

**GOBIERNO
FEDERAL**



SALUD

SEDENA

SEMAR

**Guía de Referencia
Rápida**

**Manejo del
Recién Nacido Prematuro Sano
en la sala de prematuros**

**GPC
Guía de Práctica Clínica**

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **IMSS-362-10**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

GPC

Manejo del Recién Nacido Prematuro Sano en la Sala de Prematuro ISBN en trámite

DEFINICIÓN

El Recién Nacido Prematuro Sano es aquel que nace antes de la semana 37 de gestación, que por su condición de prematuro requiere manejo hospitalario especializado con la finalidad de vigilar y favorecer su crecimiento y desarrollo, así como evitar que enferme.

MANEJO AL INGRESO A SALA DE PREMATUROS

Se recomienda una vigilancia estrecha por parte del médico y la enfermera, del recién nacido prematuro desde su ingreso a las sala de prematuros con las siguientes acciones:

- Medición de signos vitales
 - Frecuencia cardíaca
 - Frecuencia respiratoria
 - Temperatura corporal

* Se recomienda se determinen por lo menos una vez por turno ó según sea necesario.

- Peso diario
 - Para realizar los cambios en el aporte de nutrientes y líquidos según el peso actual.
 - Detección oportuna del aumento o descenso anormal y dar atención oportuna

Se debe realizar una exploración física integral al momento del ingreso del recién nacido prematuro a la sala de prematuros, con la finalidad de:

- Identificar trastornos respiratorios
- Identificar trastornos metabólicos
- Identificar anormalidades genéticas
- Valorar la edad gestacional
- Determinar el estado de salud
- Tomar muestra de tamiz metabólico neonatal
- Aplicación de vitamina K

Los médicos y el personal de enfermería de cada hospital establecerán el momento del primer baño y la forma y sistema de limpieza de la piel y si pueden realizarlo los padres o el personal de enfermería.

Se recomienda baño diario con agua templada preferiblemente por la madre, asistida si es preciso por el personal de enfermería.

Secar adecuadamente el cordón umbilical, se caerá en los 5 a 15 días posteriores al nacimiento, es

importante enseñar a la madre y explicar que deberá mantener el cordón umbilical seco.

Los recién nacidos que hayan alcanzado estabilidad térmica deben ser vestidos con ropa de algodón de preferencia, sin botones y con pañal.

La ropa de la cuna o bacinete debe ser suave y de preferencia sin broches ó cierres.

Todo RN debe ser correctamente identificado desde el momento del nacimiento.

Cada hospital instaurará un sistema de garantía, de acuerdo con la normativa vigente que garantice esta identificación.

La identificación se mantendrá siempre visible durante toda su estancia en hospital.

CONTROL TÉRMINO

El análisis de la curva de temperatura del niño debe hacerse considerando el ambiente térmico real y el que teóricamente le corresponde, junto con las condiciones ambientales.

Se recomienda que los recién nacidos prematuros menores de 30 semanas de edad gestacional y/o con peso menor de 1 kg sean colocados en incubadora cerrada con humedad del 50% ó más, durante los primeros 21 días de vida.

El uso de la cuna radiante debe considerarse sólo por periodos cortos ya que es difícil mantener un ambiente de neutralidad térmica y puede haber grandes pérdidas insensibles en prematuros extremos.

Una vez estabilizada la temperatura axilar (36.5 a 36.8°C) debiera manejarse en forma manual la temperatura de la incubadora de acuerdo a las tablas de neutralidad térmica (véase anexo 1). El análisis de la curva de temperatura del niño debe hacerse considerando el ambiente térmico real y el que teóricamente le corresponde, junto con las condiciones ambientales.

NUTRICIÓN

Requerimientos Hídricos

Los requerimientos hídricos que se deben recibir los recién nacidos prematuros sanos varia de acuerdo a los días de vida postnatal durante la primera semana de vida, alcanzando al sexto día el volumen promedio que requieren los días posteriores

Días de vida	Líquidos ml/kg/día
1	70 a 80
2	80 a 90
3	90 a 100
4	100 a 120
5	120 a 140
6	140 a 160

Los recién nacidos prematuros con peso extremadamente bajo pueden necesitar mayor aporte hídrico, los requerimientos hídricos se modifican si el niño presenta alguna morbilidad.

