

PREMATURO, PEG Y GEG

Romina Clavería Meza
Tutor: Dr Gerardo Flores
Internado Pediatría



DEFINICIONES



RN PRETÉRMINO (<37 SDG)

SDG

- 34-36 → Prematuro **tardío**
- 32-33 → Prematuro **moderado**
- 28-31 → **muy prematuro**
- <28 → Prematuro **extremo**

Peso al nacer

- 4000 g → **Macrosómico**
- 3000 g - 3999 g → **Normal**
- 2500 g - 2999 g → **Peso insuficiente**
- < 2500 g → **Bajo peso**
- < 1500 g → **Muy bajo peso**
- < 1000 g → **Extremo bajo peso**

PEG - AEG - GEG

- **PEG severo** → <p3
- **PEG** → <p10
- **AEG** → p10-p90
- **GEG** → >p90

RCIU

Insuficiente expresión del potencial genético del crecimiento fetal

<p3
<p10 + Doppler alterado

Umbral de viabilidad → >22 SDG

ANTROPOMETRÍA

MEDICIONES



Talla



Peso

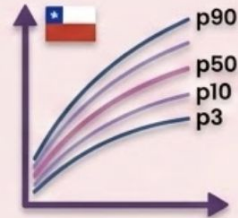


Perímetro
cefálico

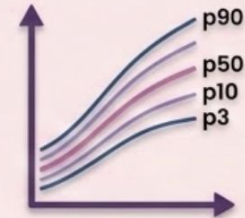


Perímetro
torácico

Curvas antropométricas



**Alarcón
Pittaluga**



Fenton

Hasta las 40 semanas →
luego se usa curva OMS



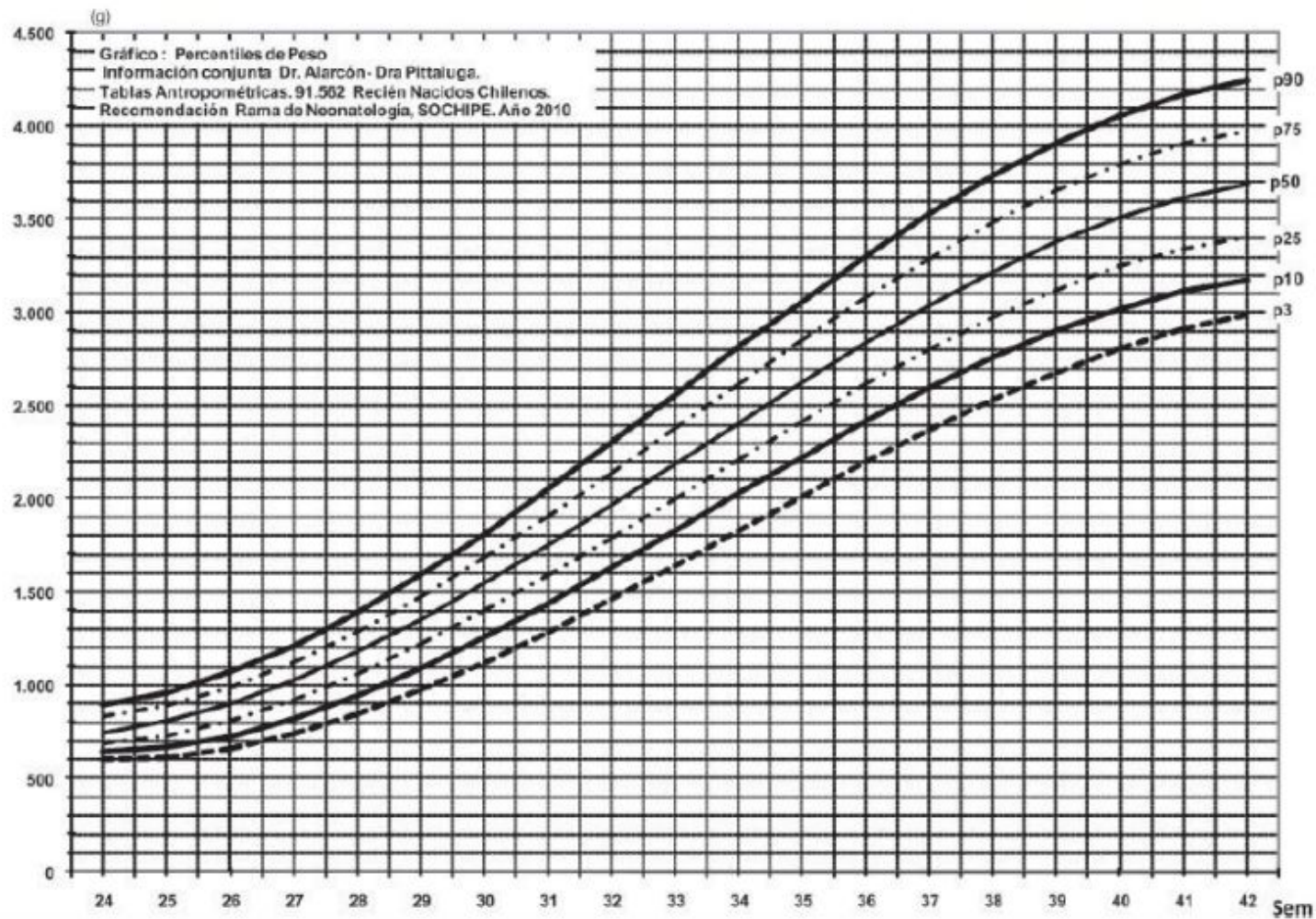
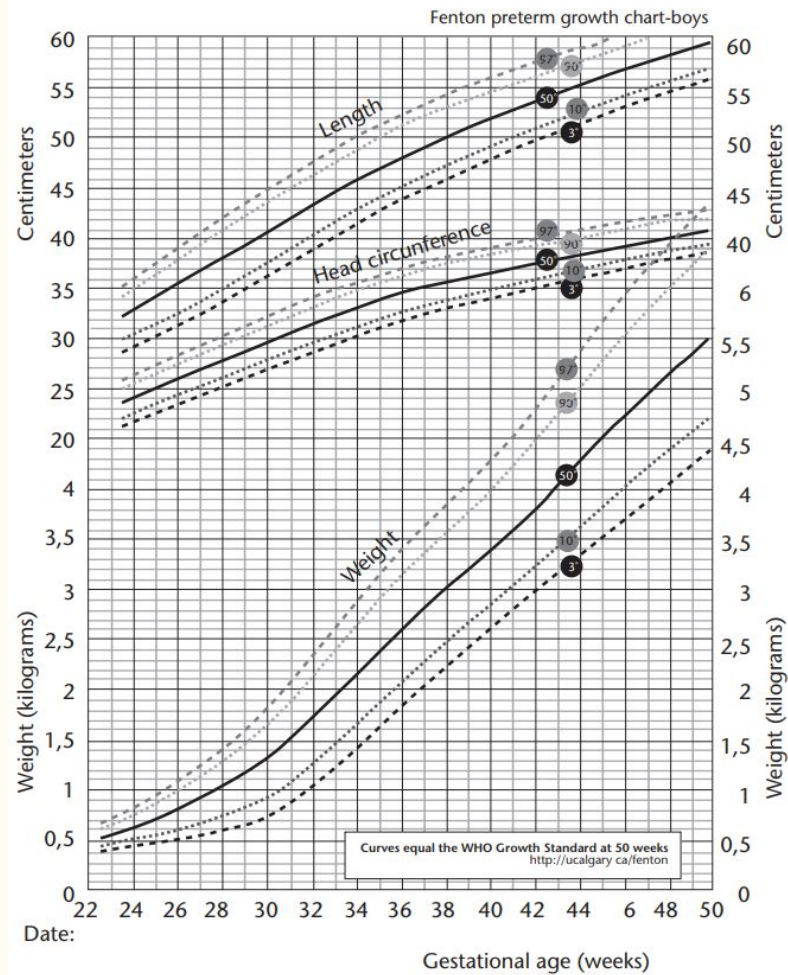
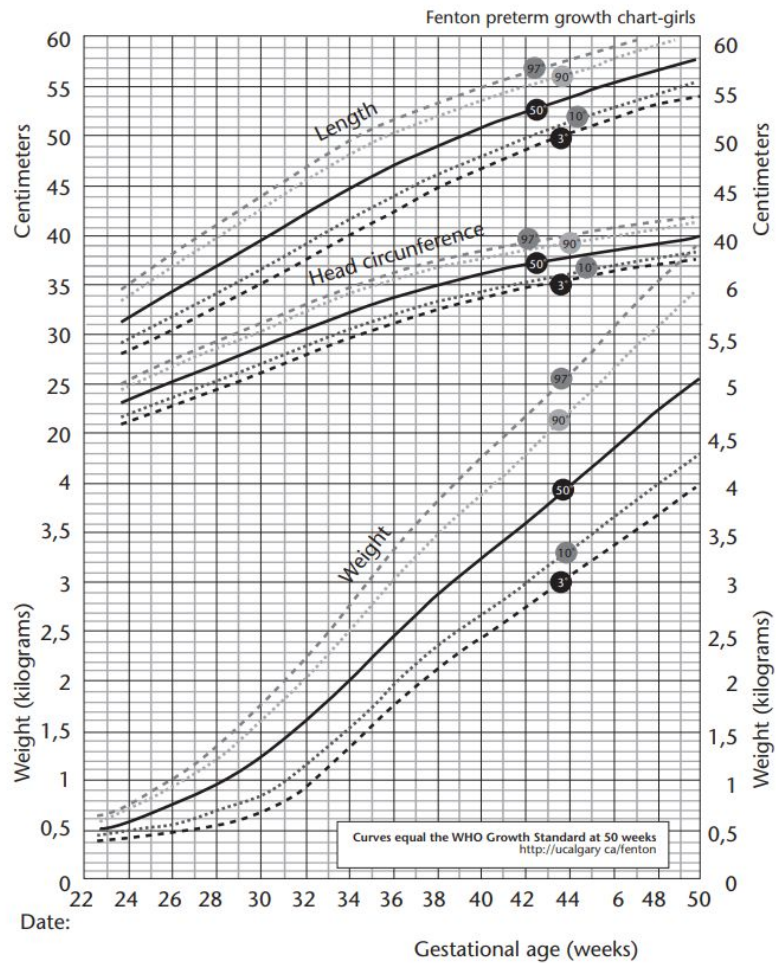


