



II Congreso de Sanidad Militar

La nueva Sanidad Militar:
Adaptación, evolución y
Progreso.



Madrid, 22 y 23 de junio 2016

SEDE:
Hospital Central de la Defensa
"Gómez Ulla"
Glorieta del ejército, s/n
28047 Madrid



HIPOTERMIA NEONATAL TERAPÉUTICA: CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Eva Puebla Nicolás¹, Marta Ramírez Crehuet¹, Diana Martil Marcos¹, Alicia Nicolás de Prado²

¹Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid; ²Escuela Militar de Sanidad, Madrid

INTRODUCCIÓN

La hipotermia (HT) neonatal se define como el proceso de reducción de la temperatura corporal central en 3-4°C (hipotermia moderada), de manera controlada e intencionada.

Es el primero de los tratamientos con evidencia demostrada en mejorar el pronóstico neurológico de la encefalopatía hipóxico-isquémica (EHI) moderada-grave, reduciendo la muerte o la alteración severa del neurodesarrollo.

El mecanismo principal es la disminución del metabolismo cerebral, pero la HT tiene una acción múltiple suprimiendo importantes vías de lesión que se activan en la fase latente.

La técnica de hipotermia por parte del personal de enfermería requiere cuidados especializados y sistemáticos, además deben satisfacer las necesidades individuales. Para ello, es necesaria una actitud de pensamiento crítico, habilidades cognitivas y coordinación con el equipo multidisciplinar. La estandarización de la hipotermia como tratamiento de la encefalopatía hipóxico-isquémica perinatal se apoya en la evidencia científica. Aunque existen diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia, todas ellas son muy similares entre sí.

OBJETIVOS

- Conocer la técnica de hipotermia terapéutica neonatal.
- Aplicar cuidados de enfermería basados en la evidencia científica, de acuerdo a las necesidades del niño.
- Detectar precozmente signos y síntomas de complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión bibliográfica de la producción científica relacionada. Se consultan bases de datos de ciencias de la salud como Web of Science y Cuiden. Como términos de búsqueda se incluyen "hipotermia" AND "neonatal" AND "terapéutica" AND "cuidados" AND "enfermería".

RESULTADOS

Los cuidados de enfermería durante el procedimiento de hipotermia terapéutica son los siguientes:

CONCLUSIONES

La hipotermia inducida es un tratamiento en general bien tolerado y con escasos efectos secundarios, que pueden ser controlados si se realiza una monitorización adecuada (siempre que se mantenga un buen control de la temperatura). Además los beneficios sobre la supervivencia y el desarrollo neurológico superan los efectos adversos a corto plazo. Es preciso que los profesionales de enfermería conozcan los principales cuidados de enfermería que han de tenerse en cuenta en dicho procedimiento.

RESPIRATORIO

- Vigilar patrón respiratorio.
- Ajustar estrategia de ventilación.
- Extracción de gases y ajustar la temperatura del paciente en la máquina.
- Aspirar secreciones.

HEMODYNÁMICO

- Monitorizar constantes vitales.
- Vigilar aparición de arritmias con monitorización con ECG continuo.

LÍQUIDOS Y ELECTROLITOS

- Monitorizar nivel de electrolitos.
- Control de la glucemia, mantener niveles de glucosa entre 70-100 mg / dl.
- Si presenta diuresis disminuida, evitar expansiones rápidas porque pueden producir edema cerebral.

NUTRICIÓN

- La motilidad intestinal se encuentra frecuentemente disminuida, además aumenta el riesgo de enterocolitis necrotizante y de íleo isquémico.
- Se recomienda dieta absoluta y nutrición parenteral como norma general.
- Sondaje nasogástrico abierto.
- Iniciar la alimentación vía oral lo más pronto posible.

PIEL

- Mantener cuerpo centrado y en la línea media.
- No realizar masajes con crema para evitar hipotermias parciales.