Vitaminas

Los suplementos vitamínicos se inician cuando el niño ha establecido la alimentación enteral total, y el hierro se inicia cuando ha duplicado su peso al nacer (por lo general a los 2 meses). (Cuadro I)

Vitaminas A y D

Se recomienda administrar vitaminas A y D a los prematuros que son alimentados con leche materna sin fortificador o con sucedáneo de leche humana de pretérmino, se recomienda mantenerlas hasta que el niño alcance el peso de 2 kg (independientemente de la edad corregida), las dosis sugeridas son:

- Vitamina A 700 a 1500 UI/kg/día

Vitamina D 400 UI/día

Vitamina C

Dosis: 30mg/día durante los primeros 3 meses

Se recomienda usar la presentación que contiene vitaminas A C y D.

La suplementación con vitaminas A C y D deberá iniciar hasta que el recién nacido prematuro tenga:

- Más de una semana de vida extrauterina
- Peso \geq de 1.5 kg
- Tolerancia enteral mayor de 120 ml/Kg/ día

Dosis: 0.3 cc/día (6 gotas/día)

Se sugiere suspenderlas cuando el recién nacido prematuro alcanza peso de 2 kg.

Hierro

Se recomienda indicar a los recién nacidos prematuros sin anemia hierro profiláctico

Indicarlo a partir de las 6–8 semanas de vida extrauterina y suspenderlo hasta cumplir 12 meses de edad.

Se recomienda dosis de 2–3 mg/kg/día de hierro elemento.

El inicio de hierro antes de la semana 6 de vida postnatal en el recién nacido prematuro, deberá ser evaluada en forma individual por su médico tratante

Tipo de Alimentación

Leche materna

Se recomienda iniciar la alimentación enteral con leche materna (si no existe contraindicación) en todos los

prematuros menores de 32 semanas. En caso de no disponer de ella, se puede utilizar sucedáneo de leche humana para recién nacidos prematuros.

Se recomienda iniciar leche materna (de la propia madre) de forma inmediata, si es posible, para propiciar una lactancia materna exitosa y beneficiar al recién nacido prematuro por las propiedades ampliamente conocidas de esta.

Sucedáneo de leche humana

Cuando no se dispone de leche materna, se sugiere el uso de sucedáneos de la leche humana específicos para recién nacidos prematuros, ya que cuentan con un mayor aporte calórico-proteico así como de calcio y fósforo.

Fortificadores

En caso de contar con fortificadores de leche humana, se recomienda administrarlos en los prematuros alimentados exclusivamente con leche materna. Se deben iniciar hasta que el recién nacido tenga más de una semana de vida extrauterina y se recomienda suspenderlos cuando el niño alcance peso de 1 800 a 2000 gr o entre 40 y 44 semanas de edad gestacional corregida

Cuando se utilicen fortificadores de leche humana se recomienda iniciarlos hasta que el recién nacido tenga una tolerancia enteral de 100 ml/kg/día. Se recomienda un sobre de fortificador de 1gr por cada 25 ml de leche.

Se recomienda usar fortificadores en polvo por que permiten mejores aportes, sin diluir la leche materna.

Técnicas de Alimentación

Sonda orogástrica

Deberá elegirse el mejor método de alimentación en cada recién nacido tomando en cuenta:

¿Es posible iniciar la succión?

- Considerar la edad gestacional
- Presencia de patología

No existe diferencia significativa en el crecimiento de los recién nacidos prematuros alimentados con sonda en forma continua o en bolo, hay que considerar que el tiempo que se emplea en la alimentación en infusión continua es mucho mas largo.

El prematuro menor de 32 semanas no tiene succión coordinada, la alimentación por succión consume mucha energía por lo que es conveniente alimentarlo por sonda orogástrica. Después de las 32 semanas puede iniciarse la succión cada tres horas, siempre y cuando el prematuro sea capaz de coordinar la succión, la deglución y la respiración

Alimentación por goteo por sonda orogástrica (Gastroclisis continua)

Esta forma de alimentación puede ser mejor tolerada en RN < 750 gramos, en ventilación mecánica asistida y en aquellos con resección intestinal, durante la transición de nutrición parenteral a la alimentación enteral. El contenido intestinal es aspirado cada hora para detectar volúmenes residuales anormales. Cuando se alcanza la cantidad total de aporte enteral es recomendable cambiar por la administración en bolo.

Alimentación en Bolos

La alimentación por bolos con sonda orogástrica es el tipo de alimentación mas utilizado, generalmente el alimento es administrado en volúmenes iguales

La alimentación de la leche en bolos se recomienda en las siguientes condiciones:

- Recién nacidos con peso menor de 1500 gramos cada 2 horas
- Recién nacidos con peso menor a 2500 gramos, cada 3 horas

Recién nacidos a término, cada 3 a 4 horas

Estimulación enteral trófica

Es el aporte de pequeñas cantidades de leche por vía enteral, menos de 20 ml/kg/día.

