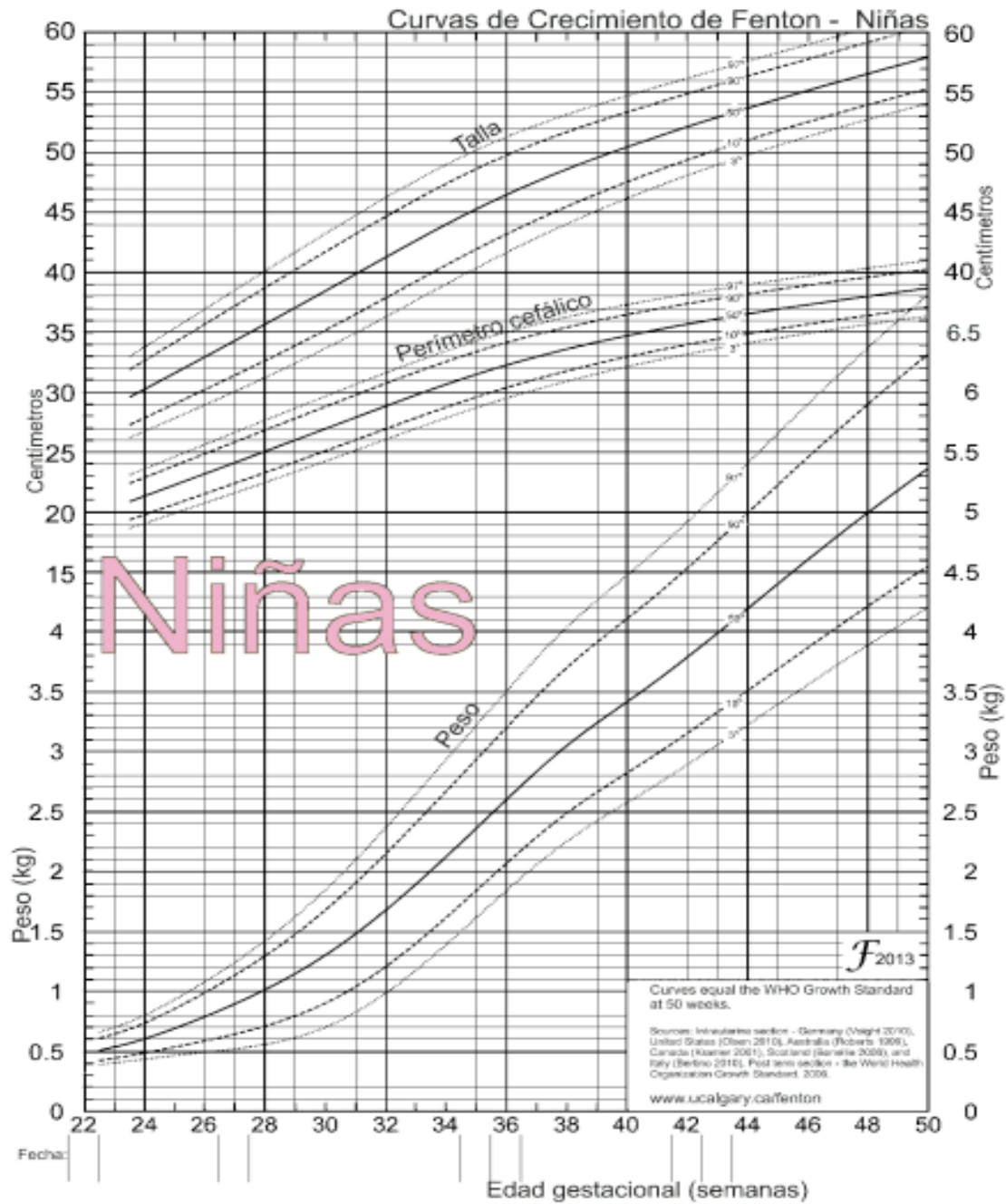
Cuadro 1. Criterios de hipotensión en el RN de acuerdo a la PAM (mmHg), peso al nacer, edad gestacional y posnatal.

