

Hipotermia

Enrique Ma. Velásquez V.
Profesor Neonatología
Universidad de Antioquia

Las guías de reanimación de 2015 hacen énfasis en mantener la temperatura normal en el posparto. Para ello recomiendan cualquier mecanismo que esté a su disposición, por ejemplo, incrementar la temperatura de sala de partos, usar el contacto piel a piel con la madre, usar lámparas de calor radiante, mantas o colchones térmicos, gasas y demás aditamentos precalentados; si se requiere, envolver hasta el cuello en plástico y gorro aún a recién nacidos sanos luego de secarlos hasta completar la transición (1 a 2 horas). Si por alguna condición neonatal debe usar gases, que sean húmedos y tibios; los procedimientos como intubación, canalizar vena, masaje cardíaco etc. Hacerlos en ambientes térmicos controlados. Debemos ser observadores y sensibles respecto a detectar los riesgos de hipotermia para el bebé como el aire acondicionado, ventiladores, ventanas, etc. Para el recién nacido sano (o en el no asfixiado enfermo), mantener la temperatura entre 36.5 y 37.5 °C hasta la estabilización. Evitar en todos la hipertermia (mayor a 38 °C). El recalentamiento en la hipotermia sea o no terapéutica, debe ser lento (menor de 0,5 °C por hora) para evitar apneas y arritmias. Se recomienda usar la temperatura al ingreso como indicador de calidad y como factor pronóstico pues la hipotermia está asociada a problemas respiratorios, hipoglicemia y sepsis tardía.

Al nacer un bebé se debe prevenir la hipertermia o la hipotermia. El prematuro es muy vulnerable para desarrollar complicaciones asociadas a la hipotermia, por lo cual debemos enseñar al personal de salud lo importante de secar al bebé, colocarlo piel a piel con la madre (canguro) y cobijar a ambos; en el bebé crítico menor de 29 semanas, y dentro de los primeros 30 segundos de vida, usar la bolsa de polietileno (ZipLock para 1 galón, grado alimenticio): se le hace un orificio en la base de la bolsa (lado contrario al cierre hermético y sitio por donde sacará la cabeza). Hecho esto, se introduce al bebé sin secar por el lado del cierre hermético y se saca la cabeza por el orificio posterior, quedando cubierto del cuello para abajo y cerrando el ziplock (como una ruana cerrada por los pies), luego secar la cabeza y cubrir con un gorro, pues

pierden mucho calor dado que su cabeza es un gran porcentaje de la superficie corporal del pretérmino; todo esto con el fin de conservar temperatura y luego continuar con el esquema de reanimación convencional.

Hipotermia y encefalopatía

Se recomienda la hipotermia terapéutica con el fin de mejorar el pronóstico en los recién nacidos afectados por una noxa que produzca encefalopatía hipóxico-isquémica, moderada o severa. La noxa o evento centinela es definida como evidencia por historia clínica materna de alguno de los siguientes, prolapso de cordón, ruptura uterina, placenta previa total, rotura uterina, distocia; en el bebé, un $\text{pH} \leq 7$ en gases arteriales sea o no de cordón umbilical, o déficit de bases ≥ 16 , tomados antes de 1 hora de vida; Apgar < 3 a los 5 minutos de vida, ventilación con presión positiva (VPP) por más de 10 minutos, evidencia clínica de encefalopatía hipóxico isquémica grave o moderada. En la mayoría de los estudios de hipotermia terapéutica se excluyen a los menores de 35 semanas, malformación congénita grave, cromosomopatía, ecografía cerebral con lesión estructural, edad de nacimiento mayor a 6 horas al inicio de la hipotermia, o necesidad de cirugía los primeros 3 días de vida. Ver la ayuda rápida "asfixia perinatal y encefalopatía hipoxicoisquémica".

El protocolo de hipotermia consiste en llevar la temperatura del neonato comprometido a 33.5 a 34.5 °C y mantenerlo así por 72 horas, con monitoreo hemodinámico, electrolítico, hematológico y cardiovascular y luego iniciar el proceso de recalentamiento que es progresivo e igualmente monitorizado, todo bajo una ejecución detallada, propia de un tercer nivel de atención. En todos los bebés y más en los que van a ir al protocolo de hipotermia, se debe evitar la hipertermia.

Tener en cuenta que las Guías de práctica clínica nacionales recomiendan el uso de Sulfato de Magnesio como neuroprotector en las madres con amenaza de parto pretérmino en menor de 32 semanas de edad gestacional.