Los datos disponibles no se pueden excluir efectos beneficiosos o perjudiciales y son insuficientes para informar la práctica clínica. Además de grandes ensayos controlados aleatorios pragmáticos son necesarios para determinar cómo la alimentación trófica temprana en comparación con el ayuno enteral afecta resultados clínicos importantes en los recién nacidos bajo peso al nacer.

Debido a que la evidencia respecto al uso de estimulación enteral trófica no es concluyente ni a favor ni en contra de su uso, se deja a juicio del medico tratante el uso o no de esta. Si se decide su uso este deberá ser de acuerdo a las recomendaciones de los autores que apoyan su uso

Succión no nutritiva

Se recomienda el uso de succión no nutritiva en los recién nacidos prematuros con edad gestacional entre 32-34 semanas, previa valoración integral por parte de su medico, con la finalidad de ayudar al recién nacido prematuro en la transición a la alimentación por succión

TRATAMIENTO PROFILÁCTICO

Enfermedad Hemorrágica del recién nacido

Se recomienda indicar en los recién nacidos prematuros sin anemia suplemento profiláctico con hierro, a partir de las 6-8 semanas de vida extrauterina y suspenderlo hasta cumplir 12 meses de edad.

Se recomienda dosis de 2-3 mg/kg/día de hierro elemento.

Conjuntivitis Neonatal

Se recomienda profilaxis con antibiótico para evitar la conjuntivitis neonatal, la aplicación debe ser lo mas cercano posible al nacimiento.

En las infecciones oculares generalmente se requiere el uso de antibióticos ante la presencia de bacterias.

Los cuales se pueden aplicar por medio de gotas y ungüentos oftálmicos

La elección del antibiótico será de acuerdo a la flora bacteriana local

En México el cloranfenicol es el antibiótico se usa con mayor frecuencia

Enfermedad Metabólica Ósea

Si el recién nacido prematuro se alimenta con:

Formula especial para prematuros

+

Lactancia materna

+

Consumen en promedio un volumen de 200ml/kg/día

No es necesario recibir aporte extra de calcio y fosforo.

Inmunizaciones

Los recién nacidos prematuros deben recibir todas las vacunas en la misma edad cronológica que los recién nacidos de término.

En recién nacidos prematuros estables la recomendación es iniciar el programa de inmunización de acuerdo al programa nacional de cada país.

En los recién nacidos prematuros las vacunas deben aplicarse en la cara anterolateral del muslo, donde existe mayor tejido muscular, también se recomienda utilizar agujas cortas.

Es importante que en los recién nacidos prematuros con bajo peso al nacer no se disminuya la dosis ni se fraccionen las vacunas.

La dosis de las vacunas debe ser igual a las empleadas en los recién nacidos de término.

Los intervalos de aplicación de los diferentes biológicos son los mismos que para el recién nacido de término.

VIGILANCIA DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Antropometría

El índice mas sensible para evaluar el estado de salud de los recién nacidos prematuro es el crecimiento somático, es un parámetro fundamental para evaluar la nutrición.

Se recomienda que durante su estancia en la sala de prematuros se evalúe:

- Peso diario

- Se espera ganancia promedio de 15 gr/kg/día
- Talla cada semana
 - Se espera crecimiento de 0.8cm a 1 cm por semana
- Perímetro cefálico cada semana
Se espera crecimiento de 0.5 a 0.8 cm por semana

No se recomienda evaluar el crecimiento postnatal de los prematuros con las curvas de crecimiento intrauterino. Se sugiere utilizar las curvas de Ehrenkranz hasta que el niño cumpla 50 semanas de edad gestacional corregida, posteriormente utilizar las curvas de crecimiento habituales para la población pediátrica (Cuadro II).

Exploración Neurológica

Para lograr el máximo objetivo de la medicina preventiva, se requiere detectar oportunamente los factores de riesgo de morbilidad neurológica para intervenir de manera temprana y adecuada, con el fin de corregirlos o limitarlos.

Se debe realizar a todos los recién nacidos prematuros sanos evaluación neurológica en la primera semana de vida, si se encuentra alteración en la exploración neurológica realizar un examen neurológico pautado y ecografía cerebral. Los pacientes con alteraciones neurológicas o ante la duda de presentar alteraciones en la exploración neurológica deben ser evaluados por un neurólogo pediatra.

