

Una nueva generación: los prematuros tardíos

A new generation: the late preterm infants

Lic. Esp. Galione Carla^o y Lic. Bárbara Santillán^{oo}

RESUMEN

Los recién nacidos (RN) prematuros tardíos son aquellos nacidos con 34 a 36 semanas de edad gestacional. La comprensión de las características particulares de estos neonatos implica prever el mayor riesgo de morbimortalidad neonatal, esencial para prevenir las complicaciones al alta. El conocimiento de los factores de riesgo en esta población permite identificar a aquellos que requieran monitoreo más estricto y seguimiento precoz al egreso de la internación neonatal o de la maternidad. Frecuentemente se subestiman las potenciales complicaciones de estos RN, por considerarlos cercanos al término y por poseer buen peso.

En este artículo se describen los riesgos y principales complicaciones que pueden presentar, y las intervenciones de enfermería en la prevención prenatal y cuidados de las patologías maternas fetales que motivan los nacimientos prematuros.

Se sugieren pautas para identificar los riesgos durante la hospitalización en el nacimiento y la educación de los padres para el alta.

Palabras clave: nacimiento prematuro tardío, morbilidad, factores de riesgo, prevención, cuidados de enfermería.

ABSTRACT

Late preterm infants are those born at 34 to 36 weeks of gestational age. The understanding of the particular characteristics of these neonates implies the highest

risk of neonatal morbidity and mortality, essential to prevent complications at discharge. The knowledge of the risk factors in this population, allows identification of those that require more strict monitoring and early follow-up after discharge from neonatal hospitalization or maternity. Frequently, the potential complications of these newborns are underestimated, considering them close to the term and having good weight.

This article describes the risks and main complications that may occur, and nursing interventions in prenatal prevention and care of fetal maternal diseases that motivate premature births.

Guidelines are suggested to identify the risks during hospitalization at birth and the parents' education for discharge.

Key words: late preterm birth, morbidity, risk factors, prevention, nursing care.

INTRODUCCIÓN

Se estima que en el mundo cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros, antes de que se cumplan las 37 semanas de gestación, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS).¹

En Argentina, las estadísticas vitales de 2015 reflejan una clasificación de los nacidos vivos que no discrimina a los RN prematuros tardíos de 34 a 36 semanas. Por lo tanto, se carece de datos exactos.

El Ministerio de Salud de la Nación publica que sobre 770 040 nacidos vivos, 55 703, nacieron con 32 a 36

^o Especialista en Enfermería Neonatal. Supervisora del Servicio de Neonatología. Área de Recepción del Recién Nacido y Rooming-in. Clínica y Maternidad del Sol. Córdoba.

^{oo} Licenciada en Enfermería. Supervisora del Servicio de Neonatología. Clínica Universitaria Reina Fabiola. Córdoba.

Correspondencia: Lic. Esp. Galione Carla. Correo electrónico: carla_galione@hotmail.com

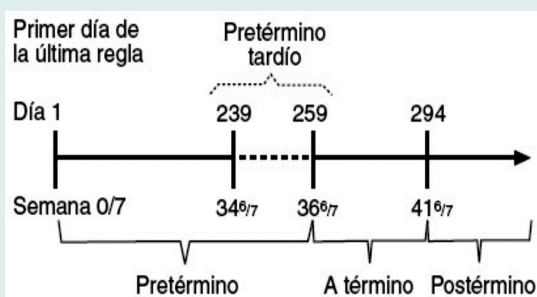
Recibido: septiembre de 2017. Aceptado: 15 de febrero de 2018.

semanas de edad gestacional (EG), siendo el lugar de mayor cantidad de estos nacimientos, (20 307) la provincia de Buenos Aires.²

La tasa de prematuridad ha experimentado un incremento progresivo en los últimos años, debido en gran parte al nacimiento de los RN prematuros tardíos.

Se consideran prematuros tardíos a los RN entre la semana 34 y 36,6 de gestación, contando desde el primer día después de la fecha de última menstruación (Figura 1).

Figura 1. Definición de prematuro tardío



Adaptado de Engle W, Tomashek M, Wallman C. *Pediatrics* (Ed Esp). 2007; 64: 357-66.
Recomendaciones para el manejo perinatal del recién nacido prematuro tardío.

Es una población que, si bien presenta menores riesgos, que los prematuros más pequeños, tiene una tasa de morbimortalidad significativamente mayor a la que presentan los recién nacidos de término (RNT).

La denominación prematuros tardíos, como nueva clasificación, surge en el año 2006, propuesta por el *National Institute of Child Health and Human Development* de EE. UU. para reemplazar la denominación anterior de prematuros cercanos al término (*near term*). El cambio se implementó con el objetivo de jerarquizar a este grupo de RN como prematuros, como un llamado de atención a los equipos de salud sobre sus riesgos potenciales.

Como estos RN suelen pesar más de 2500 g, su apariencia puede resultar similar a los RN de 37 semanas o mayores. Muchas veces se los trata como si fuesen RNT, ya que no parecen prematuros, y son dados de alta antes de tiempo del hospital con el

riesgo potencial de reingresar a los pocos días por complicaciones diversas.

Las altas tasas de prematuridad en los países desarrollados, se deben en gran medida al incremento de embarazos múltiples producto de la fertilización asistida, de las altas tasas de cesáreas y de la inducción del parto entre las 34 y 36 semanas.

El aumento de cesáreas electivas, no justificadas por razones médicas, es probablemente el principal responsable de la frecuencia con que nacen prematuros tardíos. Según nuevos datos proporcionados por el 2º Informe de Relevamiento Epidemiológico SIP-GESTIÓN, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la tasa de cesáreas en hospitales públicos de Argentina mostró una tendencia creciente y sostenida durante el quinquenio 2010-2014 con un valor promedio del 30,9%, pero si se toma el subsector de las obras sociales provinciales, o sector privado en general, la cifra escala al 67% en ese período.³

En 2014, la OMS realizó una revisión sistemática con el objetivo de identificar y evaluar de forma crítica, las conclusiones sobre la asociación entre las tasas de cesárea y los resultados maternos, perinatales y neonatales.