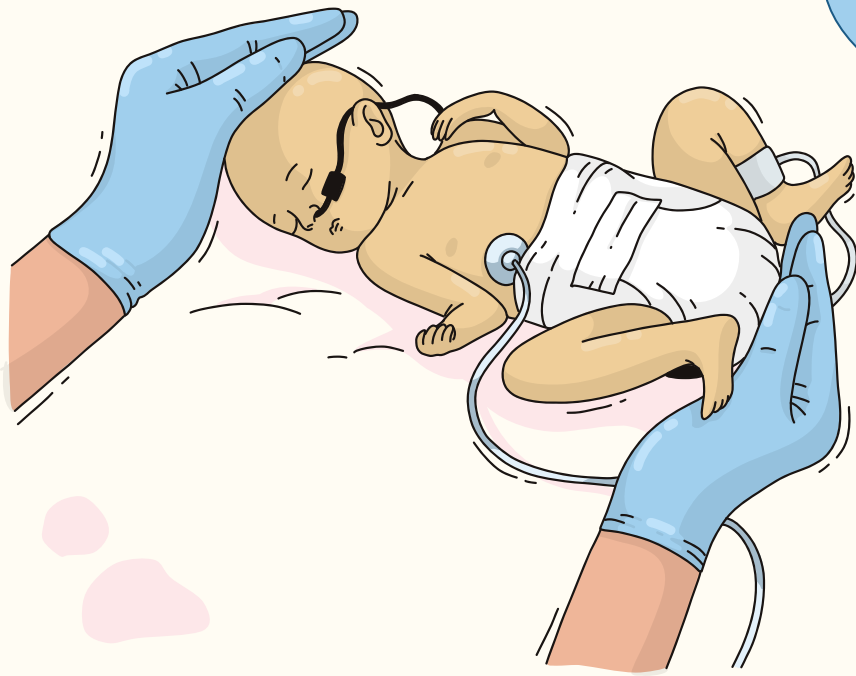
Tabla 2. Peso; promedio, desviación estándar y percentiles ajustados de RN

EG. Sem.	n	Promedio (g)	DS	p 3	p 10	p 25	p 50	p 75	p 90
24	85	766,3	102,8	601,0	640,6	691,0	749,1	835,0	897,9
25	70	816,1	119,5	613,5	666,0	733,8	808,7	894,1	963,3
26	106	904,0	138,5	660,9	728,2	812,4	903,5	992,6	1 070,6
27	99	1 025,3	159,3	739,4	822,9	922,6	1 029,2	1 125,9	1 214,6
28	136	1 175,4	181,6	845,0	945,7	1 060,0	1 181,4	1 288,9	1 390,1
29	136	1 349,6	204,9	973,8	1 092,2	1 220,3	1 355,8	1 476,9	1 592,0
30	180	1 543,3	228,8	1 122,0	1 258,2	1 399,1	1 548,2	1 685,0	1 815,0
31	219	1 751,9	253,0	1 285,6	1 439,2	1 592,0	1 754,3	1 908,3	2 053,8
32	317	1 970,7	276,9	1 460,8	1 630,8	1 794,8	1 969,7	2 141,9	2 303,4
33	352	2 195,1	300,3	1 643,6	1 828,7	2 003,0	2 190,2	2 380,9	2 558,5
34	656	2 420,4	322,6	1 830,2	2 028,6	2 212,3	2 411,4	2 620,5	2 813,9
35	1 166	2 642,0	343,6	2 016,6	2 226,0	2 418,4	2 629,1	2 855,9	3 064,4
36	3 079	2 855,2	362,7	2 198,9	2 416,7	2 617,0	2 839,0	3 082,1	3 304,7
37	6 738	3 055,4	379,6	2 373,4	2 596,2	2 803,6	3 036,7	3 294,2	3 529,8
38	17 974	3 238,0	393,8	2 536,0	2 760,2	2 973,9	3 218,0	3 487,5	3 734,4
39	26 752	3 398,3	405,0	2 682,8	2 904,2	3 123,7	3 378,5	3 657,0	3 913,2
40	22 339	3 531,6	412,8	2 810,0	3 024,1	3 248,4	3 514,1	3 797,9	4 061,2
41	10 237	3 633,4	416,7	2 913,7	3 115,3	3 343,9	3 620,2	3 905,3	4 173,0
42	921	3 698,9	416,4	2 989,9	3 173,5	3 405,7	3 692,8	3 974,3	4 243,5
Total	91 562								

Información conjunta Alarcón y Pittaluga.



RN PRETÉRMINO



FACTORES DE RIESGO / ETIOLOGÍA

PLACENTARIAS	MATERNAS	FETALES
• Insuficiencia placentaria • Infarto placentario • Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera • Anomalías vasculares placentarias • Defectos de implantación • Alteraciones inflamatorias placentarias • Metrorragia en el embarazo	• Sd hipertensivo del embarazo • TBQ / Drogas • Edad materna extrema (<20 / >35) • Bajo peso, talla baja, mal/desnutrición • Paridad extrema: nuliparidad, gran multiparidad, intervalo intergenésico corto (<6 meses) • Fármacos: antiepilépticos, anticoagulantes, antineoplásicos. • Infecciones: ITU, vaginosis bacteriana, sífilis, entre otras.	• Alteraciones cromosómicas • Genopatías • Malformaciones congénitas • Errores congénitos del metabolismo • Infecciones congénitas

ALTERACIONES DEL RN PRETÉRMINO

Respiratorio 	• Déficit del desarrollo alveolar y de síntesis de surfactante • Membrana alveolo-capilar engrosada • Aumento de compliance del tórax • Musculatura respiratoria inmadura • Aumento de riesgo de apnea del prematuro • En RNPT → predomina enfermedad por déficit de surfactante.
Neurológico 	<u>Inmadurez del sistema:</u> • Fragilidad de matriz germinal → aumenta riesgo de hemorragia peri/intraventricular (evitar movimientos bruscos en RN por riesgo de rotura capilar de la matriz) • Autorregulación cerebral deficiente → hipoxia e isquemia
Cardiovascular 	• <u>Persistencia del ductus arterioso</u> • Caída anticipada de la presión pulmonar (favorece el paso de sangre hacia los pulmones) • Persistencia del shunt izq-der • Insensibilidad al aumento de la oxigenación • Menor contractilidad miocárdica y respuesta limitada al aumento de la poscarga • <u>Dato</u> → corte tardío del cordón umbilical (1 min) y su estrujamiento evitan la anemia fetal.