El examen clínico neurológico incluye la exploración de:

- Reflejos primitivos primarios
- Tono activo y pasivo
- Comportamiento
- Atención visual
- Orientación auditiva
- Postura
- Movimientos
- Enderezamiento del tronco sagital
- Maniobra de bufanda
- Ángulo poplíteo
- Dorsiflexión
- Ángulo de los pies
- Succión
- Deglución

Monitoreo respiratorio continuo

Los recién nacidos prematuros especialmente los de bajo peso al nacer deben tener monitoreo respiratorio en cual incluye:

- Signos de dificultad respiratoria
- Frecuencia respiratoria

- Apneas
- Alteraciones de la oxigenación con oximetría o gasometría

Monitoreo cardiovascular continuo

Los recién nacidos prematuros especialmente los de bajo peso al nacer deben tener monitoreo cardiovascular el cual incluye:

- Frecuencia cardíaca
- Presión arterial

Se recomienda realizar monitoreo continuo respiratorio y cardiovascular a todos a los recién nacidos prematuros de bajo peso al nacer, los que tienen peso mayor de 2500 g de acuerdo al criterio de su medico tratante

PATOLÓGÍAS FRECUENTES EN EL RECIÉN NACIDO PREMATURO

Reflujo Gastroesofágico Fisiológico

El manejo del reflujo gastroesofágico es conservador, incluye:

- Cambios de posición (decúbito lateral izquierdo y posición prona)
- Elevación de la cabeza
- Modificación de la fórmula en caso necesario

El tratamiento en todos los casos es individualizado

Anemia

La necesidad transfusión de concentrados eritrocitarios se debe evaluar perfectamente y de ser posible evitarla con medidas de prevención.

Las indicaciones para la transfusión de concentrados eritrocitarios en recién nacidos prematuros se especifican en la tabla de criterios para transfusión. (Cuadro V)

Se deben disminuir el numero de flebotomías para toma de muestras sanguíneas

Se deben evaluar los estudios que requieran de toma de muestra sanguínea perfectamente, solo tomar los que sirven para tomar decisiones relevantes, además de verificar que solo se extraiga y el volumen mínimo indispensable, con el fin de no disminuir el volumen sanguíneo de forma temprana y aguda, lo que propicia la presencia temprana de anemia, que amerite transfusión de paquete globular.

En la actualidad aun no hay ninguna indicación absoluta para el uso de eritropoyetina en recién nacidos prematuros, debido a que no hay evidencia suficiente que indique que su administración elimina o reduce dramáticamente la necesidad de transfusión de concentrado de eritrocitos. Tampoco se tiene evidencia suficiente sobre los efectos secundarios de la eritropoyetina en los recién nacidos prematuros, no se han establecido con precisión las características de la población que la puede recibir ni se conoce con precisión el esquema terapéutico apropiado.

Retinopatía del Prematuro

Se recomienda realizar una evaluación oftalmológica entre las cuatro y seis semanas de vida a todo recién nacido prematuro:

- Menor de 32 semanas de edad gestacional

y/o

- Peso menor de 1500 gramos

La revisión se debe realizar al menos cada 15 días, hasta que la retina esté completamente vascularizada. Los recién nacidos prematuros con:

- Mas de 32 semanas de edad gestacional

y/o

- Peso mayor de 1500 g

Sólo deben ser evaluados si presentan factores de riesgo adicionales.

Enfermedad Metabólica Ósea

Se recomienda aportar una cantidad suficiente de calcio, fosforo y vitamina D a todos los recién nacidos con peso menor de 1500 gramos, para prevenir su aparición

Se recomienda medir niveles de fosfatasa alcalina sérica a los 30 días de vida, si se encuentra alteración y después de iniciado el tratamiento para su corrección cada 15 días hasta el alta ó hasta las 40 semanas de edad gestacional corregida. En el seguimiento control al mes y a los 3 meses de edad gestacional corregida. Valores de fosfatasa alcalina sérica mayores de 1000 UI/L se recomienda iniciar tratamiento, si a los 60 días es menor a 700 UI/L se suspende tratamiento. Realizar control sérico de Calcio y Fosforo cada 15 días. En los pacientes con osteopenia, control hasta los 6 meses.

Aquellos pacientes que reciben diuréticos deben tener control estricto de los niveles de fosfatasa alcalina, calcio y fosforo.

Manejo preventivo:

- Usar fórmulas especiales para prematuros que tienen la cantidad de Calcio y Fósforo con una relación adecuada 2:1
- Fortificadores de leche materna, si se cuenta con ellos.