Las tasas de cesárea superiores al 10-15% no se asocian con una reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal. No están claros los efectos que tienen las tasas de cesárea sobre otros resultados como la mortalidad neonatal, la morbilidad materna y perinatal, los resultados pediátricos y el bienestar psicológico o social.⁴

La morbilidad a largo plazo, actualmente depara mayor preocupación debido a que la inmadurez del sistema nervioso central puede generar graves consecuencias en la salud del RN que se expresarán años más tarde. Varios estudios que observaron la evolución de niños prematuros tardíos desde el nacimiento, indican que tienen mayor riesgo de discapacidad, dificultades en el desarrollo, fracaso escolar, problemas de conducta, enfermedades, trastornos sociales y muerte.⁴

Chan y col., en 2014, realizaron un estudio poblacional donde se evaluaron más de 6000 niños a los 7 años de edad; observaron que los prematuros tardíos tenían un incremento significativo de posibilidades de presentar malos resultados en la escuela y el 25% presentaban múltiples déficits en su rendimiento.⁵

COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES

Durante el período de hospitalización, la morbilidad o las enfermedades graves son poco frecuentes; sin

embargo, la tasa de morbilidad leve y moderada a partir de su inmadurez fisiológica, es mayor en los prematuros tardíos que en los RNT.

El manejo clínico, en general, está basado en los conocimientos y en la experiencia obtenida con prematuros pequeños. El interés en los problemas médicos propios de la prematuridad tardía es relativamente reciente. Nuevos estudios han estimulado el conocimiento de las características biológicas y mecanismos particulares de las potenciales complicaciones de estos RN (*Tabla 1*).

Tabla 1. Principales complicaciones del RN prematuro tardío

- Hipotermia
- Hipoglucemia
- Dificultad respiratoria
- Pérdida excesiva de peso
- Deshidratación
- Ganancia pobre de peso
- Fracaso en la lactancia materna exclusiva
- Uso de fórmula por períodos prolongados
- Valores elevados de ictericia
- Kernicterus
- Sepsis
- Apnea
- Rehospitalización

Hipotermia

Los prematuros tardíos son más susceptibles a padecer lesión por frío, debido a su incapacidad de generar calor a partir del tejido adiposo pardo; esto es directamente proporcional a la EG. A menor EG, menor depósito de grasa parda y mayor inmadurez de la función hipotalámica termorreguladora. La hipotermia debe ser especialmente vigilada y evitada, ya que el prematuro tardío tiene riesgo aumentado de padecerla, debido a su barrera epidérmica inmadura y a una mayor relación entre la superficie y el peso al nacer que en los RNT.

Cuidados de enfermería

La estabilización inicial de la temperatura debe llevarse a cabo en sala de partos y se inicia con el contacto inmediato y sostenido piel a piel, en todo RN sano y/o estable.

Se deberá constatar la EG a través de la fecha de la última menstruación, informe ecográfico y test de Capurro (posnatal). El método recomendable para evaluar la EG es el test de Ballard, ya que el mismo combina criterios físicos y neurológicos para calcular la edad gestacional posnatal.

La respuesta en la recuperación de un RN hipotérmico en el período neonatal inmediato y la mayor o menor necesidad de intervenciones, va a definir la internación en Neonatología o en internación conjunta.

Se constatará la temperatura corporal de manera periódica, inicialmente cada 30 minutos en las primeras 2 horas de vida, y cada 2-4 horas posteriormente en caso de haber presentado algún episodio de hipotermia registrada. En todo momento se relacionará el registro de temperatura con el estado clínico y la observación de signos alterados en el patrón muscular, ritmo cardíaco, perfusión tisular, trabajo respiratorio, etc. Se desestima el baño hasta no haber conseguido una adecuada estabilidad térmica y se promueve el contacto piel a piel, ininterrumpido con su madre, como primer recurso para contribuir a la termorregulación adecuada.⁷

Hipoglucemia

El riesgo de hipoglucemia es tres veces mayor que en los RNT y la incidencia aumenta a menor EG. Se produce por la respuesta metabólica insuficiente, ante el corte brusco de suministro materno de glucosa tras el nacimiento. En los prematuros tardíos, la glucogenólisis hepática y la lipólisis del tejido adiposo son inmaduras y también existe déficit del gluconeogénesis y cetogénesis hepática. Además, carecen de reservas de glucógeno para enfrentar el ayuno o la escasa alimentación.^{7,8}

Cuidados de enfermería

Enfermería deberá identificar las circunstancias perinatales que incrementan el riesgo de hipoglucemia en el prematuro tardío, tanto factores maternos como neonatales (*Tabla 2*).

Tabla 2. Factores perinatales de riesgo de hipoglucemia neonatal

Factores maternos	Factores fetales y neonatales
<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión • Diabetes • Obesidad • Fármacos tocolíticos • Administración de glucosa intravenosa antes y durante el periodo expulsivo • Parto prolongado y dificultoso 	<ul style="list-style-type: none"> • Signos de pérdida de bienestar fetal • Retardo de crecimiento intrauterino • Gestación múltiple • Apgar a los 5 minutos <7 • Inestabilidad térmica, hipotermia • Succión débil • Sepsis • Dificultad respiratoria • Policitemia

Deberá promoverse la lactancia materna, tan pronto como sea posible, en los RN que presentan estabilidad clínica y pueden permanecer en internación conjunta junto a su madre. Controlar que los niveles de glucemia sean mayores a 45 mg/dl en las primeras 48 horas de vida. Es necesaria la valoración de enfermería y la eventual postergación del alta de los RN que tuvieran cifras al límite hasta que logren valores normales estables.

