

El valor de la ingesta en domicilio en periodo neonatal

Etxean elikatzearen garrantzia jaioberri garaian

B. Ramos Lacuey, I. Urriza Ripa,
P. Bello Aranda, N. Lecumberri García

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Navarra

LABURPENA

Deshidratazioa hilgarria izan daiteke jaioberri garaian. Tratamenduaren helburu nagusia, pixkanaka zuzentzea da, natremia azkar normalizatzeak dakarren konplikazioak sahistuz.

14 eguneko jaioberria, jaiotzaren pisuarekiko %32ko galerakin, Deshidratazio larriko klinika du, hipoaktibitatearekin eta suminkortasunarekin. Hasierako analisian azidosi metabolikoa du, 189mEq/L-ko hipernatremiarekin eta giltzurrun gutxiegitasun prerrenalarekin. Ur libre eta likidoaren birjartzea egiten da, 12mEq/L-ko jetsiera lortuz 4 egunetan %5eko SG eta %20ko ClNa, eta ekarpen enteralak formula esneakin. Hasieran, takikardia p uhin ezarekin, 38,4 °C-ko sukarra, azidosi metabolikoa eta birhidratazioarekin konpontzen den polikitemia du. Burmuineko irudietan ez da alteraziorik ikusten eta klinika neurologikoak hobera egiten du altan. Deshidratazio kausa gisa, bigarren mailako hipogalaktia duen edoskitze akatsa baieztatzen da, eta irabazi ponderala lortzen du, jaiotze pisuaren %99,7ra iritsi arte.

Irenstearen hasierako balorazioaren eta jarraipenaren garrantzia, jaioberri garaian pisua kontrolatuz eta baita edoskitzean laguntza eta aholku egokiak emanez ere.

Hitz-gakoak: Deshidratazio hipernatremikoa; Galera ponderala; Amagandiko edoskitzea.

RESUMEN

La deshidratación es potencialmente mortal en el periodo neonatal. El principal objetivo del tratamiento es realizar una corrección progresiva y evitar complicaciones por una rápida normalización de la natremia.

Neonato de 14 días de vida con una pérdida ponderal del 32% respecto al nacimiento. Presenta clínica de deshidratación grave con hipoactividad e irritabilidad. En analítica inicial presenta acidosis metabólica con hipernatremia de 189 mEq/L e insuficiencia renal prerrenal. Se realiza reposición de agua libre y déficit de líquido consiguiendo un descenso diario de 12 mEq/L en 4 días con SG 5% y ClNa 20% y aportes enterales con fórmula de inicio. Asocia hipertensión inicial con ausencia

de ondas p, fiebre inicial de 38,4°C, acidosis metabólica y policitemia que resuelve tras rehidratación. No se objetivan alteraciones en imágenes cerebrales con mejoría de clínica neurológica al alta. Como causa de deshidratación se confirma el fallo de lactancia con hipogalactia secundaria y consigue ganancia ponderal hasta alcanzar el 99,7% del peso al nacimiento.

Destacamos la importancia de la valoración inicial y seguimiento de la ingesta con control del peso en el periodo neonatal, así como un correcto apoyo y asesoramiento en la lactancia.

Palabras clave: Deshidratación hipernatémica; Pérdida ponderal; Lactancia materna.

INTRODUCCIÓN

La deshidratación es potencialmente mortal en el neonato. En estos casos, hay alteración del equilibrio entre agua libre y pérdida de sal, asociando fiebre, deshidratación hipernatémica e ictericia. El principal objetivo del tratamiento, es realizar una corrección progresiva y evitar complicaciones por una rápida normalización de la natremia.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Neonato de 14 días derivado a Urgencias por pérdida ponderal del 32% respecto al nacimiento. Como antecedentes perinatales, es un recién nacido a término con peso adecuado de 3.225 g, tiempo de bolsa rota de 28 horas con profilaxis antibiótica adecuada sin otros factores de riesgo. A su llegada, presenta regular estado general con aspecto distrófico, deshidratado, coloración pajiza, signo del pliegue muy marcado, fontanela deprimida, ojos hundidos, taquipnea, hipoactividad e irritabilidad. En analítica de sangre presenta acidosis metabólica con hipernatremia de 189 mEq/L e insuficiencia renal prerrenal con creatinina de 2,68 mg/dl y urea de 301 mg/dl y se ingresa en Neonatología.

Se inicia sueroterapia, calculando la reposición de agua libre y déficit de líquido con un descenso diario de 12 mEq/L en 4 días

con SG 5% y ClNa 20% y aportes enterales de 50 ml/kg/día con fórmula de inicio. Inicialmente asocia hipertensión con TAM de 70 mmHg con ausencia de ondas p en ECG con resolución espontánea, sin alteraciones ecocardiográficas ni hemodinámicas concomitantes. Además, fiebre inicial de 38,4°C en contexto de deshidratación manteniéndose afebril posteriormente sin signos clínico-analíticos de infección. Asimismo, policitemia con Hb de 22 g/dl con descenso posterior hasta 16 g/dl sin hiperbilirrubinemia.

Presenta mejoría progresiva con resolución de la natremia a los 3 días, acidemia a las 60 horas y normalización de la función renal. Aumento de aportes enterales hasta ser exclusivos a los 18 ddv y tolerancia progresiva vía oral hasta retirar SNG a los 20 ddv. A nivel neurológico, asocia mejoría del comportamiento sin apreciar alteraciones en imágenes cerebrales.

Se constata como causa de deshidratación fallo de lactancia con hipogalactia secundaria. Se instruye a madre y padre en técnicas de alimentación. Asocia ganancia ponderal progresiva hasta alcanzar el 99,7% del peso al nacimiento al alta.

