

# CALENTITO ESTOY MEJOR

AUTORA: GONZÁLEZ LINDE ANTONIA

## INTRODUCCIÓN

La supervivencia de los bebés con bajo peso al nacer aumenta cuando estos se mantienen bajo condiciones calientes. En el prematuro la respuesta termogénica es menor, necesitan temperaturas medioambientales elevadas, más altas cuanto menor es el peso del RNPT al nacimiento. El enfriamiento del recién nacido tras el parto puede interferir con la adaptación postnatal debido a posibles efectos metabólicos y hemodinámicos.

## OBJETIVO

Evidenciar la importancia del ambiente térmico en el recién nacido prematuro de bajo peso.

## MATERIAL Y MÉTODO

Búsqueda bibliográfica en la BVS (IBECS, LILACS), base de datos en Cochrane Plus y publicaciones científicas (SCIELO).

Palabras clave en castellano: Hipotermia en prematuros; Termorregulación en recién nacidos; Ambiente térmico neutro.

Se han seleccionado artículos entre los años 2005 - 2015.

## RESULTADOS

- **La proporción de RNMBP y/o < 30 semanas de EG que ingresan con hipotermia es elevada en nuestro medio.** El peso del recién nacido (PRN), el parto vaginal y la RCP avanzada fueron las principales variables relacionadas con la hipotermia, y esta se asoció con un mayor riesgo de HIV-MG y de mortalidad. La temperatura axilar media al ingreso fue de  $35,86 \pm 0,6^\circ\text{C}$ . En cuanto al PRN, por cada 100 gr se incrementó la temperatura  $0,037^\circ\text{C}$ . En el caso de nacimiento por vía vaginal aumentó la temperatura en  $0,217^\circ\text{C}$  respecto a los nacidos mediante cesárea. La necesidad de RCP avanzada se asocia con una disminución de  $0,207^\circ\text{C}$  de temperatura al ingreso con respecto a la de los RN que no la necesitaron. (1)
- **Los RN procedentes de quirófano, comparados con los procedentes de sala de partos, tienen un riesgo superior de presentar hipotermia.** Siendo los RN prematuros los de mayor riesgo de presentar hipotermia. El 36,1% (n=262) presentaban algún grado de hipotermia, siendo en el 8,7% (63 casos) la hipotermia franca y en 4 casos (0,6%) hipotermia severa. Siendo la hipotermia leve o estrés por frío:  $36,0-36,4^\circ\text{C}$ ; Hipotermia moderada:  $32,0-35,9^\circ\text{C}$ ; e Hipotermia severa:  $<32^\circ\text{C}$ . (2)
- **Las cubiertas o bolsas de polietileno, aplicados en la sala de partos en los primeros diez minutos después del nacimiento, mantienen a los neonatos prematuros de < 28 SG más calientes.** El polietileno permite el paso del calor radiante y reduce las pérdidas por evaporación. Los gorros tejidos no fueron efectivos para reducir las pérdidas de calor. La utilización de bolsa de polietileno en la atención inmediata de los menores de 1.000 g permitió obtener una temperatura axilar  $0,6^\circ\text{C}$  superior al ingreso a terapia intensiva. (3)(4)(1)
- **Las tasas mínimas de consumo de oxígeno en RN con muy bajo peso al nacer se producen cuando la temperatura de la piel abdominal se regula entre  $36^\circ\text{C}$  y  $37^\circ\text{C}$ .** Para alcanzar un ambiente térmico neutro, durante los primeros días de vida postnatal, se recomienda mantener una temperatura aproximada de  $36,5^\circ\text{C}$  en la piel abdominal. Ya sea mediante servocontrol o mediante ajustes manuales frecuentes de la temperatura en incubadora. (5)
- **La manipulación con acciones agrupadas en relación con el aseo corporal, repercute en la estabilidad térmica del recién nacido de extremado bajo peso (500 a 1.000 g.), durante las primeras dos semanas de vida.** Durante el aseo de los RNEBP tiene lugar un marcado descenso de la temperatura corporal, tanto central como periférica. A pesar que durante las intervenciones agrupadas la temperatura de la incubadora se incrementó casi  $3^\circ\text{C}$  por término medio. La temperatura diferencial, un indicador de estrés térmico, fue superior a  $1^\circ\text{C}$  durante más de 80 min y a  $2^\circ\text{C}$  durante más de 20 min por término medio, tanto en la primera como en la segunda semana de vida. (6)
- **Los RNPT de <1.500 g de peso con EG igual o menor a 32 semanas, manejados en un microclima de alta humedad relativa (HRA) en la incubadora (80%), tienen menos pérdidas insensibles de agua (PIA) durante las primeras 72 horas de vida,** sin aumentar sus riesgos en los primeros días. Teniendo en cuenta que por cada ml de agua evaporada a través de la piel el cuerpo de un recién nacido, puede perder aproximadamente 0.58 Kcal de calor. (7)

## CONCLUSIÓN

La termorregulación constituye uno de los aspectos fundamentales de la atención neonatal. Los cuidados específicos en técnicas de conservación de la temperatura en el RNBP, repercute en la calidad de vida de este. Durante al menos la primera semana de vida, debe suministrarse a los bebés con bajo peso al nacer, un ambiente térmico que esté cuidadosamente regulado. Esto permite al neonato mantener un balance estable de fluidos y electrolitos, hidratación corporal conservada, menor descenso de peso y disminución de la morbimortalidad.

## BIBLIOGRAFÍA

1º- Zamorano-Jiménez CA, y cols. Control térmico en el RNPT. Vol.26, nº 1-pp 43-50. (2012) febrero. Instituto Nacional de Perinatología Espinoza de los Reyes. 2º- Chattás G. Cuidados de la piel del recién nacido pretérmino. 3ª Jornada de investigación clínica en salud materno infantil. (2010) nov.. págs. 10-17. Revista de enfermería neonatal. FUNDASAMIN (UNICEF).. 3º- Hernán González L. Termorregulación en el recién nacido. Pág. 65. Neonatología Hospital Clínico Universidad de Chile.

(1) F. García-Muñoz Rodrigo, et. An Pediatr.2014;80:144-50 - Vol. 80 Núm.3 DOI: 10.1016/j.anpedi.2013.06.029. (2) Lara Rodríguez, Rosa María; et. 2009. Metas enferm;12(1):27-31, feb. 2009. graf, tab, ilus.. (3) McCall, Emma M, et. (Revisión Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus* 2010 Número 3. Oxford. (4) Moraes Castro, Mario; et. Arch. pediatr. Urug;78(2):110-114, jun. 2007. tab.

(5) Sinclair JC. *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. (Revisión Cochrane traducida). (6) Montes Bueno, T. et. An Pediatr.2005;63:5-13 - Vol. 63 Núm.1 DOI: 10.1157/13076761.. (7) Meritano, J, et. Rev. Hosp. Matern. Infant. Ramón Sarda. 27(1):11-17, 2008. tab, graf.