Protocolo de control de la glucemia

El cuadro clínico de la hipoglucemia es inespecífico y puede responder a procesos secundarios, por lo que deben descartarse otras causas subyacentes. La monitorización está indicada en todos los neonatos prematuros tardíos, aun asintomáticos o que presentan un riesgo aumentado como los pequeños para la edad gestacional y los hijos de madre diabética.

¿Cuándo tomar la muestra? ¿Cómo?

A ciencia cierta, se desconoce el mejor momento para medir la glucemia en el RN asintomático.

En general las recomendaciones sugieren iniciar las mediciones a partir de las 2-3 h de vida y repetirlas de forma preprandial y periódica durante, al menos, las primeras 24 horas de vida.

Los valores de glucosa varían según la muestra (capilar o venoso), si la determinación se realiza de la sangre

total o plasmática y según la tecnología utilizada para la medición (métodos de tirillas reactivas o laboratorio). El tratamiento de la muestra por enfermería al tomarla y el posterior análisis en el laboratorio, también modifican los resultados. Es necesario enviar al laboratorio la muestra ni bien sea obtenida y es esperable que la misma no quede detenida en los pasos intermedios (traslado, entrega y análisis de la misma) a fines de evitar la oxidación de la glucosa y alteración de los valores informados.

En general, se admite la utilización de muestras de capilares y tirillas reactivas como técnica de cribado, aunque numerosos estudios demuestran que los valores que arrojan suelen ser más bajos y poco confiables en caso de hipoglucemia, por cuanto deberían chequearse los valores bajos con una glucemia central.⁸

TRATAMIENTO

En RN asintomáticos, con hipoglucemia leve o moderada será suficiente con optimizar las tomas de alimentación, en frecuencia y cantidad adecuada, mantener un control clínico estrecho y medir repetidamente la glucemia.⁹

En el año 2000, en un estudio que contribuyó a poner en discusión la hipoglucemia neonatal, Cornblath, Hawdon y colaboradores, propusieron el manejo de umbrales operacionales para tomar decisiones en el tratamiento.¹⁰

En su estudio recomiendan que las intervenciones se realicen en los niños asintomáticos sólo si su glucemia plasmática es inferior a 36 mg/dl, si no aumenta con las modificaciones de la conducta alimenticia o si aparecen síntomas.

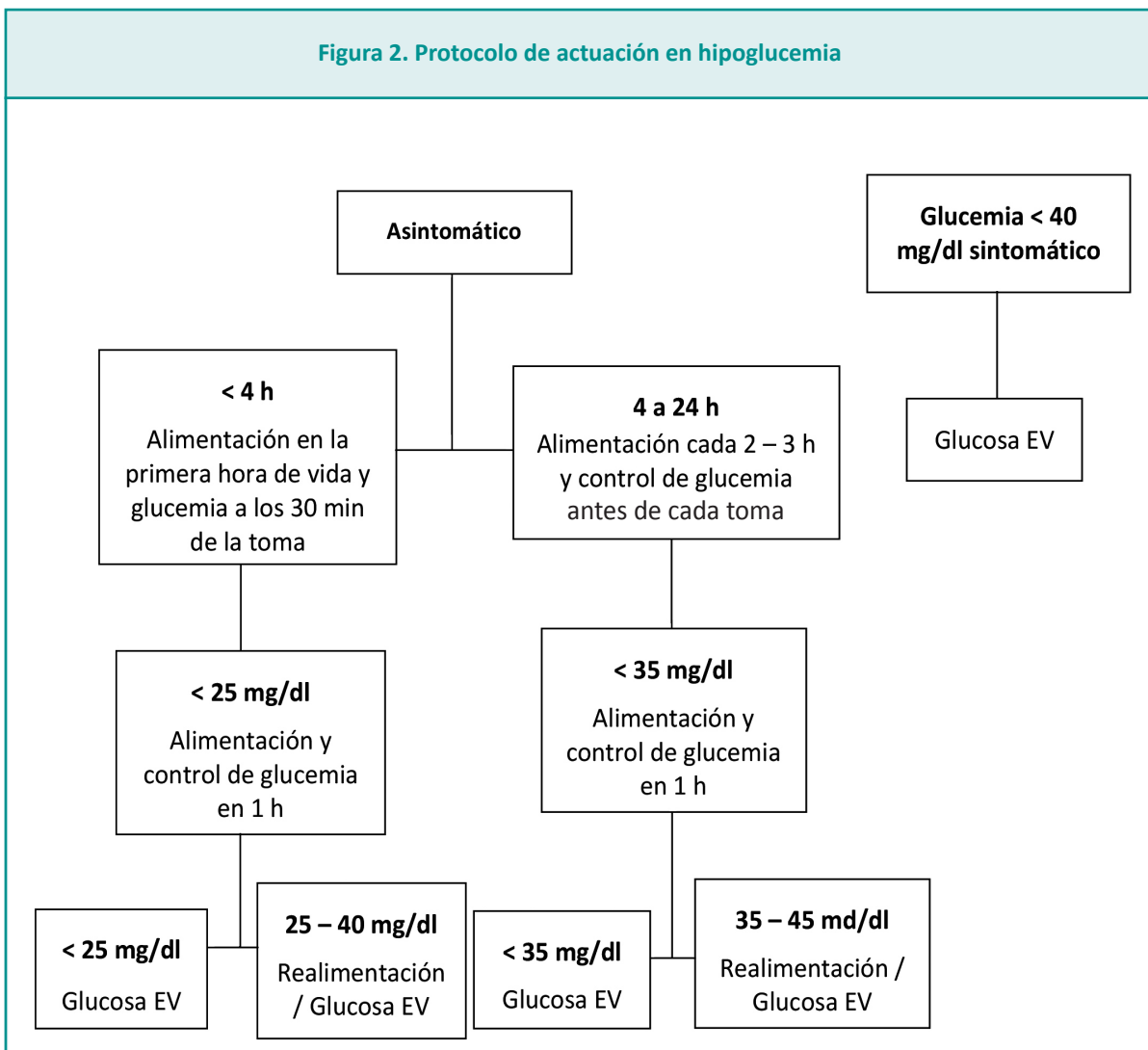
Los RN sintomáticos o con cifras menores a 20-25 mg/dl habrán de recibir tratamiento endovenoso en la UCIN (Figura 2).