ALTERACIONES DEL RN PRETÉRMINO

Gastro intestinal 	• 32-34 semanas → se completa maduración de succión y coordinación con la deglución. • Intestino inmaduro → tránsito lento, distensión abdominal, mayor acumulación de gases por alteración del peristaltismo. • Aumento de permeabilidad intestinal y alteración en la barrera mucosa → predisposición a enterocolitis necrotizante.
Hematológico 	• Descenso progresivo de hematíes • Producción de GR fisiológicamente acelerada por extracciones hemáticas repetidas • Anemia de prematuridad por menor vida media eritrocitaria y disminución de EPO → capacidad de regeneración de GR disminuida.
Inmunológico 	• Inmadurez funcional → susceptible a infecciones graves • Inmunidad innata y adquirida inmaduras • Menor transferencia transplacentaria de IgG por interrupción del embarazo antes del III trimestre. • Disminución de función de los neutrófilos y barreras mucocutáneas. • Importancia del lavado de manos previo a contacto con RN
	Osteopenia

ATENCIÓN INMEDIATA

1. **Recepción en cuna radiante**
2. Colocación de **gorro**.
3. **< 32 sem o <1000 g** → utilizar bolsa plástica sin secar previamente (disminuir las pérdidas de calor).
4. **Evaluar adaptación cardiorrespiratoria** mediante → FC, esfuerzo respiratorio, tono muscular, coloración, SatO2
5. **Reanimación neonatal si está indicada.**
6. **Instalar soporte respiratorio precoz según requerimientos**
7. **Clampeo oportuno del cordón umbilical** si las condiciones clínicas lo permiten.
8. **Mantener control estricto: T°, glicemia, SatO2**
9. Realizar **antropometría**
10. **Administrar medidas preventivas habituales** → profilaxis ocular, vitamina K, vacunas.

EVALUACIÓN EDAD GESTACIONAL



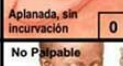
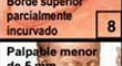
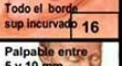
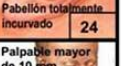
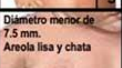
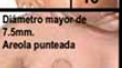
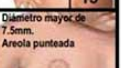
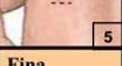
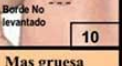
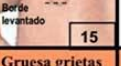
ESCALA DE USHER



Método clínico utilizado para calcular la edad gestacional de un recién nacido

SIGNO	< de 36 semanas	Entre 36 y 38 semanas	> de 39 semanas
PLIEGUES PLANTARES	1 o más 1/3 ant. de pie	Pliegues en 2/3 ant.	Pliegues en toda la planta
PABELLON AURICULAR	Fácilmente plegable, escaso cartilago, no vuelve a posición	Menos deforme, cartilago regular, demora en volver a posición	Rígido, poco deforme. Cartilago grueso, vuelve rápido
PELO	Fino, aglutinado, difícil de separar	Fino, aglutinado, difícil de separar (hasta 37)	Grueso, individualizable (>38s)
NODULO MAMARIO	0.5 cm diámetro	0.5 - 1 cm diámetro	>1 cm diámetro (excepto desnut)
GENITALES MASCULINOS	Escroto pequeño, pocas arrugas, testículos en cond. inguinal	Escroto intermedio, algunas arrugas, testículos en escroto	Escroto pendular arrugado, testículos en escroto
GENITALES FEMENINOS	Labios mayores rudimentarios, sobresalen menores	Labios mayores casi cubren los menores	Labios mayores cubren los menores. Leucorrea y/o pseudomenstruación

Para RN en el inmediato

Forma de la OREJA (Pabellón)	 Aplanada, sin incurvación 0	 Borde superior parcialmente incurvado 8	 Todo el borde superior incurvado 16	 Pabellón totalmente incurvado 24	
Tamaño de GLÁNDULA MAMARIA	 No Palpable 0	 Palpable menor de 5 mm. 5	 Palpable entre 5 y 10 mm. 10	 Palpable mayor de 10 mm. 15	
Formación del PEZON	 Apenas visible sin areola 0	 Diámetro menor de 7.5 mm. Areola lisa y chata 5	 Diámetro mayor de 7.5mm. Areola punteada 10	 Diámetro mayor de 7.5mm. Areola punteada 15	
TEXTURA de la PIEL	 Muy fina gelatinosa 0	 Fina lisa 5	 Mas gruesa discreta descamación superficial 10	 Gruesa grietas superficiales descamación de manos y pies 15	 Gruesa grietas profundas apergaminadas 20
PLIEGUES PLANTARES	 Sin pliegues 0	 Marcas mal definidas en la mitad anterior 5	 Marcas bien definidas en la 1/2 anterior, Surcos en 1/2 anterior 10	 Surcos en la mitad anterior 15	 Surcos en mas de la mitad anterior 20

Test de Capurro

Madurez neuromuscular

Puntuación	-1	0	1	2	3	4	5
Postura							
Ventana cuadrada (muñeca)							
Retroceso del brazo							
Ángulo popliteo							
Signo de la bufanda							
Talón-oreja							