DISCUSIÓN

La deshidratación hipernatrémica en el periodo neonatal, se caracteriza por pérdida ponderal excesiva respecto al peso al nacimiento. Es una causa frecuente de recién nacidos a término en primeros días de vida o en prematuros debido al manejo inadecuado de líquidos. Su incidencia es variable, desde un 1% hasta un máximo de 5,6% y está relacionado con la lactancia materna exclusiva, estatus socioeconómico bajos y madres jóvenes y primíparas^(1,2).

En cuanto a la sintomatología, se asocia con pérdida ponderal en los primeros 7-10 días de vida mayor al 10%, junto con hiperbilirrubinemia indirecta (el signo clínico más frecuente), irritabilidad, letargia, signos de deshidratación, taquicardia e hipotensión, fiebre y acidosis metabólica. En los casos graves, pueden presentar clínica neurológica como

irritabilidad, llanto agudo, espasmos, convulsiones, encefalopatía, hemorragia intracraneal e incluso muerte⁽¹⁻³⁾.

Respecto al tratamiento, destacar la importancia de la corrección lenta y progresiva de la natremia y la osmolaridad para evitar las alteraciones neurológicas y secuelas a largo plazo debido a una rápida normalización^(2,4). Se deberá identificar la causa, corregir el déficit de agua y garantizar la suficiente cantidad de agua libre para normalización del valor de sodio en sangre.

Se recomienda una disminución de la natremia de 0,5 mEq/L/h para evitar el edema cerebral con una pérdida al día de 12 mEq/L. Inicialmente, se deberá priorizar la restauración de la volemia y la estabilidad hemodinámica con 10-20 ml/kg con SSF y añadiendo al mismo SH3%, según el grado de la natremia inicial. Tras estabilización, se procederá a rehidratar al paciente calculando las pérdidas insensibles y el déficit de líquidos. La velocidad de reposición será según el número de días necesarios para disminuir la natremia de manera constantes y se realizarán ajustes diarios en los líquidos. Asimismo, se deberá vigilar la natremia cada 2-4 horas en las primeras 12 horas junto con monitorización de las constantes vitales, control de ingesta y del peso. En ocasiones, asocian fiebre y habrá que valorar la administración de antibioterapia hasta descartar infección asociada. La acidosis metabólica asociada, se corregirá progresivamente y habrá que evitar el uso de bicarbonato. En cuanto a los aportes enterales, no está claro cuándo hay que introducirlos, pero se recomienda en todos los casos salvo contraindicación y se priorizará la leche materna y nunca se administrará agua esterilizada⁽²⁾.

A largo plazo, se ha objetivado retraso en el desarrollo con alteración en los hitos del desarrollo durante el primer año de vida y afectación en el crecimiento en pacientes que habían precisado tratamiento por deshidratación hipernatrémica grave^(5,6).

La leche materna tiene grandes beneficios, pero una lactancia inadecuada y deficiente puede provocar problemas como la deshidratación hipernatrémica, que ocurre en el 2-8% de las lactancias maternas exclusivas. Se

puede producir por hipogalactia, problemas en la técnica de agarre, posición, frecuencia o extracción. Son más frecuentes los problemas con la lactancia en las madres primíparas y en las jóvenes⁽³⁾.

Destacar la importancia de las medidas preventivas, principalmente en recién nacidos con lactancia materna exclusiva. Se recomienda apoyo y educación para garantizar una lactancia materna exitosa después del parto por personal cualificado y con formación en pediatría. También se debería informar a las familias de los signos y síntomas de deshidratación, así como seguimiento y control del peso durante los primeros 10 días para reconocer de forma precoz a los recién nacidos de riesgo de deshidratación^(4,7). Se ha visto que una intervención precoz en pacientes que hayan perdido $\geq 5\%$ del peso al nacimiento en las primeras 24 horas, disminuye la incidencia de deshidratación hipernatrémica⁽³⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Del Castillo C G, Suares A D, Granja A M, Oviedo E B, Urbano U J, Cabrera B N. Caracterización de recién nacidos a término con deshidratación hipernatrémica. *Rev Chil Pediatr*. 2020; 91(6): 874-80.
2. Durrani NUR, Imam AA, Soni N. Hyponatremia in Newborns: A Practical Approach to Management. *Biomed Hub*. 2022; 7(2): 55-69.
3. Zia MT, Golombok S, Nitkowski-Keever S, Paudel U. Weight loss monitoring reduces the occurrence of neonatal hyponatremic dehydration in breastfeeding neonates. *Int J Pediatr Adolesc Med*. 2022; 9(1): 22-6.
4. Bischoff AR, Dornelles AD, Carvalho CG. Treatment of Hyponatremia in Breastfeeding Neonates: A Systematic Review. *Biomed Hub*. 2017; 2(1): 1-10.
5. Sarin A, Thill A, Yaklin CW. Neonatal hyponatremic dehydration. *Pediatr Ann*. 2019; 48(5): e197-200.
6. Boskabadi H, Akhondian J, Afarideh M, Maamouri G, Bagheri S, Parizadeh SM, et al. Long-Term Neurodevelopmental Outcome of Neonates with Hyponatremic Dehydration. *Breastfeed Med*. 2017; 12(3): 163-8.
7. Ünver Korgall E, Cihan MK, Oğuzalp T, Şahinbaş A, Ekici M. Hyponatremic Dehydration in Breastfed Term Infants: Retrospective Evaluation of 159 Cases. *Breastfeeding Med*. 2017; 12(1): 5-11.