Una vez comenzado el tratamiento se intentará mantener una glucemia plasmática por encima de 45 mg/dl de forma estable, evitando las variaciones bruscas de la misma.

DIFICULTADES NUTRICIONALES Y GASTROINTESTINALES

La lactancia materna es la alimentación óptima para todo RN, por los beneficios que tiene para la madre y su hijo. La leche humana es especialmente importante para neonatos nacidos antes de término, ya que colabora con la maduración de sus órganos y sistemas además de brindarle protección inmunológica. Sin embargo, los RN pretérmino a menudo requieren apoyo y monitorización adicional, en comparación con los RNT, debido a la inmadurez de la coordinación de succión-deglución-respiración.

Figura 2. Protocolo de actuación en hipoglucemia



Adaptado de: Adamkin and Commite on fetus and newborn. Clinical Report-Postnatal Glucose Homeostasis in Late Preterm and Term Infants. Pediatric 2011;(127):527.¹¹

Frecuentemente estos RN son separados de la madre e internados en Neonatología por complicaciones; a veces estrictas normativas institucionales impiden hacer internación conjunta con la madre a RN sanos y estables, por ser menores a 37 semanas. Es esperable que los Servicios de Maternidad cuenten con enfermería capacitada para hacerse cargo de RN estables, con requerimientos de controles especiales, en su etapa transicional, sin necesidad de separarlos de su madre.

Los problemas para establecer una buena alimentación parecen ser el factor que más contribuye al riesgo aumentado de reingreso por deshidratación, falta de progresión o descenso marcado de peso que sufren estos RN. Frecuentemente presentan agotamiento de la succión-deglución y consecuente ingesta insuficiente al pecho. Esto puede no ser evidente en los primeros días o en la estadía hospitalaria, y presentarse posteriormente en la casa.

Este riesgo es mayor en madres primíparas; la educación, acompañamiento y apoyo en el aprendizaje de ambos, madre y RN, son fundamentales.

Si bien el sistema gastrointestinal continúa en desarrollo en la vida extrauterina, se adapta rápidamente en sus funciones de digestión y absorción de nutrientes.

No hay que desestimar la menor organización a nivel del neurodesarrollo, de los estados de conciencia y de los ciclos de sueño-vigilia adecuados, que contribuyen a la eficiencia de la alimentación.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Los RN prematuros tardíos pueden cuidarse en el entorno de la Maternidad, en vez de internarlos por rutina en la UCIN, en instituciones que cuenten con enfermería capacitada para prevenir complicaciones. A veces, los profesionales tienden a minimizar la inmadurez de estos RN y se utilizan enfoques alentadores de la lactancia al igual que se aplican a los RNT, como la insistencia en la lactancia exclusiva, sin contemplar sus necesidades individuales. Sin embargo, la evidencia y la experiencia clínica indican que los prematuros tardíos y sus madres tienen factores de riesgo que afectan el establecimiento de la lactancia exitosa y son especialmente susceptibles a requerir una ayuda temporal (*Tabla 3*).¹²

Tabla 3. Problemas durante la lactancia de RN prematuros tardíos

- Dificultades en la preñida
- Presión intraoral insuficiente
- RN somnoliento, que no demanda comer
- Retraso en la bajada de leche por estímulo escaso
- Abatimiento materno por RN poco reactivo

Es necesario que enfermería conozca las intenciones de la madre sobre la lactancia, así como sus experiencias y nivel de conocimiento, para brindar atención y asesoramiento para amamantar y educación sobre los beneficios. Es muy importante la valoración de cada alimentación; algunos de los signos a evaluar son la succión efectiva, la deglución audible, la ingesta de leche y el vaciado de las mamas. Los padres deben identificar que, al inicio de la lactancia, el RN debe estar activo. En la medida que adquiera habilidades mayores, contribuirá al aumento del volumen de leche obtenido. Se deben aclarar las dudas para disminuir la ansiedad materna, ya que estos RN presentan frecuentemente patrones irregulares en su alimentación. El control de peso diario permite detectar una pérdida excesiva.

Una lactancia ineficaz, el descenso del peso de nacimiento mayor al 10% al 3° día de vida, los valores de bilirrubina en ascenso, pueden ser motivo de complementación con leche materna extraída o fórmula, en pequeños volúmenes, 5-10 ml, después de la succión al pecho. Pueden utilizarse métodos alternativos como vasito o jeringa para complementar a fines de evitar el uso de tetinas que podrían confundir al RN en su aprendizaje de la lactancia (*Tabla 4*).

En caso de que el RN sea internado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) se puede iniciar la extracción de leche materna en las primeras horas de vida y brindar asesoramiento en técnicas de extracción.¹³

Si la madre no está en condiciones de acercarse a la UCIN, el padre del niño puede llevarle mensajes e información, pero el equipo de salud tendría que acercarse a ella para comunicarle el estado del niño, escuchar sus preguntas e inquietudes.

Un miembro del equipo de salud, especialmente capacitado para el asesoramiento sobre lactancia

materna, puede tranquilizar a la madre por esas horas de recuperación que no afectarán su lactancia, y comenzar el proceso de asesoramiento, estimulación con bombas manuales, gradualmente, apenas sea posible, hasta que la madre se pueda desplazar a la Unidad.