Complementos:

- Vitamina D 400 UI/día, cuando no recibe aporte suficiente de calcio y fósforo.
- Gluconato de calcio 200 mg/Kg/día fraccionado en todos los biberones.
- Fosfato bibásico de sodio: 100 mg/Kg/día. Evitar uso conjunto con fórmulas estándar. No se puede mezclar con lípidos.

Medidas de apoyo:

- Cambiar furosemide por diurético tiazidico.
- Evitar la alimentación parenteral prolongada cuando esto sea posible.
- Manipulación cuidadosa del recién nacido para evitar fracturas.

Iniciar un programa de ejercicios pasivos que promuevan la formación ósea y el crecimiento

Apnea del prematuro

La apnea es el cese de la respiración por mas de 20 segundos o el cese de la respiración menor de 20 segundos si es acompañada de bradicardia o des saturación de oxígeno

En presencia de apnea del prematuro se recomienda iniciar el siguiente esquema de administración de Aminofilina o teofilina

- Impregnación de 5 mg/kg/dosis.
- Mantenimiento de 1 mg/Kg/dosis, con monitoreo de las concentraciones séricas del fármaco.

Infecciones nosocomiales

La prevención de las infecciones nosocomiales en el recién nacido prematuro es la “terapéutica” que da mejores resultados en el combate de este tipo de infecciones, por lo que se deben seguir todas las medidas de asepsia y antisepsia cuando se tiene contacto con estos niños

El lavado de manos lo debe realizar tanto el personal médico, paramédico y los familiares. Antes y después del contacto con el recién nacido prematuro. Porque es la medida mas efectiva para evitar las infecciones

El diagnóstico de infección en el recién nacido prematuro debe hacerse lo más temprano posible para iniciar tratamiento oportuno y mejorar el pronóstico.

Cuando se tenga confirmado el diagnóstico de infección nosocomial en el recién nacido prematuro se deberá seguir el manejo de la guía de practica clínica de la entidad de que se trate

EGRESO HOSPITALARIO

Criterios de alta hospitalaria:

- Patrón de crecimiento constante
- Tener cubiertos los requerimientos hídricos y calóricos por vía oral
- Función metabólica y signos vitales normales y estables
- Reflejos de succión y deglución coordinados
- Regulación de temperatura en cuna bacinete durante mínimo 24 horas antes de su egreso.
- Estabilidad respiratoria, sin apneas, sin haber recibido xantinas durante la semana previa a su egreso.
- Adiestramiento materno en el cuidado del recién nacido prematuro.

- Capacitación a la Madre sobre Lactancia Materna y/o alimentación con sucedáneos de la leche materna