Madurez física

Piel	Pastosa, friable, transparente	Gelatinosa, roja, translúcida	Lisa, rosada, venas visibles	Descamación superficial o exantema, pocas venas	Agrietamiento, zonas pálidas, venas raras	Apergamina-dia, grietas profundas, ausencia de vasos	Coriácea, agrietada, arrugada
Lanugo	Ninguno	Escaso	Abundante	Adelgaza-miento	Zonas alopecicas	En su mayor parte, alopecico	Clasificación de madurez
Superficie plantar	Talón-dedo 40-60 mm: -1 < 40 mm: -2	> 50 μl. ουρενχιου δε παιουχο	Marcas rojas, apenas visibles	Surco transversal anterior único	Surcos en los 2/3 anteriores	Surcos en toda la planta	
Mama	Imperceptible	Apenas perceptible	Aréola plana, ausencia de botón mamario	Aréola punteada, botón de 1-2 mm	Aréola elevada, botón de 3-4 mm	Aréola completa, botón de 5-10 mm	Puntuación
Ojo/oido	Párpados fusionados laxamente: -1 Párpados fusionados estrechamente: -2	Párpados abiertos, pabellones auriculares curvados, planos, permanece plegado	Pabellón auricular ligeramente curvado, blando, retracción lenta	Pabellón bien formado, blando, pero retrocede con facilidad	Formado y firme, retracción instantánea	Cartilago grueso, oreja rígida	Semanas
Genitales (masculinos)	Escroto plano, liso	Escroto vacío, rugosidades finas	Testículos en la parte superior del conducto, escasas rugosidades	Testículos en descenso, pocas rugosidades	Testículos descendidos, rugosidades adecuadas	Testículos péndulos, rugosidades profundas	-10 -5 0 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50
Genitales (femeninos)	Clitoris prominente, labios planos	Clitoris prominente, labios pequeños	Clitoris prominente, labios menores en crecimiento	Labios mayores y menores igual de prominentes	Labios mayores grandes, labios menores pequeños	Los labios mayores cubren el clitoris y los labios menores	20 22 24 26 28 30 32 34 36 38 40 42 44

Test de Ballard

(posterior a 24 hrs de vida)

PATOLOGÍAS FRECUENTES DEL PREMATURO

- Síndrome de Distrés Respiratorio (SDR): 93%
- Retinopatía del prematuro (ROP): 59%
- Ductus arterioso permeable (DAP): 46%
- Displasia broncopulmonar (DBP): 42%
- Sepsis de inicio tardío: 36%
- Enterocolitis necrotizante (NEC): 11%
- Hemorragia peri-intraventricular (HIV) Grado III/IV: 7 y 9%
- Leucomalacia periventricular (PVL): 3%

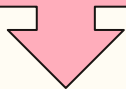
La incidencia aumenta significativamente en RN <28 semanas y <1000 g.

Principales secuelas a largo plazo:
-Complicaciones **respiratorias y neurológicas**

RETINOPATÍA DEL PREMATURO

Hipoxia - Hiperoxia - Prematurez

A las **32 SDG** comienza la vascularización de la retina inmadura.



Si durante este proceso ocurre una injuria (ej. falta o exceso de oxígeno):

- Los vasos retinianos se vuelven anómalos y pueden crecer hacia el humor vítreo, traccionando la retina y provocando desprendimiento con riesgo de ceguera.



Factores de riesgo

- Ventilación mecánica
- Sepsis
- Transfusiones
- Fluctuaciones de saturación de oxígeno → cambios repetidos entre hipoxia e hiperoxia alteran la angiogénesis normal y estimulan crecimiento desorganizado de vasos.

La pesquisa oftalmológica seriada es fundamental en RN <32 sem o <1500 g

SÍNDROME DE DISTRES RESPIRATORIO

Trastorno respiratorio frecuente en prematuros (<32 semanas) debido a:

- Inmadurez pulmonar,
- Déficit de surfactante.

Aumenta la tensión superficial alveolar y favorece el **colapso de los alvéolos** durante la espiración.

Consecuencia → disminuye el intercambio gaseoso y **aumenta el trabajo respiratorio.**

CLÍNICA

- Quejido.
- Retracción.
- Taquipnea.
- Requerimiento progresivo de oxígeno.

***Radiografía típica** → patrón reticulogranular difuso con broncograma aéreo.



PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

- **Corticoides prenatales** → aceleran la maduración pulmonar fetal y estimulan la producción de surfactante.
- **CPAP** → Mantiene presión (+) continua en la vía aérea, evitando el colapso alveolar y mejorando la oxigenación.
- **Surfactante exógeno** (INSURE, MIST) → mejora rápidamente la distensibilidad pulmonar y el intercambio gaseoso

DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE

Comunicación entre arteria pulmonar y la aorta.

Tras el nacimiento:

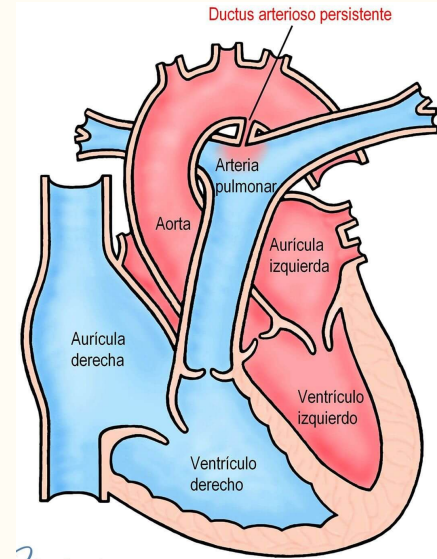
- $\uparrow$ O₂ y $\downarrow$ prostaglandinas producen su cierre funcional, normalmente dentro de las primeras 72 horas de vida.
- $\downarrow$ O₂ y $\uparrow$ prostaglandinas puede favorecer la mantención de su apertura.
- Clínica $\rightarrow$ soplo sistólico, pulsos amplios y aumento de requerimientos ventilatorios.
- Manejo $\rightarrow$ restricción hídrica, ibuprofeno/paracetamol y, eventualmente, cierre quirúrgico.

