

Reanimación del recién nacido de extremadamente bajo peso

JM. Rodríguez-Miguélez, J. Figueras, F. Botet, D. Salvia, X. Carbonell
*Institut de Ginecologia, Obstetricia y Neonatologia. Hospital Clinic. Agrupación
Sanitaria HC -HSJD. Barcelona*

Las últimas recomendaciones de la International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) de finales del año 2005 introducen aspectos muy importantes sobre la estrategia de reanimación del gran prematuro. Muy probablemente, en la revisión que se hará presumiblemente en el año 2010, estas recomendaciones sean más concretas, gracias a los relevantes estudios que están llevando a cabo diferentes grupos de trabajo, incluido el Grupo de Reanimación Neonatal de la Sociedad Española de Neonatología.

Los límites para la reanimación constituyen uno de los grandes debates de la neonatología. Para tomar la decisión es vital el conocimiento de los resultados de cada hospital y la opinión de la familia, tras explicarles muy claramente los riesgos y las expectativas vitales de su futuro hijo. Desde el punto de vista ético es aceptable en nuestro medio no reanimar a los RNEBP ≤ 23 semanas ó ≤ 400 g, salvo si tienen una vitalidad extrema inmediata o un crecimiento intrauterino retardado.

Actualmente en la mayoría de Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) nuestros prematuros se someten a estrictos cuidados de manipulación, control de temperatura y del soporte respiratorio que reciben, con monitorización de presiones, volúmenes y concentraciones de oxígeno. Estas atenciones tan meticulosas muchas veces contrastan con las que se les han proporcionado en el mismo hospital, en los primeros minutos de vida, en la Sala de Partos y en el transporte hasta la incubadora de la UCIN. Con los conocimientos que existen actualmente creemos que no se deben seguir reanimando los RNEBP con las mismas pautas de la pasada década, ya que el manejo en los primeros minutos de vida pueden ser determinantes en el pronóstico final, como lo apoyan diferentes trabajos de los últimos años, tanto en experimentación animal como en humanos.

Parece existir consenso en una serie de aspectos que son importantes en la reanimación de este grupo de pacientes y que pueden condicionar su evolución posterior:

- El transporte intraútero, que garantiza al RNEBP ser reanimado por personal experto y le evita el transporte a otro centro que disponga de UCIN, con la mayor morbimortalidad que ello conlleva.
- La importancia de la prevención de la hipotermia, mediante una serie de medidas ambientales sencillas y el uso de bolsas de polietileno.
- Un manejo ventilatorio precoz y adecuado, evitando tanto la lesiones pulmonares por exceso de presión y volumen, especialmente por este último ("volutrauma"), como las producidas por

colapso (“atelectrauma”). La ventilación con bolsa y mascarilla no proporciona estos cuidados y debería ser desplazada por sistemas que permitan conocer, al menos, las presiones que se están empleando y que mantengan una presión positiva al final de la espiración.

- Evitar la hiperoxia, como otro de los factores claves en la morbilidad del prematuro, mediante controles de pulsioximetría y disponibilidad en Sala de Partos de mezcladores de oxígeno o tomas de oxígeno y de aire medicinal, para hacer las mezclas pertinentes que permitan elegir y modificar rápidamente la FiO_2 que se está proporcionando.

- Minimizar la intubación endotraqueal. Aunque todavía hay controversias en este aspecto, parece que incluso en los más inmaduros debe reservarse la intubación endotraqueal para los que realmente la necesitan, incluyendo en estos RBEBP la administración de surfactante lo más precozmente posible.

En esta ponencia se presenta el protocolo de reanimación del RNEBP en sala de partos, que está operativo asistencialmente en nuestro hospital desde hace casi 7 años (enero de 2001). En él se emplea la reanimación mediante ventilación con mascarilla, con presiones controladas por respirador (VPPI+PEEP) y el control de la pulsioximetría. Se aplica a todos los prematuros con edad gestacional inferior o igual a 31 semanas, si bien se presentan los resultados del grupo de menores de 1.000 g.

BIBLIOGRAFÍA

- 2005 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. Part 7: Neonatal resuscitation. Resuscitation 2005; 67, 293-303.

- Thió Lluch M, Iriondo Sanz M. El recién nacido de muy bajo peso. En Manual de Reanimación Neonatal SEN. 1ª ed. Ergon. Madrid, 2006.

- Morley C, Davis P, Doyle L, Brion L, Hascoet J, Carlin J, for the COIN trial Collaborators. Nasal CPAP or ventilation for very preterm infants at birth. A randomised control trial - The COIN Trial. Hot Topics in Neonatology. Washington DC, December 2006.