En los pasos de la Iniciativa hospital amigo de la madre y el niño (IHAMN), impulsada en el país por OMS, UNICEF y el Ministerio de Salud de la Nación, se resumen las condiciones necesarias para que una institución promueva una política de apoyo a la lactancia materna (Tabla 5).¹⁴

Tabla 4. Intervenciones de enfermería en apoyo a la lactancia

- Iniciar y facilitar el contacto piel a piel y la lactancia precoz en la sala de partos, proporcionando apoyo y contención.
- Comunicar a la familia las características de inmadurez del RN.
- Informar a los padres sobre la importancia y las propiedades del calostro.
- Observar las mamas y la integridad de los pezones. Realizar educación a la madre en el caso de tener pezones planos o invertidos.
- Educar sobre las diferentes posiciones para amamantar y fomentar la rotación de posturas para realizar un vaciado parejo de la mama.
- Valorar la conducta del RN y la eficacia de la prendida.
- Brindar educación oportuna sobre la bajada de la leche y la congestión mamaria.
- Enseñar a la madre a reconocer las señales de una transferencia adecuada de leche durante el amamantamiento. El RN deberá comer al menos unas 8 veces al día.
- Explicar a los padres las características de la orina y de las deposiciones como muestra de una ingesta adecuada.
- Enseñar y facilitar la extracción y almacenamiento de leche materna, ya sea para alimentar por sonda en la UCIN o para complementar después del pecho.
- Planificar un control precoz del RN al alta.

Tabla 5. Los 10 pasos para la lactancia materna eficaz. Iniciativa hospital amigo de la madre y el niño (IHAMN)

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia materna que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de la salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia materna y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al alumbramiento.
5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.
7. Facilitar la cohabitación de las madres y los lactantes durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia materna a libre demanda.
9. No dar a los niños alimentados al pecho, tetinas o chupetes artificiales.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica.

Dificultad cardiorrespiratoria

Este grupo de prematuros tiene el doble de riesgo de presentar apnea y síndrome de muerte súbita. La predisposición a la apnea se produce debido a una mayor susceptibilidad a la depresión respiratoria hipóxica, la disminución de la quimiosensibilidad central al dióxido de carbono, a los receptores inmaduros de sustancias irritantes del pulmón. El aumento de la inhibición respiratoria en respuesta a la estimulación laríngea, el menor tono muscular dilatador de las vías respiratorias altas y la propia inmadurez del sistema nervioso central colabora a la presencia de patología respiratoria.

La función cardiovascular inmadura también puede complicar la recuperación del neonato pretérmino tardío con dificultad respiratoria, por el cierre tardío del ductus arterial y la hipertensión pulmonar persistente.^{7,15}

Cuidados de enfermería

Realizar la valoración cardiorrespiratoria sistemática en cada control clínico del RN, teniendo en cuenta los signos de insuficiencia respiratoria que incluyen: quejido espiratorio, cianosis, aleteo nasal, retracción sub- e intercostal y taquipnea. En este grupo de riesgo suele presentarse también la hipotermia y la hipoglucemia, como antesala de la apnea. En muchos casos estos RN se encuentran en internación conjunta con sus padres, por lo que la educación de enfermería es fundamental para contenerlos y hacerlos partícipes de los cuidados y reconocimiento de los signos de alarma.

Hiperbilirrubinemia

La hiperbilirrubinemia es una de las complicaciones más frecuentes en este grupo poblacional debido a su inmadurez en general, y en las vías de conjugación de bilirrubina, por lo que son más propensos a llegar a concentraciones elevadas de bilirrubina indirecta.

Desde la década del 90 se vienen reportando que estos factores han llevado al resurgimiento de la encefalopatía bilirrubínica en neonatos aparentemente sanos al egreso, así como al incremento de las rehospitalizaciones por causas que pueden amenazar la vida, como deshidratación aguda, hipoglucemia, convulsiones y apneas.

La dificultad en la alimentación o la disminución de aportes pueden conducir a un retraso en la

recirculación enterohepática de la bilirrubina, cuya consecuencia es el aumento de su nivel (*Tabla 6*).

Frente a un mismo valor de bilirrubina (dentro de la zona de riesgo, según el nomograma de Buthani),¹⁶ el riesgo de daño cerebral producido por la bilirrubina va a ser mayor en el prematuro tardío que en el RNT, debido a la relativa inmadurez de la barrera hematoencefálica.¹⁶

El nivel máximo de bilirrubina se produce entre los 5 y 7 días de vida. El control clínico post-alta precoz es de vital importancia, ya que la bilirrubina puede estar dentro de los valores normales al momento del alta.

El principal factor que agrava la ictericia, además de la prematuridad, es la escasez de aporte de leche materna, por lo que una prevención y manejo adecuado de ésta, con complemento según sea necesario, puede evitar la reinternación.¹⁷

Tabla 6. Factores que predisponen a la hiperbilirrubinemia neonatal

- Mayor número de eritrocitos
- Menor supervivencia del glóbulo rojo
- Eritrocitos envejecidos en proceso de destrucción
- Ingesta oral disminuida y escasa flora intestinal (mayor circulación entero-hepática)
- Insuficiente funcionalidad hepática
- Presencia de sangrado y hematomas
- Antecedentes de hermanos con hiperbilirrubinemia
- Madre sensibilizada, incompatibilidad sanguínea, Coombs +
- Raza asiática
- Alta precoz hospitalaria
- Sexo masculino

Cuidados de enfermería

Los cuidados de enfermería deben centrarse, inicialmente, en hacer un reconocimiento minucioso de los antecedentes prenatales y neonatales, comenzando por el grupo y factor sanguíneo materno y del RN.