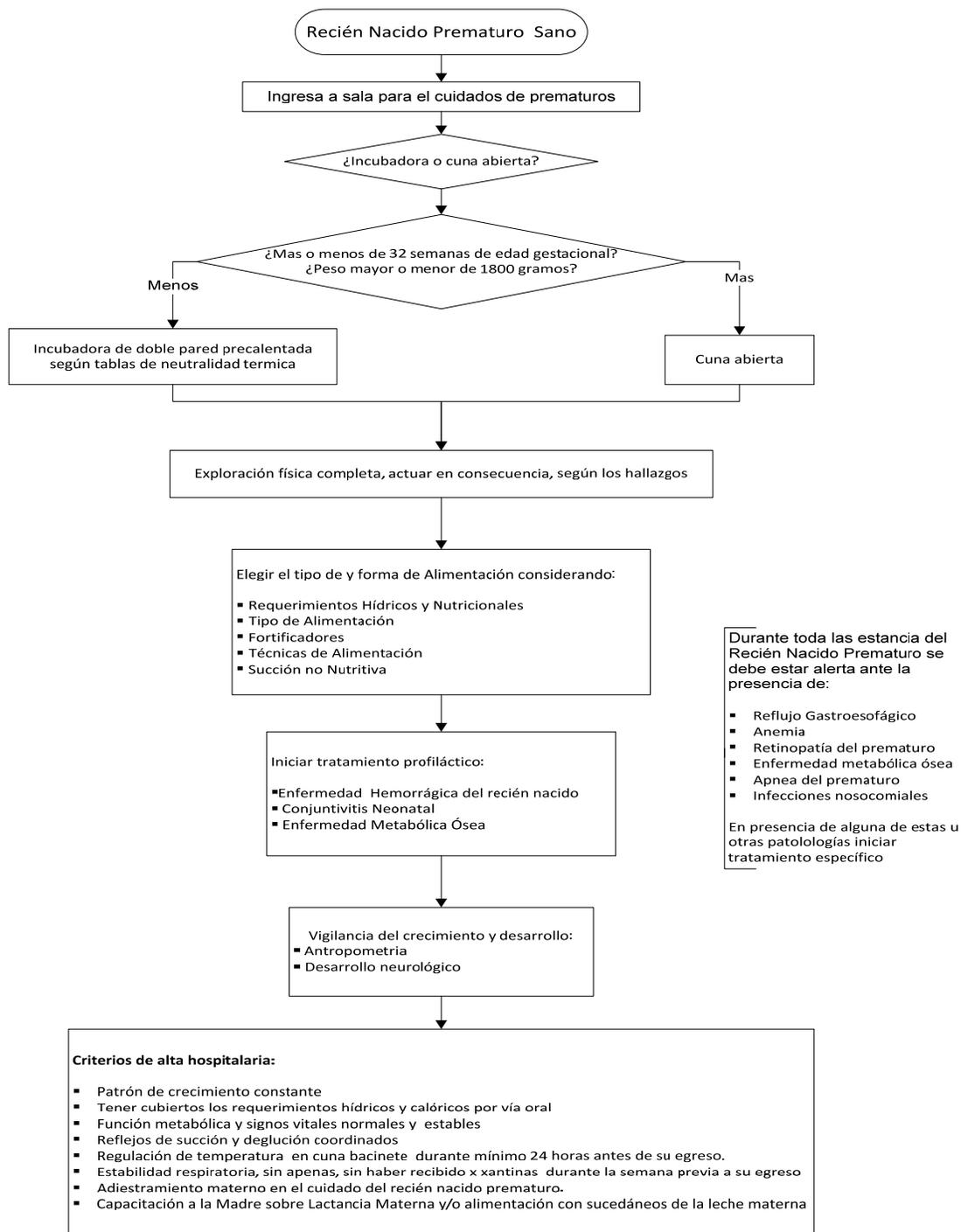
Egreso a su domicilio con peso mayor de 1900 gramos si se encuentra en condiciones clínicas estables y si la madre ha recibido adiestramiento sobre los cuidados del recién nacido prematuro por un mínimo de siete días.

Permitir que los padres comenten su dudas sobre los cuidados del recién nacido

El médico deberá hacer hincapié en la alimentación, en el tipo de baño, los cuidados del cordón, así como los signos de enfermedad por los que deben acudir a consulta con el pediatra.

Se les informará que podrán acudir al Servicio de Urgencias en cualquier situación de riesgo.