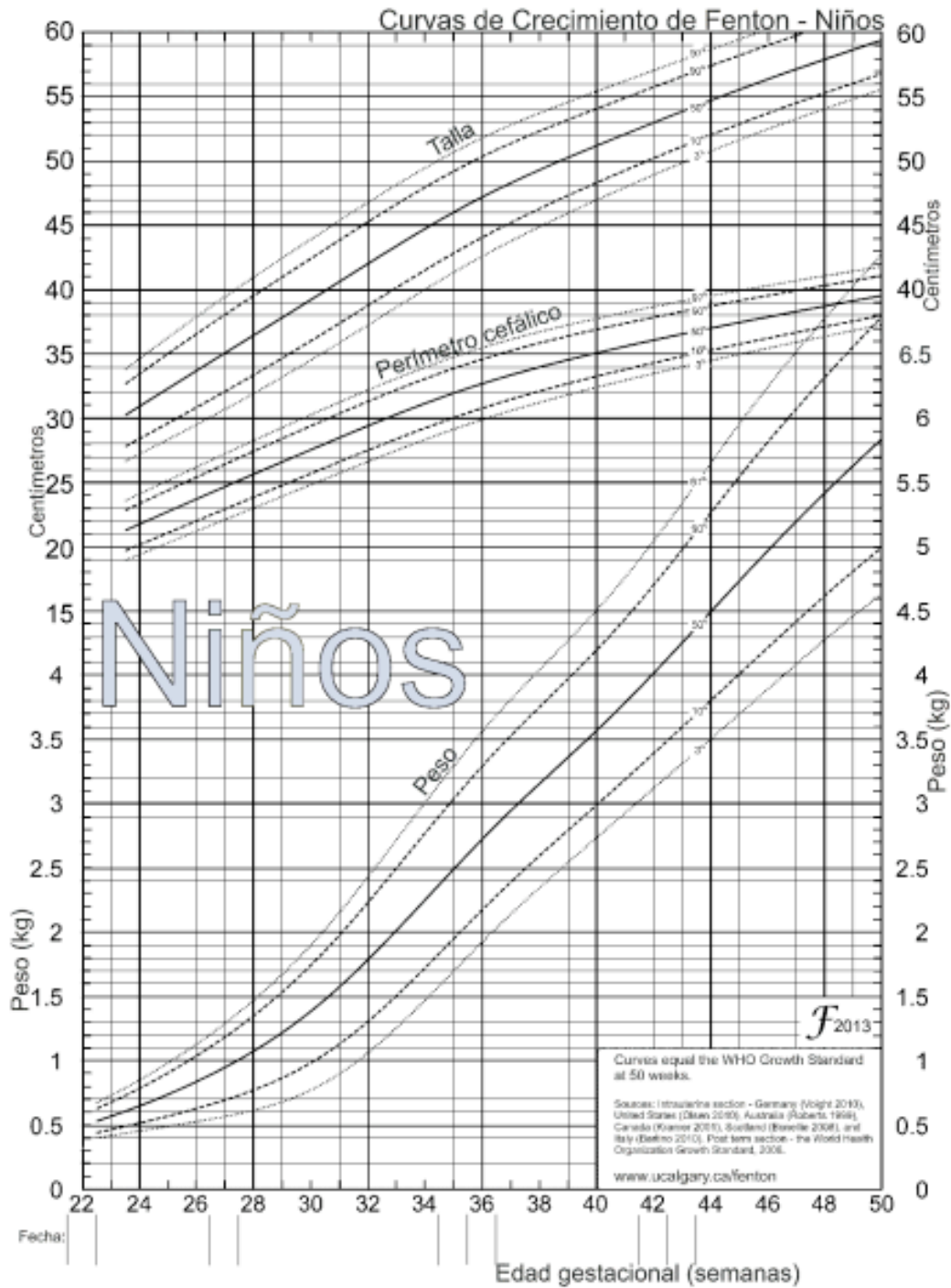
Criterios de hipotensión en el RN de acuerdo a la PAM (mmHg), peso al nacer, edad gestacional y posnatal				
	Peso al nacer (gramos)			
	< 1000	1000-1501	1501-2500	>2500
Edad gestacional (semanas)	23-27	28-33	34-37	>37
Edad posnatal (días)				
1-3	PAM < EG	<30	<35	<40
4-7	<30	<33	<35	<45
>7	<30	<35	<40	<50

Cuadro 2. Esquema orientativo de la progresión del aporte enteral

Esquema orientativo de la progresión del aporte enteral	
Día	Plan trófico y Aporte Enteral
1	10-20 ml LH/kg en 6 u 8 raciones
2	10-20 ml LH/kg en 6 u 8 raciones
3	10-20 ml LH/kg en 8 raciones
4	40 ml LH/kg en 12 raciones
5	60 ml LH/kg en 12 raciones
6	80 ml LH/kg en 12 raciones
7	100 ml LH/kg en 12 raciones
8	120 ml LH/kg en 12 raciones
9	140 ml LH/kg en 12 raciones
10	160 ml LH/kg en 12 raciones

Cuadro 3. Curvas de crecimiento para mujeres y hombres prematuros de Fenton





Cuadro 4. Indicaciones de Transfusión de Concentrados de Eritrocitos**Indicaciones de Transfusión de Concentrados Eritrocitarios en pacientes menores de cuatro meses de edad**

- Hto. menor de 20% con cuenta baja de reticulocitos y signos de hipoxia.
- Hto. menor de 30% en un niño con:
 - Menor de 35% de O₂ en campana cefálica
 - O₂ por cánula nasal
 - Presión mecánica asistida y/o intermitente
 - Apnea o bradicardia (más de seis episodios en seis horas o dos episodios en 24 horas que requieran máscara o bolsa de respiración y que están recibiendo dosis terapéuticas de metilxantinas)
 - Taquicardia o taquipnea significativa (FC >180/min, FR >80/min por 24 horas)
 - Pobre ganancia ponderal (incremento menor de 10 g por día observado después de cuatro días a pesar de recibir un mínimo de 100 kcal/kg por día)
- Hto. menor de 35% en niños con:
 - Campana o casco cefálico con más de 35% de oxígeno
 - Presión mecánica asistida y/o intermitente
- Hto. menor de 45% en niños con:
 - Oxigenación por membrana extracorpórea
 - Cardiopatías congénitas cianógenas
- Neonatos menores de 24 horas de vida extrauterina con Hto. menor de 40% y Hb. menor a 13 g/dl.
- Pacientes que van a ser sometidos a cirugía mayor para mantener valores de hematocrito superior a 30% o valores de Hb. mayores a 10 g/dl.
- Pérdida aguda mayor al 10% del volumen sanguíneo total (VST) por flebotomía para estudios de laboratorio o cualquier otra causa de sangrado con una pérdida acumulativa en una semana o menos

Fuente: Guía para el uso clínico de la sangre. Secretaria de Salud 2007.