La Academia Americana de Pediatría (AAP), recomienda la complementación de la alimentación y mantener la lactancia en RN durante el tratamiento de la ictericia.¹⁸

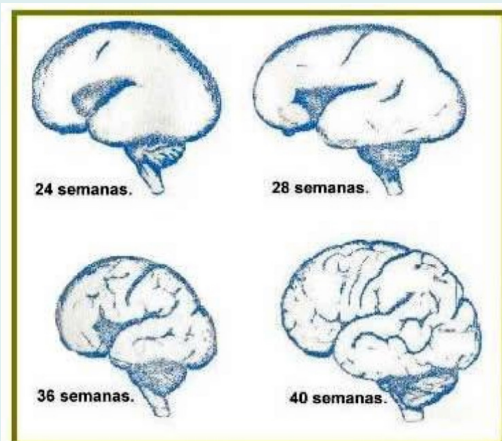
Es competencia de enfermería el alertar sobre la necesidad de controlar la bilirrubina, si es posible, por determinación transcutánea en forma rutinaria, que si bien facilita el manejo, no reemplaza la extracción de una muestra de sangre frente a la clínica de hiperbilirrubinemia.

Se debe proporcionar a los padres información verbal y escrita acerca de la evolución de la ictericia del RN, la importancia del control pediátrico precoz, de mantener una adecuada hidratación y de consultar en forma inmediata si el RN no puede alimentarse adecuadamente.

NEURODESARROLLO

El desarrollo del cerebro avanza desde la vida fetal hasta la infancia. El cerebro del recién nacido tardío, (Figura 3) presenta menor tamaño y están menos mielinizado. Las posibles complicaciones del parto prematuro y de las agresiones del medio ambiente, pueden contribuir a futuras alteraciones conductuales, cognitivas y socioeducativas.

Figura 3. Comparación entre el tamaño y la cantidad de circunvoluciones según la edad gestacional



El plegamiento de la corteza cerebral humana es paulatino durante el desarrollo intrauterino y se acompaña de un proceso de diferenciación y especialización celular.

Fuente: Internet.

Luego de la segunda mitad de la gestación el cerebro continúa su desarrollo, al principio de manera lenta y luego a mayor velocidad. A las 34 semanas el peso del cerebro es de solo el 60% del que presenta un RN entre las 39 y 41 semanas y su volumen aumenta cinco veces más.¹⁹

La morbilidad asociada a esta área, se observan a futuro en el retraso de los logros a nivel motor, cognitivo y conductual, mostrando una relación inversamente proporcional a su edad gestacional.²⁰

En 2016, Wong y colaboradores realizaron una revisión sistemática de 24 estudios (n = 3133 niños) a fines de revisar la evidencia de la validez predictiva de pruebas de evaluación del desarrollo, entre las edades de 1 y 3 años, para déficit cognitivo en edad escolar en niños nacidos prematuros. Concluyeron que la evaluación temprana del desarrollo tiene importancia en el valor predictivo del déficit cognitivo en la escolaridad.²¹

La evidencia disponible refiere que la leche materna es un estimulante beneficioso para la maduración cerebral de los prematuros tardíos, especialmente en la fase de mielinización en que se encuentran. Las dificultades que frecuentemente contribuyen a que estos RN fracasen en la lactancia exclusiva o el mantenimiento de la lactancia mixta son la presión de succión débil al pecho materno y la regulación inmadura del sueño y la vigilia que los pone en riesgo de consumo insuficiente de leche durante la lactancia privando de estos beneficios a largo plazo a esta población.^{13,22}

En 2016, Demestre y Schonhaut realizaron un estudio comparativo del desarrollo psicomotor entre RNT y RN prematuros tardíos a los 4 años de edad. Encontraron una mayor prevalencia de déficit en el desarrollo en los pretérmino, lo que justifica considerar a esta población de riesgo y establecer programas de seguimiento eficientes.²³

A pesar de la evidencia existente, que los prematuros tardíos presentan un riesgo aumentado de padecer trastornos del aprendizaje, no hay un acuerdo general sobre cuál es el impacto real que estos trastornos tienen sobre la calidad de vida y los resultados escolares. Chan y col., coinciden en la posibilidad que exista un impacto en la salud, el bienestar mental y el estatus socioeconómico futuro de estos sujetos, apoyando la recomendación que los prematuros tardíos deben vigilarse de forma más exhaustiva.^{24,25}

Cuidados de enfermería

El cuidado de enfermería más completo, de bajo costo y de alto impacto en el RN, se puede comenzar desde la sala de partos. Es el contacto piel con piel (COPAP). Ésta constituye una técnica eficaz que permite cubrir las necesidades del RN en materia de calor, lactancia materna, protección neuronal e inmunológica, organización y seguridad.

Riesgo infeccioso

Los prematuros tardíos presentan mayor riesgo de padecer infecciones antes de las 37 semanas de edad gestacional. Muchas de estas infecciones son las causales del nacimiento prematuro y frecuentemente, se desconoce si la gestante es portadora de estreptococo del grupo B, por no haberse realizado la pesquisa en gestaciones de 35- 36 semanas.²⁶

Cuidados de enfermería

Los RN prematuros tardíos luego del nacimiento pueden ser trasladados a la internación conjunta o a la UCIN, según su peso, estado clínico y adaptación al medio extrauterino. Enfermería debe tener presente los antecedentes perinatales y estar alerta a los signos que pueden indicar infección, tales como rechazo a la alimentación, vómitos, distensión abdominal, irritabilidad, temblores, hipertermia, hipotermia, relleno capilar lento, palidez, cianosis, periodos de apnea, respiración irregular, entre otros. Los RN productos de embarazos que cursaron con corioamnionitis, o con madres febriles, también presentan mayor riesgo y se recomienda valorar su hemograma y plaquetas, por laboratorio.⁷

En el caso de que estos RN se encuentren en internación conjunta, el personal de enfermería debe estar atento a la observación y/o comunicación de los padres sobre estos posibles síntomas.