ALGORITMO

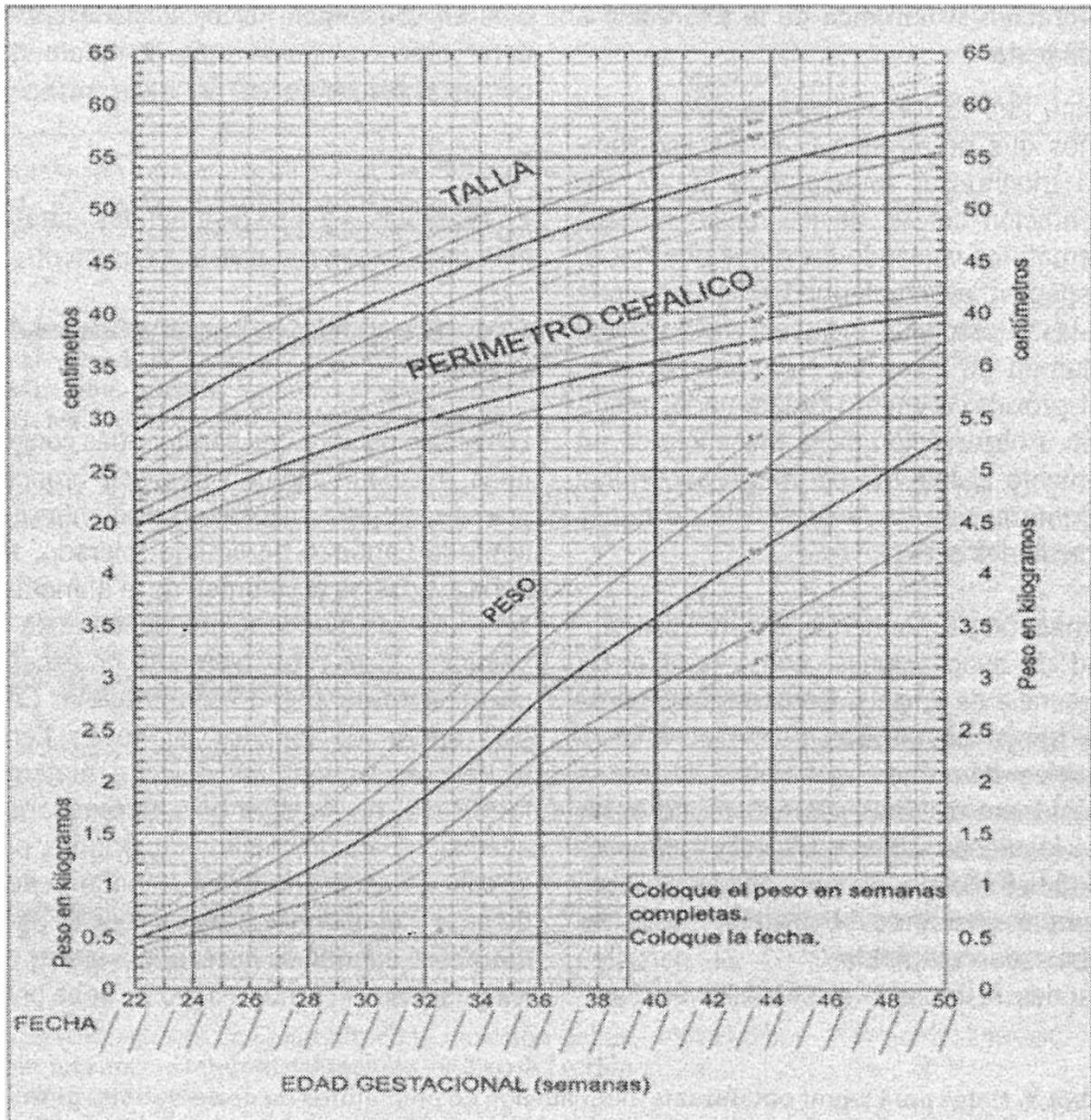


CUADRO I. REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES EN EL RECIÉN NACIDO

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES			CONTENIDOS DE DIFERENTES FORMULAS			
	Recomendaciones por Kg / día		Leche materna por 100 ml		Fórmulas de bajo peso 100 ml (e)	Fórmulas de inicio 100 ml (f)
	(a)	(b)	(c)	(d)		
	RN Prematuro	RN Termino	Prematuro	Termino		
Proteínas g	3 – 3.8	1.2 – 1.9	1.8-2.4	0.7-1.4	1.8-2.4	1.5-1.8
H. de C. g	8.4-16.8	5.4-8.2	5-6.9	6.8-7.6	7.6-8.9	6.9-7.7
Grasas g	4.3-8.4	2.7-4.1	4-5	2.3-8.9	3.7-4.4	3.4-3.8
Calorías	120-150	120	70	65	74-81	67-72
Na meq	2-3.5	2-3	1.3	20mg (ds9)	29-47mg	16-25mg
K meq	2-3	2-3	1.7	54mg(ds7)	75-95mg	48-79mg
Ca mg	84-230	40-70	22	26 (ds6)	90-100mg	38-58mg
P mg	60-140	20-35	14	14 (ds2)	47-58mg	21-39mg
Mg mg	7.9-15	4	2.5	3.1 (ds1)	6.6-10mg	4.3-7.8mg
Fe mg	2	2	0.1	0.1	0.4-1.1	0.7-0.9
Zn mcg	600-1000	500 *	390	100-300	600-800	400-600
Cu mcg	120-150	400 *	39	20-40	68-97	26-52
I mcg	30-60	40 *		14.2		
Vit. A UI	360-1500	375 *	230	225	70-227	58-90
Vit. D UI	400-1600	300 *	12	27-84	70-200	40-60
Vit. E UI	6-12	3 *	0.25	0.25	0.8-3.4	0.6-1.4
Vit. K mcg	4.8-18	5 *	1.5	0.33-15	4.1-7.4	3.0-6.6
Vit C mg	18-48	30 *	5	10	11-21	8-16
Tiaminamcg	180-240	300 *	8.9	16-33	70-140	40-82
Vit B2 mcg	250-360	400 *		40-60	84-200	50-150
Vit B6 mg	18-24	0.3 *		9-31	56-120	33-110
Niacina mg	3.6-4.8	5 *		18-20	0.8-3.0	0.6-0.7
Pantoten mg	1.2-1.7	2 *	0.23	0.2-0.25		
Biotina mcg	3.6-6	10 *	0.54	0.5-0.9	0.3-5.0	1.5-3.0
Folato mcg	25-50	25 *			30-68	3.9-11
B12 mcg	0.3	0.3 *	100	16-97	0.1-0.7	0.1-0.3

