

"HIPOTERMIA TERAPÉUTICA ANTE LA ENCEFALOPATÍA HIPÓXICO-ISQUÉMICA NEONATAL"

MELLADO BARROSO, PILAR

JUSTIFICACIÓN: La encefalopatía hipóxico-isquémica es una patología con una incidencia de 1-2/1000 en recién nacidos a término y representa una importante causa de morbi-mortalidad en el niño.

CONTEXTO SANITARIO: En los últimos años se han realizado múltiples investigaciones sobre terapias específicas para el cerebro, destinadas a bloquear o atenuar los efectos de la hipoxia/isquemia. La hipotermia moderada ha sido la única de demostrada efectividad en el momento actual.

OBJETIVOS:

1. Crear un protocolo de actuación de Enfermería en unidades neonatales de tercer nivel en casos de encefalopatía hipóxico-isquémica.
2. Reducir la morbi-mortalidad en supervivientes asociada a encefalopatía hipóxico-isquémica moderada o grave.

MATERIAL: Cuna térmica, colchón térmico, sonda rectal con medición de la temperatura, pulsioxímetro, monitor (TA, FC, PVC), catéter venoso umbilical (kit para canalizar acceso venoso umbilical), fluidoterapia, kit nutrición parenteral, kit extracción de analíticas.

TÉCNICA: Nos centraremos en los cuidados de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, en el manejo del paciente desde todas las perspectivas. La mayoría de los estudios indican que el máximo beneficio de la hipotermia ocurre cuando el tratamiento comienza en las primeras 6 horas después del episodio hipóxico-isquémico, por lo que los cuidados que expongo a continuación se iniciarán durante dicho periodo.

- **Manejo de la temperatura:** 1ª fase de enfriamiento, 2ª fase de hipotermia (72 h) y 3ª fase de recalentamiento (8-10 h). Monitorización continua con sonda recta con medición de temperatura (33-34 grados en fase de hipotermia).
- **Manejo respiratorio:** La hipotermia no modifica la modalidad respiratoria. Mantener PCO₂ en 40-50 mmhg. Pulsioximetría continua: normoxia 90-94% con PO₂ 60-90 mmhg.
- **Manejo de las secreciones y de la piel:** secreciones más espesas y riesgo de UPP: necesarios cambios porturales.
- **Manejo cardíaco y hemodinámico:** TAM >o igual a 40 mmhg. FC 100-110 lpm. Medición continua de PVC.
- **Manejo hidroelectrolítico:** Fluidoterapia inicial con restricción hídrica (40-60 ml/kg/día). **Manejo de la nutrición:** dieta absoluta o nutrición parenteral.
- **Manejo de la glucemia:** Mantener entre 70-100 mg/dl. **Manejo de la coagulación:** los tiempos de coagulación pueden disminuir; vigilar.
- **Manejo infeccioso:** el recuento de leucocitos puede disminuir. **Manejo renal:** los fármacos de excreción renal no se ven modificados por la hipotermia.

PRECAUCIONES:

- Si temperatura <33: cerrar cuna y manejar temperatura manualmente hasta que vuelva a la normalidad.
- Si temperatura >34: quitar ropa y controlar temperatura ambiente de la UCI. Si no, frío por convección con bolsas de agua fría alrededor del recién nacido.

CARACTERÍSTICAS DEL REGISTRO DEL PRODEDIMIENTO:

- Registro de T^a, PCO₂, PO₂, TAM, FC y PVC cada 15 minutos durante enfriamiento y recalentamiento y cada hora en la fase de hipotermia.
- Registro y realización de cambio postural (cada 6h), registro de glucemia (cada 3h) y registro y extracción de analítica por indicación médica.

VIABILIDAD Y APLICABILIDAD PRÁCTICA: La hipotermia terapéutica es una técnica experimental disponible en pocas unidades neonatales. Dada la magnitud del problema que representa la EHI, si en las evaluaciones económicas la hipotermia terapéutica resultara coste-efectiva, debería implementarse en unidades que se especialicen en esta línea de tratamiento. Es difícilmente extrapolable a países en vías de desarrollo.

BIBLIOGRAFÍA:

1. "Hipotermia en recién nacidos asfícticos". Antonio Jerez-Calero. U.G.C Pediatría Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada. 2011.
2. "La hipotermia terapéutica reduce la mortalidad y las secuelas neurológicas en la encefalopatía hipóxico-isquémica en el recién nacido" Puebla Molina SF, Aparicio Sánchez JL, Modesto i Alapont V. Revista Evidencias en Pediatría, Junio 2010.
3. "Enfriamiento para los recién nacidos con encefalopatía isquémica hipóxica" Jacobs S, Hunt R, Tarnow-Mordi W, Inter T, Davis P. 2008.