La educación sobre la importancia de un adecuado lavado de manos es fundamental para la prevención de las infecciones. Esta es una medida de bajo costo y de gran impacto en materia de salud.

Consideraciones al alta

Los prematuros tardíos tienen mayor riesgo de reingreso a la institución sanitaria luego del alta. El equipo de salud que se encarga del cuidado de estos pacientes, necesita conocer las complicaciones asociadas a su prematuridad y saber proveer los cuidados necesarios.

Previo al alta hospitalaria es fundamental la concientización y preparación de los padres, ya que ellos deben tener pleno conocimiento de que su hijo posee un riesgo aumentado de padecer hiperbilirrubinemia, dificultades en la alimentación y deshidratación. La educación debe estar centrada en desarrollar y potenciar las habilidades de los padres para reconocer estos problemas.²⁶

Los criterios de alta de los prematuros tardíos incluyen valoraciones de la madurez fisiológica, alimenticia, termorregulación, instrucción materna y las intervenciones planeadas por el equipo médico. Algunas de ellas son:

- Conocer con certeza la edad gestacional para poder prevenir posibles complicaciones.
- La permanencia en la institución dependerá de las capacidades alcanzadas del RN en cuestiones de termorregulación, alimentación, capacidad de los padres para cuidarlo en el hogar.
- Establecer antes del alta las visitas para el seguimiento dentro de las 24-48 h, en la misma institución del nacimiento, o bien garantizar un turno en un centro de salud cercano a la casa de la familia. Pueden estar indicadas visitas adicionales hasta que se demuestre el establecimiento y el mantenimiento de un patrón de aumento ponderal.
- Es necesario asegurarse que los padres puedan desplazarse hasta el lugar de control indicado. Evaluar la posibilidad económica que presentan para enfrentar costos de pasajes y traslado.
- El RN debe presentar suficiencia cardiorrespiratoria y termorregulación adecuada en un ambiente con temperatura aproximada de 24 °C.
- Una alimentación adecuada favorecerá en gran parte el éxito de que el RN permanezca en el hogar, ya sea con lactancia exclusiva, lactancia más complementación con leche materna extraída o directamente con biberón de fórmula. Debe presentar buena tolerancia gastrointestinal y peso estable o en aumento.
- Establecer un plan de alimentación que la familia logre comprender y sean capaces de llevar a cabo.
- Determinar riesgos de padecer hiperbilirrubinemia grave. Se recomienda en esta población, en especial si están con lactancia materna exclusiva, la realización de una determinación de bilirrubina total antes del alta.

- El neonato debe presentar diuresis y deposiciones normales, y que los padres sepan valorarlas a fines de comprobar si la alimentación es suficiente.
- Realizar el cribado de oximetría de pulso para la detección de cardiopatías congénitas antes del alta al domicilio.
- El RN debe recibir la primera dosis de vacuna contra la hepatitis B y BCG con información oportuna sobre la importancia de las vacunas.
- Brindar la información necesaria sobre la disminución del riesgo de muerte súbita y el sueño seguro.
- Evaluar los factores ambientales, familiares y sociales de riesgo. Se debe retrasar el alta del neonato hasta que se implemente un plan que proteja al RN.^{26,27}

Seguimiento a largo plazo

La inmadurez del cerebro puede ser la principal justificación del seguimiento a largo plazo, con impacto notable en la morbilidad futura. Pueden surgir problemas como retraso o discapacidad en el neurodesarrollo en la etapa preescolar, parálisis cerebral, retraso mental, discapacidad intelectual, esquizofrenia, trastornos del desarrollo psicológico y la conducta.²³

CONCLUSIONES

Hay consenso en la comunidad científica sobre el gran impacto que significa a corto y largo plazo, el nacimiento prematuro en las semanas 34, 35, y 36 de gestación. Una de las causas principales del aumento de los prematuros tardíos en los últimos años, se relaciona con prácticas médicas obstétricas, tales como la fertilización asistida, la inducción del parto y el aumento de cesáreas.²⁸

Algunos de los nacimientos de prematuros tardíos se consideran, entonces, un factor evitable, con un cambio en las prácticas médicas; su reducción no depende de enfermería. Sin embargo, puede afirmarse que, desde la gestión de servicios de salud materno-infantil, enfermería puede contribuir, en consenso con los otros miembros del equipo de salud, para cambiar esta realidad.

Debido a que estos RN son inmaduros desde el punto de vista fisiológico y metabólico, tienen una capacidad de respuesta y adaptación limitada frente a los cambios que surgen en la vida extrauterina en comparación con los recién nacidos de término. Esto implica un aumento de los costos de salud y mayor número de ingresos en las unidades de cuidados intensivos neonatales.

Dada esta nueva realidad que involucra a todo el equipo de salud, es menester establecer estrategias para garantizar un cuidado de calidad y pensando en el futuro de este nuevo grupo.

Una estrategia que resulta de gran importancia, es asegurar el seguimiento de cada uno de ellos de manera sencilla, accesible a todas las familias, en centros de salud cercanos a sus hogares. Es fundamental que se coordine el adecuado seguimiento con atención primaria para las consultas pediátricas e interconsultas con los demás especialistas con el objetivo de prevenir mayores dificultades en el desarrollo.

La gestión de los recursos humanos, especialmente calificados, y tecnologías sólidas y confiables para cuidar a estos RN permite actuar de manera anticipada ante la presencia de posibles complicaciones para garantizar intervenciones oportunas, de calidad y evitar la separación del binomio madre-hijo.

