

## SEGUIMIENTO AL ALTA DE LOS RECIÉN NACIDOS DE RIESGO RESPIRATORIO

Izquierdo Macián MI, Galbis Juan MJ, Tronchoni Belda ML, Fernández Gilino C, López Andreu JA, Cortell Aznar I, Morcillo Sopena F.  
Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Debido a las diferentes manifestaciones y grados de severidad, el seguimiento y tratamiento de los RN con riesgo respiratorio debe ser individualizado.

Previo al alta hospitalaria debe realizarse una planificación de seguimiento multidisciplinar que incluya a neonatólogos y otras subespecialidades pediátricas: neumología, cardiología, oftalmología, neurología y otras en función de la patología y complicaciones acompañantes, además de fisioterapeutas, nutricionistas, asistentes sociales y representantes de equipos de terapia domiciliaria.

### Programa de seguimiento respiratorio en nuestro centro:

- Un mes tras el alta, 6, 9, 12, 18 y 24 meses, 4 y 6 años ( espirometría forzada).
- En los controles se realiza evaluación clínica, somatometría, pulsioximetría, pruebas de función respiratoria al menos en tres ocasiones durante los primeros 2 años. Radiografía de tórax si existe patología en la última y electivamente gammagrafía pulmonar. Para las pruebas funcionales se utiliza un equipo móvil ( Sensor Medics 2600, Yorba Linda, CA, Estados Unidos), determina la curva flujo –volumen corriente, distensibilidad, resistencia y capacidad funcional residual.

Con la medición secuencial de la función pulmonar en prematuros con Displasia Broncopulmonar (DBP) durante los dos primeros años de vida, hemos objetivado una progresiva normalización de los parámetros estudiados. La FRC y distensibilidad están disminuidas y la resistencia aumentada en la fase aguda de la enfermedad. Entre los 6 meses (FRC) y 1-3 años ( Crs,Rrs) se normalizan. Los parámetros indicativos de obstrucción al flujo aéreo (tPEF/tE, Vmax FRC) suelen persistir alterados a los 2 años, con evolución a la resolución de la obstrucción durante la pubertad temprana y adolescencia media.

*Control de las infecciones respiratorias:* inicio del calendario vacunal a los dos meses de edad postnatal. Se recomienda la profilaxis del VRS con anticuerpos monoclonales humanizados ( Palivizumab®)

En los recién nacidos prematuros, las complicaciones respiratorias son las más frecuentes, siendo la DBP la que más condiciona al alta el seguimiento en la consulta de Neumología.

Realizamos un Estudio retrospectivo de 63 prematuros menores de 1500 gr. con patología respiratoria. Nacidos en los años 2002 y 2003. Valoramos los factores implicados en la evolución respiratoria durante el periodo neonatal y el seguimiento de los prematuros con DBP en la consulta de neumología hasta los dos años.

## RESULTADOS:

GRUPO	Nº 63	VARONES	EGsem	PN gr.	SEPSIS	DAP	VMC (días)	VAFO	O2 (días)	CPAP-n (días)
DBP	31	19/31 ( 61% )	26,7 (±2,1)	821 (±245)	26/31 (83,8%)	21/31 (68%)	32,3 (±21,6)	12/31 (38,7%)	65 (±26,7)	12 (10-45)
Riesgo Respiratorio	32	22/32 ( 68,8%)	28.1 (±2,3)	1027 (±256)	18/32 (56%)	10/32 (31%)	7,4 (±9,2)	3/32 (9,3%)	12,47 (±15)	10,3 (0-37)
S.estadística P<0.05		----	P<0,021	P<0,002	P<0,027	P<0,006	P<0,005	P<0,008	P<0,005	----

EG: Edad gestacional. PN: Peso al nacimiento. DAP: ductus arterioso persistente. VMC: Ventilación mecánica convencional. VAFO: ventilación de alta frecuencia oscilatoria

La DBP se clasificó como Severa 1 caso (4%), Moderada 15 casos (48%) y Leve 15 casos (48%). Precisaron oxígeno y monitorización domiciliaria: 1 al mes, 3 a los 6 m y 1 a los 18m. La prueba de función respiratoria, pasó de ser patológica (patrón obstructivo) en 15 a 1m, a 7 a los 24m, con mejoría progresiva. La necesidad de Broncodilatadores (BDI) y Corticoides Inhalados (CCI) fue intermitente y decreciente, 3 y 2 a los 24m, respectivamente. Los ingresos, por Bronquiolitis, fueron entre 1 y 3 en cada revisión, en época epidémica. El 80.6% recibió profilaxis del VRS con Ac monoclonales.

CONCLUSIÓN: Aunque las complicaciones respiratorias en prematuros son frecuentes y severas, la evolución a medio plazo es favorable. Muy pocos se van de alta con oxígeno y monitorización domiciliaria (8%), mejora progresivamente el patrón obstructivo de la función respiratoria y disminuye la necesidad, que es intermitente, de BDI y CCI, con pocos reingresos.

## BIBLIOGRAFÍA.

- Izquierdo Macián I. López Andreu JA, Cortell Aznar I. Morcillo Sopena F." Tratamiento domiciliario de los pacientes con displasia Broncopulmonar"An Pediatr ( Barc). 2006;64 (Supl1): 36-45
- Greenough A, Dimitriou G, Ravindra Y. Bhat, Broughton S, Hannam S, Gerrard F. Rafferty Jaana A, Leipala. Volúmenes pulmonares en niños con leve a moderada displasia broncopulmonar. Eur J Pediatr. 2005;164:583-6
- Eduardo Bancalari, Deanne Wilson-Costello, Sabine C. Iben. Management of infants with bronchopulmonary dysplasia in North America. Early Human Development. 2005Feb;81(2):171-9
- Palomino M<sup>a</sup> A, Morgues M, Martínez F. Management of infants with bronchopulmonary dysplasia in Chile. Early Human Development. 2005Feb;81(2):143-9