CONSECUENCIAS

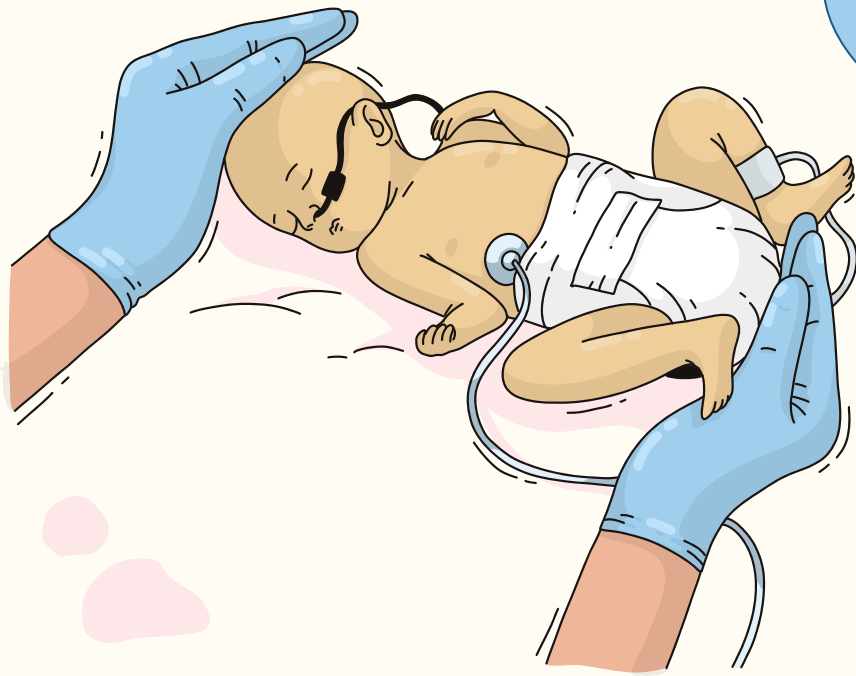
- Exceso de flujo pulmonar
- Hipoperfusión sistémica
- Apnea
- Dificultad respiratoria
- Insuficiencia cardíaca

ASOCIADO A:

- Hemorragia pulmonar
- DBP
- NEC
- HI-PV
- Muerte



**PEQUEÑO PARA
EDAD
GESTACIONAL
(PEG)**



PEG

- **PEG** → corresponde a una definición antropométrica basada en percentiles de crecimiento.
 - **<p10**
 - **<p3** (PEG severo)
- **RCIU** → proceso patológico dinámico en el que el feto no alcanza su potencial de crecimiento intrauterino.
 - **<p10 + alteración del doppler**
 - **<p3**



- **EF** → RN enflaquecido, abdomen plano o excavado, tejido adiposo escaso, cordón umbilical puede ser delgado.
- **Índice ponderal** → **(IP = PN × 100/talla³)**
 - **> p10** → PEG simétricos: restricción en talla y CC.
 - **<p10** → PEG asimétricos. mayor compromiso del peso en relación a la talla y la CC.
- **RN constitucionalmente pequeño** → sin alteraciones estructurales, cromosómicas, genéticas ni infección intrauterina.
 - Asociado a: madres de talla baja, primigestas o adolescentes.
 - Generalmente presentan evolución neonatal favorable y adecuado crecimiento postnatal.

FACTORES DE RIESGO / ETIOLOGÍA

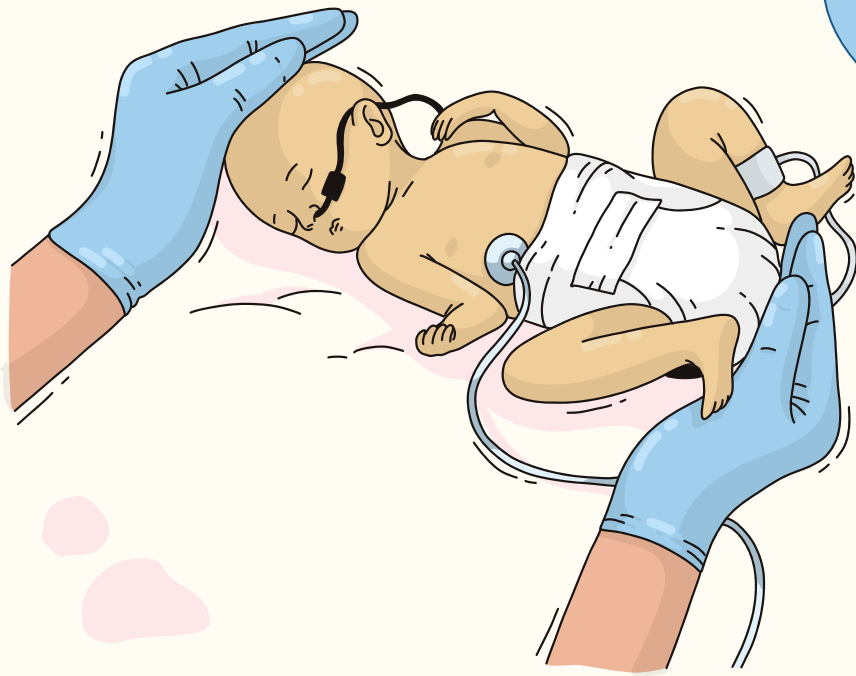
MATERNAS	PLACENTARIAS	FETALES
• Hipertensión • Cardiopatías • Tabaquismo, alcoholismo, drogas • Nefropatías • Colagenosis vasculares • Diabetes • Anomalías uterinas • Vasculopatías • Anticuerpos antifosfolípidos • Desnutrición • Otras → Edad materna extrema, anemia, control prenatal insuficiente.	• Vellositis • Infartos múltiples • Desprendimiento placentario • Inserción anormal • Gestación múltiple • Mosaicismo cromosómico. • Insuficiencia placentaria crónica → causa frecuente de RCIU tardío.	• Cromosomopatías • Enfermedades metabólicas • Síndromes genéticos • Infecciones congénitas • TORCH y malformaciones congénitas se asocian especialmente a RCIU simétrico.

