

Manejo De Rn Con Poliglobulia

- Indicaciones de Eritroféresis:
 - RN sintomático con Hematocrito $\geq 65\%$:
 - Dificultad respiratoria, letargia, irritabilidad, convulsiones, hipoglicemia, hipocalcemia.
- Si Hematocrito es $> 70\%$: Repetir Hto a las 6 - 8 h. Si $> 70\%$ considerar eritroféresis.

Manejo post - eritroféresis		
	RN PEG PERCENTIL < 3	OTROS RN (PEG PERCENTIL 3 – 10, Hijo Madre Diabética, GEG, S. Down, etc.)
Hospitalización	SI	SI
Alimentación	<ul style="list-style-type: none"> • Régimen 0 por 12 – 24 h. • Pecho - SG 5% 30 cc/kg • \uparrow 30 cc/Kg en 24- 36 h 	<ul style="list-style-type: none"> • Régimen 0 4 h. • Pecho- S.G 5% 60 cc/kg
Fleboclisis	<ul style="list-style-type: none"> • S Gluc. 10% 60 cc/kg \downarrow 2cc/h c/8 h si Dx > 50 	NO
Laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> • Dx c/4 h • Hto a las 24 h. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dx a las 4 h • Hto a las 24 h
Alta a puerperio	<ul style="list-style-type: none"> • > 72 h. Si : <ul style="list-style-type: none"> ○ Buena Tolerancia Alimentaria ○ Si Dx > 60 mg/dl 	<ul style="list-style-type: none"> • 6 h. Si <ul style="list-style-type: none"> ○ Buena Tolerancia Alimentaria ○ Si Dx > 60 mg/dl
Indicaciones de alta a puerperio	<ul style="list-style-type: none"> • Pecho o SG 5%. • No administrar relleno primeras 72 h. • Dx según protocolo de PEG. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pecho o SG 5%. • No administrar relleno primeras 24 h. • Dx y otros exámenes según protocolo que corresponda

Bibliografía:

1. Juan I. Remon, Aarti Raghavan and Akhil Maheshwari Polycythemia in the Newborn *NeoReviews* 2011;12:e20-e28
2. Ozek E, Soll Partial exchange transfusion to prevent neurodevelopmental disability in infants with polycythemia Cochrane reviews February 17, 2010

Procedimiento De Sueroferesis

<p>DEFINICIÓN: Extracción de 20 ml/kg de sangre venosa por vía umbilical y reposición simultánea de 20 ml/kg de suero fisiológico por vena periférica</p>
<p>MATERIALES Y EQUIPOS</p> <p>Bránula N° 22 o 24, venoflex N° 21 o 23, llave de 3 pasos, extensor venoso, jeringa 10 ml, Suero fisiológico 100 ml y ampolla 20 ml, guantes de procedimiento (técnica aséptica por vía central), parche-curita, telas, heparina, bandeja estéril, frasco MEDIVAC para desechar sangre, paquete de cateterismo</p>
<p>PROCEDIMIENTO:</p> <p>PREPARAR OPERADOR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usar gorro y mascarilla • Lavado quirúrgico con jabón de clorhexidina • Uso guantes estériles y ropa estéril si procedimiento se realiza vía umbilical
<p>PREPARAR PACIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • RN en cuna radiante con monitor multiparámetros. • Elegir sitio de punción venosa. No utilizar vía arterial. • Aseo de piel: 1° Tórula con jabón clorhexidina, 2° Tórula con agua limpia. 3°; Tórula seca. <p>Precauciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si Tº antes del procedimiento es < 36,5 °C esperar que termorregule.
<p>INSTALACIÓN DE VIA PERIFÉRICA PARA ADMINISTRAR SUERO FISIOLÓGICO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instalar vía venosa en vena cefálica o basílica y conectar a bomba con Suero fisiológico 1 ml/hr. • Al iniciar extracción de sangre se aumenta a goteo 200 ml/hr en RN < 3 Kg y a 250 ml/hr en RN ≥ 3Kg • Programar bomba con volumen límite = volumen de extracción
<p>EXTRACCIÓN DE SANGRE VÍA VENOSA UMBILICAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instalar catéter según norma. • Para procedimiento de eritroféresis sólo introducir 3 cm o hasta obtener reflujo de sangre. • PREVENIR QUE INGRESEN BURBUJAS DE AIRE A LINEA VENOSA • Conectar llave de 3 pasos a catéter umbilical con baño de heparina y 2 jeringas de 10 ml. • Aspirar sangre • Retirar catéter al final de la extracción
<p>COMPLETAR REGISTROS: PROGRAMA DE CALIDAD (CATETERES) Y PROGRAMA DE IAAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registrar indicación médica en Hoja de Indicaciones. • Registrar inserción en hoja de enfermería: especificando, tamaño de catéter, distancia insertada. • Mantener registro al día de vigilancia epidemiológica en documentos AD-HOC

Bibliografía:

1. Mhairi G Procedures in Neonatology2, 002 Lippincott Williams & Lippincott.