

Manejo Rn Pequeño Para Edad Gestacional (PEG) y/o Peso nacimiento Menor A 2500 g

- Tomar Hemograma y HGT 2 h.
 - Control seriado HGT según tabla 1
 - Repetir hemograma a las 24 h si plaquetas < 150.000
- Pecho. No dejar pasar más de 3 h entre mamadas ofrecer fórmula de inicio después del pecho c/ 3 h en:
 - < 37 sem p< 10, todo PEG <3, HMD
- Si requiere fórmula ofrecer según protocolo de alimentación con fórmula
- En PEG percentil <3:
 - Citomegalovirus en orina, IC genética
 - Eco cerebral en sala cuna:
 - RNPT 34- 36 sem 6/7 d.
 - RNT > 37 sem con RCIU y antecedente de alteración del doppler fetal/placentario.
 - RN con PCR de citomegalovirus en orina positivo.

Resto de RN PEG percentil < 3 solicitar eco cerebral ambulatorio.

 - En RN < percentil 3: NO ofrecer fórmula en las primeras 48 h de vida

Tabla.1

Hs de vida	RN ≥ 2500 g. y PEG percentil ≥ 3 - < 10	RN < 2500 g. y/o PEG percentil < 3
2 *	Hemograma y HGT	Hemograma y HGT
2 – 12	HGT c/ 3 h.	HGT c/ 3 h.
12 – 24	HGT c/ 12 h.	HGT c/ 6 h.
24- 48	HGT c / 12 h	HGT c / 6 h

HGT mg/dl	CONDUCTA
< 30*	Instalar vía venosa y administrar SG al 10%: bolo 2 ml/kg (200 mg/kg), seguido de infusión de SG al 10% 2,5 cc/kg/h, avisar a residente y hospitalizar de inmediato.
31 – 44*	Sintomático: Manejo igual al grupo con HGT < 30 mg/dl. Hospitalizar Asintomático: Manejo igual al grupo con HGT \geq 45 - < 55 mg/dl
\geq 45 – < 55	Alimentación: Por riesgo de hospitalización por hipoglicemia y volumen de LM incierta en 1ª 48 h <ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer fórmula de inicio: 30 cc, controlar HGT 1 h postprandial: <ul style="list-style-type: none"> ○ Si HGT 1 h postprandial < 45 mg/dl: Hospitalizar ○ Si HGT 1 h postprandial \geq 45 y < 55 mg/dl: HGT c/ 3 h <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si repite HGT < 45 mg/dl Hospitalizar ▪ Si tres HGT \geq 55 consecutivos pasar a c/ 6 h c/12 h según tabla

- *Tomar una muestra para glicemia antes de iniciar tratamiento

CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

- < 37 semanas
 - Todos los PEG Percentil < 3
- \geq 37 semanas
 - Peso < 2000 g
 - HGT < 45 mg/dl
 - Hto > 65%
 - Trombocitopenia < 50.000

ALTA

- Horas de hospitalización para alta
 - PEG Percentil 3- 10
 - 72 horas.
 - PEG Percentil < 3
 - 72- 96 horas.
- Control pediátrico 48 – 72 h postalta
- Control Hemograma- reticulocitos a las 4 semanas de vida si peso < 2500 g
- Citar a evaluación por neurólogo a los 9-12 meses

BIBLIOGRAFÍA:

1. Czernichow Peter A. Lee, Steven D. Chernaused, Anita:International Small for Gestational Age Advisory Board Consensus Development Conference Statement: Management of Short Children Born Small for Gestational Age, April 24-October 1, 2001, *Pediatrics* 2003;111;1253
2. Margaret CS Boguszewski^{1*}†, Veronica Mericq Latin American Consensus: Children Born Small for Gestational Age; *BMC Pediatrics* 2011, 11
3. Roufaeil, C.; Razak, A.; Malhotra, A. Cranial Ultrasound Abnormalities in Small for Gestational Age or Growth-Restricted Infants Born over 32 Weeks Gestation: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Brain Sci.* 2022, 12, 1713. <https://doi.org/10.3390/brainsci12121713>
4. Malhotra A, Ditchfield M, Fahey MC, Castillo-Melendez M, Allison BJ, Polglase GR, Wallace EM, Hodges R, Jenkin G, Miller SL. Detection and assessment of brain injury in the growth-restricted fetus and neonate. *Pediatr Res.* 2017 Aug;82(2):184-193. doi: 10.1038/pr.2017.37. Epub 2017 May 17. PMID: 28234891.
5. Charles E, Hunt KA, Harris C, Hickey A, Greenough A. Small for gestational age and extremely low birth weight infant outcomes. *J Perinat Med.* 2019 Feb 25;47(2):247-251. doi: 10.1515/jpm-2018-0295. PMID: 30335614.
6. Roelants-van Rijn AM, van der Grond J, Stigter RH, de Vries LS, Groenendaal F. Cerebral structure and metabolism and long-term outcome in small-for-gestational-age preterm neonates. *Pediatr Res.* 2004 Aug;56(2):285-90. doi: 10.1203/01.PDR.0000132751.09067.3F. Epub 2004 Jun 4. PMID: 15181199.
7. Rybak-Krzyszowska M, Górecka J, Huras H, Staśkiewicz M, Kondracka A, Staniczek J, Górczewski W, Borowski D, Grzesiak M, Krzeszowski W, Massalska-Wolska M, Jaczyńska R. Ultrasonographic Signs of Cytomegalovirus Infection in the Fetus-A Systematic Review of the Literature. *Diagnostics (Basel).* 2023 Jul 18;13(14):2397. doi: 10.3390/diagnostics13142397. PMID: 37510141; PMCID: PMC10378321.
8. Ronchi A, Zeray F, Lee LE, Owen KE, Shoup AG, Garcia F, Vazquez LN, Cantey JB, Varghese S, Pugni L, Mosca F, Sánchez PJ. Evaluation of clinically asymptomatic high risk infants with congenital cytomegalovirus infection. *J Perinatol.* 2020 Jan;40(1):89-96. doi: 10.1038/s41372-019-0501-z. Epub 2019 Oct 1. PMID: 31575999; PMCID: PMC7223780.
9. Vitale V, Rossi E, Di Serafino M, Minelli R, Acampora C, Iacobellis F, D'Errico C, Esposito A, Esposito F, Vallone G, Zeccolini M. Pediatric encephalic ultrasonography: the essentials. *J Ultrasound.* 2020 Jun;23(2):127-137. doi: 10.1007/s40477-018-0349-7. Epub 2018 Dec 14. PMID: 30552663; PMCID: PMC7242593.
10. Heljić S, Terzić S, Maksić H. Lenticulostriate vasculopathy in routine brain ultrasonography in infants: next step? *Med Glas (Zenica).* 2022 Feb 1;19(1):1-5. doi: 10.17392/1460-21. PMID: 35112561.