COMPLICACIONES

INMEDIATAS	A LARGO PLAZO
• Asfixia perinatal → insuficiencia placentaria disminuye aporte de O₂ y nutrientes al feto, produciendo hipoxia crónica intrauterina. Durante contracciones ↓ del intercambio gaseoso → Hipoxemia fetal, acidosis y depresión neurológica. • Hipoglicemia → Reservas insuficientes de glucógeno y ácidos grasos en tejido adiposo, ↓ de gluconeogénesis, concentraciones bajas de hormonas contrarreguladoras. • Alteraciones hematológicas: anemia, trombocitopenia, neutropenia, leucopenia, poliglobulia neonatal. • Alteraciones de la termorregulación: Mayor pérdida de calor, ↓ grasa subcutánea, asfixia agrava hipotermia • Enterocolitis necrotizante: proceso de hipoxia-isquemia intestinal → intestino comienza a sufrir, pasa gas a sus paredes pudiendo terminar en perforación y necrosis.	• Crecimiento → talla baja o hipocrecimiento postnatal • Neurodesarrollo → alteraciones cognitivas o trastornos motores • Metabólicas y Cardiovasculares → HTA, resistencia a la insulina, DM2, obesidad, sd metabólico • Endocrinológicas → pubertad precoz, pubarquia precoz y síndrome de ovario poliquístico.

VIGILANCIA	HOSPITALIZAR
→ Control seriado de glicemia. → Vigilancia de temperatura corporal. → Evaluación hematológica → descartar poliglobulia, anemia del prematuro, alteraciones metabólicas. → Control de calcemia durante las 1eras horas de vida. → Evaluación de tolerancia alimentaria. → Detección precoz de enterocolitis necrotizante. → Monitorización del crecimiento y evolución clínica.	→ Peso de nacimiento ≤ 2250 g → Peso $< p3$, con índice ponderal bajo $p10$ (PEG asimétrico) y con una patología asociada: ◆ Dificultad respiratoria. ◆ Hipoglicemia. ◆ Policitemia. ◆ Intolerancia alimentaria. ◆ Alteraciones térmicas. ◆ Sospecha infecciosa. ◆ Patologías asociadas.

**GRANDE PARA
EDAD
GESTACIONAL
(GEG)**



FACTORES DE RIESGO

CONSTITUCIONALES	GESTACIONALES
→ Hijo previo > 4000g → Madre macrosómica → Padre talla alta → IMC materno pregestacional → Multiparidad > 4 - Hijos de embarazos consecuentes tienden a ser más grandes que los primogénitos → Etnia: raza africana o latina → Obesidad materna y paterna → Diabetes previa	→ Gran aumento de peso durante la gestación → Embarazo prolongado (41-42 semanas) → Diabetes gestacional: hiperinsulinismo fetal → TRA (Técnicas de Reproducción Asistida)

- **GEG** → >p90 para una EG determinada
- **Macrosomía** → RN > 4 kg, cualquier EG

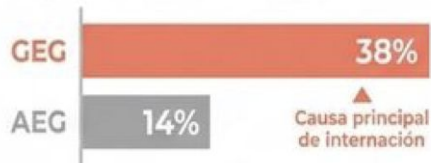
COMPLICACIONES



Fetales y Neonatales

- Distocia de hombros y lesión del plexo braquial (riesgo 18-21x mayor si >4500g).
- Hipoglucemia neonatal (Causa principal de internación en UCIN).
- Síndrome de Distrés Respiratorio y Policitemia.

Hipoglucemia neonatal (GEG vs AEG)



Maternas

- Incremento severo de parto instrumentado y rotura uterina.
- Cesárea de urgencia (riesgo multiplicado por 2.5).
- Hemorragia posparto y trauma perineal extenso.



A Largo Plazo (Programación Metabólica)

- Predisposición a acumulación de grasa central.
- Desarrollo temprano de Obesidad Infantil.
- Mayor riesgo de Diabetes Mellitus tipo 2 y Síndrome Metabólico en la adultez.
- Mayor riesgo de infarto miocárdico.

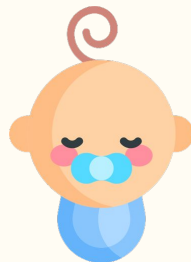
DIAGNÓSTICO

1. Estimación de la edad gestacional → FUR, eco precoz.

2. Estimación del peso fetal → Hadlock (DBP, PC, CA*, LF)

3. Estimación del percentil → según EG, sexo fetal, n° fetos.

**Circunferencia abdominal (CA) → parámetro ecográfico individual más predictivo para el riesgo de macrosomía y crecimiento asimétrico.*



Antecedentes prenatales → patologías maternas, FR para GEG, hallazgos ecográficos.