Fuente: Muñoz Guillen, 2008

CUADRO II. TABLA DE CRECIMIENTO PARA RECIÉN NACIDOS PREMATUROS



CUADRO III. NIVELES NORMALES DE HEMOGLOBINA EN EL RECIÉN NACIDO

Edad gestacional y valores promedio de los índices eritrocitarios				
Edad gestacional en semanas	Hemoglobina (gr/ dL)	Hematocrito (%)	Volumen Corpuscular Medio (fl)	Reticulocitos (%)
< 23	12.0±0.6	37.3±2.3	129.6±5	6.0±0.5
24-25	19.4±1.5	63.0±4.0	135±1.0	6.0±0.5
26-27	19.0±2.5	62.0±8.0	132±14	9.6±3.2
28-29	19.3±1.8	60.0±7	131±14	7.5±2.5
30-31	19.1±2.2	60.0±8	127±13	5.8±2.0
32-33	18.5±2.0	60.0±12	123±16	5.0±1.9
34-35	19.6±2.1	61.0±7	122±10	3.9±1.6
36-37	19.2±1.7	64.0±7	121±12	4.2±1.8
>37	19.4±1.3	59.8±7	114±12	3.3±1.4

Fuente : Baptista GH, Zamorano JC. Anemia del prematuro. Rev Hematol Mex 2011;12(Supl. 1):S38-S41

CUADRO IV. DISTRIBUCIÓN PERCENTILAR DE LOS VALORES DE Hb EN RECIÉN NACIDOS DE TÉRMINO Y PREMATUROS

Percentil	Recién Nacido de Término			Recién Nacido Pprematuro	
	Al nacer	Un mes de edad	Dos meses de edad	Al nacer	75 días
	Hb gr/dl				
97	23.2	17.4	15	22.3	13.7
90	21.8	16.6	14	20.5	12.9
75	20.6	15	12.6	18.7	12
50	19.4	13.9	11.6	17.1	11.1
25	18.1	12.5	10.8	15.5	10.6
10	16.9	11.5	10.2	13.9	9.2
3	16.1	10.3	9.8	11.8	8.4

Fuente: Baptista GH, Zamorano JC. Anemia del prematuro. Rev Hematol Mex 2011; 12(Supl. 1):S38-S41

CUADRO V. INDICACIONES DE TRANSFUSIÓN DE CONCENTRADOS DE ERITROCITOS

Indicaciones de Transfusión de Concentrados Eritrocitarios en pacientes menores de cuatro meses de edad
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hto. menor de 20% con cuenta baja de reticulocitos y signos de hipoxia.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hto. menor de 30% en un niño con: <ul style="list-style-type: none"> ○ Menor de 35% de O₂ en campana cefálica ○ O₂ por cánula nasal ○ Presión mecánica asistida y/o intermitente ○ Apnea o bradicardia (más de seis episodios en seis horas o dos episodios en 24 horas que requieran máscara o bolsa de respiración y que están recibiendo dosis terapéuticas de metilxantinas) ○ Taquicardia o taquipnea significativa (FC >180/min, FR >80/min por 24 horas) ○ Pobre ganancia ponderal (incremento menor de 10 g por día observado después de cuatro días a pesar de recibir un mínimo de 100 kcal/kg por día)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hto. menor de 35% en niños con: <ul style="list-style-type: none"> ○ Campana o casco cefálico con más de 35% de oxígeno ○ Presión mecánica asistida y/o intermitente
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hto. menor de 45% en niños con: <ul style="list-style-type: none"> ○ Oxigenación por membrana extracorpórea ○ Cardiopatías congénitas cianógenas
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Neonatos menores de 24 horas de vida extrauterina con Hto. menor de 40% y Hb. menor a 13 g/dl.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacientes que van a ser sometidos a cirugía mayor para mantener valores de hematocrito superior a 30% o valores de Hb. mayores a 10 g/dl.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pérdida aguda mayor al 10% del volumen sanguíneo total (VST) por flebotomía para estudios de laboratorio o cualquier otra causa de sangrado con una pérdida acumulativa en una semana o menos

Fuente: Guía para el uso clínico de la sangre. Secretaría de Salud 2007.