Trabajar para brindar una atención perinatal de calidad y un seguimiento de los resultados a largo plazo con un concepto de equidad y universalidad, accesible a todos, es una tarea fundamental.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Nacidos Demasiado Pronto: Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros. 2012. [Acceso: 14/01/2018]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/born_too_soon/es/
2. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Estadísticas vitales. Información básica Argentina - Año 2015. ISSN: 1668-9054. Serie 5 N° 59, cuadro 7, pág. 50. Buenos Aires, diciembre de 2016. [Acceso: 09/03/2018]. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/12/Serie5Numero59.pdf>

3. Organización Panamericana de la Salud. Llamam a disminuir el creciente número de cesáreas innecesarias. Buenos Aires, 18 de mayo de 2016. [Acceso: 11/01/18]. Disponible en: http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=10001:llaman-a-disminuir-el-creciente-numero-de-cesareas-innecesarias&Itemid=287
4. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Abril de 2015, WHO/RHR/15.02. [Acceso: 11/01/18]. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?ua=1
5. Vohr B. Long-term outcomes of moderately preterm, late preterm and early term infants. *Clin Perinatol* 2013; 40(4):739-51.
6. Chan E, Quigley MA. School performance at age 7 years in late preterm and early term birth: a cohort study. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2014; 99(6):F451–F457.
7. Engle WA, Tomashek KM, Wallman C; Committee on Fetus and Newborn. American Academy of Pediatrics. "Late-Preterm" Infants: a population at risk. *Pediatrics*. 2007 Dec;120(6):1390-401. Review. Erratum in: *Pediatrics* 2008; 121(2):451.
8. Ho HT, Yeung WK, Young BW. Evaluation of «point of care» devices in the measurement of low blood glucose in neonatal practice. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2004; 89(4):F356-9.
9. Rozance PJ, Hay WW. Hypoglycemia in newborn infants: features associated with adverse outcomes. *Biol Neonate* 2006; 90(2):74-86.
10. Cornblath M, Hawdon JM, Williams AF, et al. Controversies regarding definition of neonatal hypoglycemia: suggested operational thresholds. *Pediatrics* 2000; 105(5):1141-5.
11. Adamkin, D. Committee on fetus and newborn. Clinical Report—Postnatal Glucose Homeostasis in Late Preterm and Term Infants. *Pediatrics* 2011; 127(3):575-579.
12. Dosani A, Hemraj J, Premji SS, et al. Breastfeeding the late preterm infant: experiences of mothers and perceptions of public health nurses. *Int Breastfeed J* 2017; 12:23.
13. Meier P, Patel AL, Wright K, et al. Management of breastfeeding during and after the maternity hospitalization for late preterm infants. *Clin Perinatol* 2013; 40(4):689-705.
14. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Ministerio de Salud de la Nación, Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS). Lactancia, promoción y apoyo en un hospital amigo de la madre y el niño, diciembre de 2013, pág. 17.[Acceso: 14/01/18]. Disponible en: www.unicef.org/argentina/spanish/salud_lactancia_2014.pdf.
15. Merchant JR, Worwa C, Porter S, et al. Respiratory instability of term and near-term healthy newborn infants in car safety seats. *Pediatrics* 2001; 108(3)2.
16. Bhutani VK, Maisels MJ, Stark AR, et al. Management of jaundice and prevention of severe neonatal hyperbilirubinemia in infants > or = 35 weeks gestation. *Neonatology* 2008; 94(1):63-7.
17. Radtke JV. The paradox of breastfeeding-associated morbidity among late preterm infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2011; 40(1):9-24.
18. American Academy of Pediatrics. Policy Statement. Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics* 2012; 129(3):e827-841.
19. Vorh B. Long-term outcomes of moderately preterm, late preterm and early term infants. *Clin Perinatol* 2013; 40(4):739-51.
20. Petrini JR, Dias T, McCormick MC, et al. Increased risk of adverse neurological development for late preterm infants. *J Pediatr* 2009; 154(2):169-76.
21. Wong HS, Santhakumaran S, Cowan FM, et al. Developmental assessments in preterm children: a meta-analysis. *Pediatrics* 2016; 138(2). pii: e20160251.
22. Quigley MA, Hockley C, Carson C, et al. Breastfeeding is associated with improved child cognitive development: a population-based cohort study. *J Pediatr* 2012; 160(1):25-32.

23. Demestre X, Schonhaut L, Morillas J, et al. Riesgo de déficits en el desarrollo en los prematuros tardíos: evaluación a los 48 meses mediante el Ages & Stages Questionnaires®. *An Pediatr (Barc)* 2016; 84(1):39-45.
24. Chan E, Leong P, Malouf R, et al. Resultados cognitivos y escolares a largo plazo de partos prematuros tardíos y prematuros: una revisión sistemática. *Niño: cuidado, salud y desarrollo*. 2016;42(3):297 - 312. [Acceso: 14/01/18]. Disponible en: <https://translate.google.com/translate?depth=1&hl=es&prev=search&rurl=translate.google.com.ar&sl=en&sp=nmt4&u=http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/cch.12320/full#footer-citin>
25. Chan E, Leong P, Malouf R, et al. Long-term cognitive and school outcomes of late-preterm and early-term births: a systematic review. *Child Care Health Dev* 2016; 42(3):297-312.
26. Galarza P, Callejo R, Lomuto C, et. al. Recomendaciones para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección neonatal precoz por estreptococo B hemolítico del grupo B (EGB). Ministerio de Salud de la Nación. 2004. Buenos Aires. [Acceso: 14/01/18]. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000318cnt-consenso-estreptococo-B-hemolitico.pdf>
27. Romero-Maldonado S, Arroyo-Cabrales L, Rocely Reyna-Ríos E. Consenso prematuro tardío. *Perinatología y Reproducción Humana*. Abril-Junio, 2010;24(2):124-130. [Acceso: 14/01/18]. Disponible en <https://es.scribd.com/document/133952127/Consenso-prematuro-tardio>
28. Ceriani Cernadas José M. Prematuros tardíos, un creciente desafío a corto y largo plazo. Editorial. *Arch Argent Pediatr* 2015; 113(6):482-4.