Clasificar según curvas **Alarcón Pittaluga**

MANEJO

1. GEG aislado → ECO 38-39 SDG para EPF:

- <4000g = mantener controles.
- >4000g = finalizar embarazo desde 39 SDG.
- >4500g madre diabética = cesárea desde 39 SDG.
- >5000g madre sana = cesárea desde 39 SDG.

2. Atención inmediata (recordar que presentan mayor riesgo de hipoglicemia)

3. Ambiente temperado y control T°

4. HGT a las 2 horas o antes si FR.

5. Hospitalizar si: trauma periparto o inestabilidad metabólica → **Monitorizar.**

6. Manejo específico según EG y complicación asociada

“GOLDEN HOUR”

“Implementation of a Golden Hour protocol for initial management of preterm infants: a quality improvement study”

El estudio incluyó:

- RN <31 semanas de gestación, y/o
- Peso fetal estimado <1300 g

- Anticipación antenatal.
- Roles definidos del equipo.
- Protección térmica multimodal.
- Medir/anotar tiempos.
- Acceso vascular precoz.
- Glicemia temprana.
- Nutrición parenteral precoz.
- Cafeína precoz.
- Comunicación entre los integrantes.
- Simulación y reevaluación periódica del protocolo.

- **Mejoró la termorregulación** → se redujo la hipotermia de ingreso.
- **Mayor eficiencia del manejo metabólico** → en el grupo GH se midió la glicemia, en promedio, 20 minutos antes.
- Favoreció **instalación precoz del catéter umbilical, nutrición parenteral y cafeína.**
- Potenció la **organización, anticipación, comunicación y definición de roles** dentro del equipo.
- No modificó de manera demostrable la mayoría de los desenlaces clínicos neonatales.
- No demostró reducir mortalidad ni morbilidad mayor.
- Requiere **entrenamiento continuo, adaptación y refinamiento.**
- Debe reevaluarse en estudios con mayor cantidad de pacientes.

TABLE 3 Clinical outcomes [median (IQR)—*n*(%)].

Variables	Golden Hour (<i>n</i> = 77)	Controls (<i>n</i> = 72)	<i>P</i> -value
Admission temperature (°C)	36.6 (36.2–36.9)	36.4 (36–36.9)	0.41
Hypothermia on admission	23 (31.5%)	36 (50%)	0.03
Hyperthermia on admission	4	1	0.38
Hyperthermia at the end of procedure	1 (<i>n</i> = 43)	0 (<i>n</i> = 4)	NA
First glycemia (mg/dL)	44 (30–60)	44 (27–57)	0.86
Hypoglycemia on admission	41 (53%)	36 (50%)	0.82
Severe hypoglycemia on admission (<25 mg/dL)	12 (16%)	16 (22%)	0.41
Time to first glycemia measure (min)	43 (35–50)	63 (53–77)	< 0.001
BPD moderated/severe	13 (17.5%)	10 (15.1%)	0.88
Intubation rate	15 (19.5%)	23 (31.9%)	0.12
Time to surfactant administration (min)	164 (120–690)	275 (120–840)	0.24
LISA before 2h	12 (<i>n</i> = 28)	5 (<i>n</i> = 27)	0.1
Red cell Transfusion (one or more)	25 (33%)	25 (35%)	0.95
PDA treatment	11 (14.2%)	22 (31.4%)	0.02
PDA surgical	0	1	0.12
Early-onset sepsis	4 (5.2%)	0	0.14
Late-onset sepsis	20 (27%)	15 (21%)	0.52
NEC	4 (5.2%)	2 (2.8%)	0.74
sROP	0	0	1
sIVH	2 (2.6%)	3 (4.1%)	0.94
cPVL	0	1	0.96
Death	3 (3.9%)	6 (8.3%)	0.46

min, minutes; BPD, bronchopulmonary dysplasia; LISA, less invasive surfactant administration; PDA, patent ductus arteriosus; NEC, necrotizing enterocolitis; sROP, severe retinopathy of prematurity; sIVH, severe intraventricular hemorrhage; cPVL, cystic periventricular leukomalacia.

BIBLIOGRAFÍA

- Pittaluga, E., Díaz, A. V., Mena, N. P., & Corvalán, V. S. (2002). Curva de crecimiento intrauterino para prematuros entre 23 a 36 semanas de edad gestacional. *Revista Chilena de Pediatría*, 73(2), 135-141.
- Díez López, I., Cernada, M., Galán, L., Boix, H., Ibáñez, L., & Couce, M. L. (2024). Recién nacido pequeño para la edad gestacional: concepto, diagnóstico y caracterización neonatal, seguimiento y recomendaciones. *Anales de Pediatría*, 101(2), 124-131.
- Jahnsen Kozlik, J. (s.f.). Protocolo de atención inmediata neonatal y cuidados de transición del recién nacido. Neo Puerto Montt.
<http://www.neopuertomontt.com/BecaPediatria/Atencion%20Inmediata%20Neonatal.htm>
- Dénes, S., Stockis, E., Rigo, V., & Tribolet, S. (2026). Implementation of a Golden Hour protocol for initial management of preterm infants: a quality improvement study. *Frontiers in Pediatrics*, 14(1832031), 1832031. <https://doi.org/10.3389/fped.2026.1832031>
- Boguszewski, M. C. S., Merico, V., Bergada, I., Damiani, D., Belgorosky, A., González, P., Ortíz, T., LLano, M., Domené, M. H., Calzada-León, R., Blanco, A., Barrientos, M., Procel, P., Lanes, R., & Jaramillo, O. (2012). Consenso Latinoamericano: niños pequeños para la edad gestacional. *Revista Chilena de Pediatría*, 83(6), 620-634. <https://doi.org/10.4067/s0370-41062012000600014>

GRACIAS!

