

¿CPAP O SURFACTANTE EN SALA DE PARTO PARA LOS PREMATUROS MENORES DE 1000 GR, EN QUE ESTAMOS?

Dra. Agustina González Bravo, Dra. Lorena Tapia, Sr. Gabriel Cavada
Hospital San José

Introducción: El síndrome de dificultad respiratoria es muy frecuente en los recién nacidos prematuros. Desde hace muchos años el tratamiento con surfactante pulmonar exógeno y ventilación mecánica han sido el tratamiento habitual, sin embargo, desde que el 2010 las investigaciones muestran el uso en aumento de dispositivos de ventilación no invasiva, el manejo actual ha cambiado. El manejo clínico en nuestro servicio incluye dar cada vez que se pueda la posibilidad del manejo desde que comienza el distres respiratorio de CPAP con posterior decisiones clínicas para el manejo eficaz y seguro, realizando intubación y administrando surfactante cada vez que el prematuro requiera más de 50% de FIO2 y/o PEEP mayor de 7 cm de H2O para saturación de 90-94% preductal.

Objetivo: El propósito fue comparar 2 cohortes de prematuros iguales o menores a 1000 grs de peso al nacer durante el 2015, el grupo estudio fue el que se apoya desde la sala de partos con CPAP y el grupo control los prematuros intubados desde la sala de partos.

Material y Método: Se analizan las características de los prematuros de ambos grupos, es comparado mediante el test exacto de Fisher en: APGAR, necesidad de VPP en sala de partos, y patología materna, adecuación, uso de corticoides prenatales. La edad materna y paridad se compararon mediante un test t-Student. Se utilizó significación del 5%. Los datos se procesaron en STATA 14.0 para las variables respiratorias; ventilación a los 7 días, días de la primera ventilación, escape aéreo, displasia broncopulmonar por 28 días de oxígeno y por oxígeno a las 36 semanas de EGC y O2 al alta

Resultados: Se describen 2 cohortes una en estudio con 6 prematuros en CPAP y 21 prematuros intubados, se evidencia que solo el 22,2% de los < 1000 grs tienen como opción el manejo en CPAP de su SDR, las edades gestacionales son similares en ambos grupos (26 y 28 semanas), sin diferencia en sexo, ni adecuación, ni muerte, reciben ambos grupos similares porcentajes de corticoides, existiendo una diferencia significativa de los APGAR bajos en el grupo control, con necesidad de VPP (p= 0,007), no así en reanimación avanzada, la necesidad de 2 dosis de surfactante también fue mayor en el grupo de prematuros intubados (p= 0,05). Los prematuros intubados a los 7 días de vida, el escape aéreo, las IAAS y las displasias broncopulmonares no tienen diferencia significativa, sin embargo a pesar de no alcanzar significancia los días de la primera ventilación mecánica muestran una tendencia a prolongarse si estos prematuros son intubados desde la sala de partos, con un promedio de 7 vs 2 (p= 0,09).

Group	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
0	21	7.761905	2.184256	10.00952	3.205626	12.31818
1	6	2	1.183216	2.898275	-1.041553	5.041553
combined	27	6.481481	1.770581	9.200211	2.841999	10.12096
diff		5.761905	4.187542		-2.8625	14.38631

Conclusiones: Los prematuros muy extremos de menos de 1000 grs pueden manejarse en CPAP desde el comienzo y mantenerse sin intubación, siempre y cuando nazcan en buenas condiciones, sin requerir VPP, obteniéndose un similar desenlace. Nuevos estudios con mayor número de casos y aleatorización podrán responder si estos prematuros tan extremos podrían beneficiarse de esta terapia.