TEMPERATURA

- La inducción de hipotermia corporal moderada reduce significativamente la tasa de discapacidad en los sobrevivientes.
- Durante el tratamiento de hipotermia, mantener al neonato en cuna térmica con el calor apagado, con una temperatura rectal entre 33-34 °C que se mantendrá monitorizada, y evitar variaciones durante el tiempo de mantenimiento.
- Se debe alcanzar la temperatura diana cuanto antes, evitando el sobreenfriamiento ya que éste aumenta el riesgo de complicaciones y de mortalidad. El enfriamiento debe ser más lento cuando existen necesidades de O₂ elevadas, coagulopatía o hipotensión.
- En caso de sobreenfriamiento, arropar y encender incubadora. Sin embargo si ocurre sobrecalentamiento, utilizar bolsas de gel frías, aplicándolas sin contacto directo con la piel del RN (a través de las sábanas), monitorizando la T³ para evitar efecto rebote.
- Vigilar regularmente la adecuada colocación de la sonda rectal (a 3-5 cm) y axilar, sobre todo cuando la FC no es la esperada.
- Monitorizar la temperatura central durante todo el tratamiento y hasta 48 horas después de alcanzar la normotermia
- Registro de la temperatura en la gráfica de constantes: cada 15 minutos durante el periodo de enfriamiento y recalentamiento y horaria durante el mantenimiento de la hipotermia.
- Recordar (para anticipar cambios bruscos) que las convulsiones suelen producir un aumento de la temperatura y el tratamiento con antiepilépticos (principalmente Fenobarbital) una disminución de la misma.

NEUROLÓGICO

- Vigilar temblores y convulsiones.

BIBLIOGRAFÍA

1. P. Mabel. Profesora Licenciada. Cuidados de Enfermería en el tratamiento de la hipotermia. 2º Congreso Argentino de Neonatología. II Jornadas Argentinas de Enfermería Neonatal. Junio 2013. Sociedad Argentina de Pediatría.
2. A. García-Alix, M. Martínez-Bisaga, J. Arnáez, E. Valverde, J. Quero. Asfixia intraparto y encefalopatía hipóxico-isquémica. Protocolos Diagnóstico-Terapéuticos de la AEP: Neonatología. Hospital Universitario La Paz.
3. C. Busto Naval. Hipotermia en el recién nacido a término. Una nueva técnica para cuidados de Enfermería. TFM. Máster Universitario de Enfermería en Urgencias y Cuidados Críticos. Centro Internacional de Posgrado. Universidad de Oviedo. Mayo 2013.
4. F. Gómez, C. Vega, A. Mirás, J. Arnáez. Revisión: Neuroprotección con hipotermia terapéutica en la encefalopatía hipóxico-isquémica en Pediatría. Boletín de Pediatría. Asociación Española de Pediatría.
5. Morales Sabogal AY. Asfixia perinatal. En Urcos Rodríguez S y Mejía Gaviria N: Guías de Pediatría Práctica Basadas en la Evidencia. 2ª Edición. Editorial Médica Panamericana. Bogotá, 2009.
6. J. de Castro, C. Gallego, A. Camacho. Asfixia Perinatal del Neonato a Término. Hospital 12 de Octubre. Comunidad de Madrid. 2009.
7. D. Blanco, A. García-Alix, E. Valverde, V. Tenorio, M. Vento, F. Cabañas. Neuroprotección con hipotermia en el recién nacido con encefalopatía hipóxico-isquémica. Guía de estándares para su aplicación clínica. Anales de Pediatría (Barcelona), 2011; 75 (5): 341-341.e20.
8. L. Astrid Calis. Hipotermia Terapéutica en Asfixia Perinatal. 38-49. CCAP. Vol. 12, número 2.
9. A. Jerez-Calero. Hipotermia en Recién Nacidos Asfícticos. Protocolo de Manejo. UGC Pediatría. Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada.