



Sociedad Argentina de Pediatría

Dirección de Congresos y Eventos

Comité Nacional de Estudios Feto Neonatales (CEFEN)



Por un niño sano
en un mundo mejor

3° Congreso Argentino de Neonatología

9° Jornadas Interdisciplinarias de Seguimiento del Recién Nacido de Alto Riesgo

3° Jornada Nacional de Perinatología

3° Jornadas Argentinas de Enfermería Neonatal

“Ética, seguridad y evidencia para mejorar la salud perinatal y el seguimiento de los recién nacidos”

29 y 30 de junio y 1° de julio de 2016

Sede

Panamericano Buenos Aires Hotel & Resort

Carlos Pellegrini 551 – Ciudad de Buenos Aires

Jornada de Actualización de Reanimación Cardiopulmonar Neonatal

Jornada ACoRN

(Cuidado agudo del recién nacido en riesgo)

28 de junio de 2016

Sede

Centro de Docencia y Capacitación Pediátrica “Dr. Carlos A. Gianantonio”

Salguero 1244 – Ciudad de Buenos Aires

RESÚMENES de TRABAJOS LIBRES

FACTORES ASOCIADOS CON FALLA EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE SÍFILIS MATERNA. ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

PO
004

Silva A.¹; Bois F.²; Duro E.³

HOSPITAL CENTRAL DE PEDIATRÍA DE MALVINAS ARGENTINAS^{1,2} HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE MALVINAS ARGENTINAS³
<ana_maria_silva@live.com>

Opción a premio

INTRODUCCIÓN:

La sífilis materna inadecuadamente tratada constituye un problema de salud pública ya que puede producir enfermedad congénita y gran morbimortalidad.

OBJETIVO:

Describir qué factores socioeconómicos están relacionados con falla en el diagnóstico y tratamiento de sífilis materna.

POBLACIÓN Y MÉTODOS:

Estudio analítico de casos y controles en el Hospital Materno-infantil de Malvinas Argentinas, 2014-2015. Casos: mujeres puérperas con sífilis sin tratamiento o inadecuado e hijos con sífilis congénita. Controles: mujeres puérperas e hijos recién nacidos vivos sanos. Se realizó revisión de historias clínicas. Estadística: Caracterización de grupos a través del test de Fisher y t-Student. Se estimó el OR individual y ajustado de "falla en el diagnóstico" y "falla en el tratamiento" fijando IC95% ($p < 0,05$) para cada variable estudiada en SPSS24.0.

RESULTADOS:

Hubo 106 casos de sífilis materna con enfermedad congénita y 100 controles. Mujeres con 5 CPN o menos tuvieron 4 veces más riesgo de presentar falla en el diagnóstico de sífilis materna respecto al grupo control (OR: 4,83; IC95%: 1,79-12,98) patrón igualmente observado para baja escolaridad. Las madres de 18 años o menos y aquellas con número

insuficiente de CPN constituyeron un factor de riesgo significativo para falla en el tratamiento (OR ajustado: 4,07; IC95%: 1,43-11,57 y OR ajustado: 2,85; IC95%: 1,29-6,28, respectivamente).

CONCLUSIONES:

Administrar tratamiento adecuado y completo a las madres y sus parejas sexuales es necesario para disminuir la transmisión de sífilis en el embarazo. Se debe capacitar al personal de salud en materia de abordaje diagnóstico y terapéutico además de implementar políticas de salud pública orientadas a mejorar el número de controles obstétricos, el índice de escolaridad materna y a disminuir la tasa de embarazo en adolescentes con el objeto de reducir la incidencia de sífilis congénita e impactar positivamente en la calidad de vida de los recién nacidos.

EVALUACIÓN DE LA MORTALIDAD NEONATAL EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES SEGÚN RESIDENCIA DE LA POBLACIÓN Y PERTENENCIA A SUBSISTEMA DE SALUD

PO
005

Meritano J.¹; Tsavoussian L.²; Cimbaro Canella R.³; Solana C.⁴

HOSPITAL MATERNO INFANTIL RAMON SARDA^{1,2,3,4}
<jmeritano@gmail.com>

Opción a premio

La mortalidad neonatal es el componente más importante de la mortalidad infantil y su análisis es complejo, no dependiendo exclusivamente del sistema sanitario.

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) entre el 2000 y el 2012, la mortalidad neonatal fue inferior que la media nacional, pero no registra ningún cambio. A su vez la diferencia es cada vez menor: mientras en el año 2000 era un 46% inferior, ésta se reduce a un 21% en 2012.

El objetivo de este trabajo fue evaluar la existencia de asociación entre el lugar de residencia de la madre, el subsector de salud al cual pertenece y la tasa de mortalidad en los menores de 28 días de vida en la CABA en los años 2011 y 2012.

Se registraron 166.136 nacimientos durante los años 2011 y 2012. La proporción de nacimientos en establecimientos públicos y privados permanece estable; siendo este último subsector el que presenta mayor cantidad de nacimientos (57%). Los recién nacidos presentan similar proporción de género, peso y edad gestacional promedio en los dos subsistemas. La TMI de la CABA es una de las más bajas del país, siendo la TMN el mayor componente de la misma. En los residentes CABA, el subsector público duplica la mortalidad del subsector SSyP (7,8‰ vs. 4,4‰).

La TMN de los residentes no CABA es mayor que los residentes CABA (10,3‰ vs. 5,6‰) OR 1,86 IC95% (1,66- 2,08) $p < 0,001$; a su vez los residentes no CABA presentan mayor mortalidad en el subsector público. En los residentes CABA las diferentes categorías de TMN son mayores y estadísticamente significativas en establecimientos públicos con respecto a los SSyP. Para la TMN precoz se ha estimado una OR 1,72 IC95%(1,4 -

2,12) $p < 0,001$, para la TMN tardía OR 1,92 IC95%(1,34 - 2,73) $p < 0,001$ y para la TMN global OR 1,77 IC95%(1,48 - 2,11) $p < 0,001$.

En los residentes No CABA también hallamos las mismas diferencias pero con diferente fuerza para la TMN precoz OR 1,25 IC95%(1,04 - 1,49) $p < 0,05$ y para la TMN global OR 1,15 IC95%(1,002 - 1,32) $p < 0,05$. Cabe aclarar que en este caso con respecto a la TMN tardía no hallamos diferencias significativas OR 1,02 IC95%(0,81 - 1,28) $p > 0,86$.

En el análisis de la mortalidad neonatal en la población entre 500 y 1499 gramos, en los residentes No CABA la mortalidad es significativamente mayor OR 1,5 IC95% (1,13-1,99) $p < 0,01$. En los residentes CABA, el subsistema público presenta una mayor mortalidad que el SSyP OR 1,61 IC95%(1,06-2,47) $p < 0,03$.

La primera conclusión a la que podemos arribar es que la CABA, único caso en el país, tiene un componente de nacimientos y defunciones extrajurisdiccionales muy importante, que no se refleja en las estadísticas oficiales que sólo toma en cuenta el lugar de residencia de los padres. La comparación de las cifras es llamativamente diferente según lugar de residencia. Mientras los residentes en CABA presentan unas de las TMN más bajas del país (5,57‰), los no residentes atendidos por el mismo sistema sanitario, presentan cifras más altas que la media nacional (10,3‰ vs. 7,59‰).

Hemos hallado que existen diferencias estadísticamente significativas entre el lugar de residencia de la madre (no ser residente de CABA), el subsector de salud al cual concurre (subsistema de salud público) y mayor mortalidad neonatal.

SÍNDROME COQUELUCHOIDE NEONATAL. REPORTE DE UN CASO.



Monsalvo M.¹

HOSPITAL REGIONAL "RAMÓN CARRILLO"¹
marquitos_m@hotmail.com

INTRODUCCION:

Coqueluche o Tos Convulsa es una enfermedad respiratoria aguda altamente contagiosa; causada por la bacteria Bordetella Pertussis y prevenible a través de la vacuna.

Esta enfermedad continúa siendo un grave problema de salud pública a nivel mundial. En Argentina, el último aumento de casos se presentó en el año 2012.

En el año 2015 se notificaron 8978 casos sospechosos, de los cuales 855 fueron clasificados como confirmados. Las edades más afectadas continúan siendo los menores de 6 meses.

Se define como caso sospechoso en menores de seis meses a toda infección respiratoria aguda, con al menos alguno de los siguientes síntomas: Apnea, cianosis, estridor espiratorio, vómitos después de toser o accesos de tos paroxística.

Se define como caso confirmado paciente con clínica compatible y resultado positivo en el laboratorio (cultivo para el agente causal, ensayo de PCR específico o seroconversión mediante ensayo serológico específico).

OBJETIVOS:

Reportar un caso confirmado en un paciente menor de un mes de vida que consulta por guardia de neonatología.

CASO CLINICO:

Paciente de sexo femenino, RN de término, peso adecuado para edad gestacional, embarazo controlado, nacido por parto vaginal.

Consulta por guardia a los 23 días de vida, con cuadro clínico de 48 hs de evolución, caracterizado por episodios de tos paroxística, la cual se

acompaña de cianosis y en algunas ocasiones con vomito. Tratado en forma ambulatoria con corticoides y ATB de amplio espectro por vía oral. Se decide su internación con Dx de Síndrome Coqueluchoide, se indica oxígeno con narinas, se rota ATB, se solicita muestra de sangre y aspirado nasofaríngeo, para laboratorio, panel virológico y PCR para coqueluche. Se informa resultado de PCR positivo para Coqueluche. El paciente presentó buena evolución clínica, al sexto día se encuentra sin requerimiento de oxígeno suplementario.

Se realiza profilaxis de contactos cercanos, sin encontrarse nexos epidemiológicos positivos.

CONCLUSION:

La enfermedad de coqueluche debe ser tenida en cuenta como posible diagnóstico en todo paciente que presenta episodios de accesos de tos paroxística acompañada de cianosis a pesar de no tener un nexo epidemiológico sospechoso; de manera de iniciar tratamiento precoz y realizar pruebas de laboratorio para diagnóstico específico.

EVOLUCIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN EL PERÍODO INTRAHOSPITALARIO Y A LAS 40 SEMANAS DE EDAD CORREGIDA DE LOS RNMBPN EN SEGUIMIENTO RED NEOCOSUR



Dapremont I.^{1,2,3,4,5,6}; Escandar A.⁴; Rodríguez D.³; Sepúlveda M.⁵; Rombolá E.⁷; Ranzuglia M.⁸; Morgues M.²; Pittaluga E.¹; Mendizabal R.⁹; Bellomo S.⁶

HOSPITAL DR. SÓTERO DEL RÍO¹, HOSPITAL SAN JOSÉ², HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES³, CLÍNICA Y MATERNIDAD SUIZO ARGENTINA⁴, HOSPITAL JUAN FERNANDEZ⁵, HOSPITAL CAYETANO HEREDIA⁶, SANATORIO DE LA TRINIDAD⁷; HOSPITAL LAGOMAGGIORE⁸; HOSPITAL SAN BORJA ARRIARÁN⁹

<ivonne.dapremont@gmail.com>

ANTECEDENTES:

Neocosur es una red colaborativa neonatal creada en 2000. Desde 2013 cuenta con una red de Seguimiento.

Los resultados antropométricos de una cohorte en seguimiento puede reflejar las prácticas nutricionales intra y extra-hospitalarias de cada centro.

OBJETIVO:

Describir la evolución nutricional de los recién nacidos de muy bajo peso (RNPTMBPN), provenientes de 10 centros de la Red Neocosur, en tres momentos relacionados con la hospitalización: 1) al nacer, 2) egreso y 3) 40 semanas de Edad Corregida (EC).

DISEÑO Y PACIENTES:

Estudio observacional, multicéntrico de cohorte con análisis retrospectivo de datos.

Se incluyó a todos los RNMBPN (PN entre 400 y 1500 g) nacidos entre el 01/01/2013 y el 31/12/2014 de los 10 centros participantes del Seguimiento de Neocosur que registraron sus datos en línea a las 40 semanas de EC. La información intra-hospitalaria y de seguimiento fue analizada por una Unidad de Base de Datos. El análisis estadístico se realizó con SPSS 17.0. Se consideró significativo todo valor $p < 0,05$.

Las antropometrías de los 3 momentos elegidos fueron sometidas a calificación nutricional según Z Score por Curva de Fenton.

RESULTADOS:

En los 10 Centros de Seguimiento fueron enrolados 815 RNMBPN. Peso de Nacimiento (PN) 1.149 g (DS $\pm 236,6$) con Edad Gestacional (EG) 29,6 (DS $\pm 2,5$), 53,6% de género femenino. 64,5% de los pacientes provenían de Argentina (5 centros), 31,5% de Chile (4 centros) y 4,0% de Perú (1 centro).

La calificación nutricional global fue: Al nacer: Pequeño EG (PEG) 20,7%, Adecuado EG (AEG) 74,9% y Grande EG (GEG) 4,4%. Al alta: Desnutridos 58,2%, Eutrófico 41,3% y Sobrepeso 0,5%. A las 40 sem EC: Desnutridos 42,2%, Eutrófico 52,1% y Sobrepeso 5,7%.

El análisis por centro refleja diferencias significativas en los rangos de: PEG: 8,7 a 25,6%. Desnutridos al alta: 40,8 a 86,3% y Desnutridos a las 40 semanas EC: 18,5 a 61,4%. El análisis por países también muestra diferencias significativas en los rangos de PEG: 14,5 a 24,2%. Desnutridos al alta: 44,4 a 71,9% y Desnutridos a las 40 semanas EC: 26,9 a 51,4%.

CONCLUSIONES:

Esta cohorte de 815 RNMBPN en Seguimiento de la Red Neocosur muestra un 20,7% PEG al nacer. Sin embargo, la hospitalización elevó en forma global a casi el triple el grado de desnutrición al momento del alta (58,2%), y al doble a las 40 semanas de EC (42,2%). Los resultados son diferentes según centro y país mostrando el impacto de las prácticas nutricionales.

MANEJO PERINATAL DE QUILOTÓRAX CONGENITO. A PROPÓSITO DE UN CASO CON SEGUIMIENTO NEONATAL Y PEDIÁTRICO

RPD
009

Alda E.¹; Quintana D.²; Otaño L.³; De Loredó R.⁴; Barrionuevo L.⁵; Martorelli J.⁶

SERVICIO DE NEONATOLOGÍA - HOSPITAL PRIVADO DEL SUR¹; SERVICIO DE NEONATOLOGÍA - HOSPITAL PRIVADO DEL SUR - BAHIA BLANCA^{2,5,6}; SERVICIO OBSTETRICIA - HOSPITAL ITALIANO - BS.AS.³; SERVICIO DE ECOGRAFÍA - HOSPITAL PRIVADO DEL SUR - BAHIA BLANCA⁴
<eralda@criba.edu.ar>

INTRODUCCION:

El Quilotórax congénito es la acumulación de linfa en la cavidad pleural. En la etapa fetal se denomina hidrotórax fetal primario y cuando es progresivo o se complica con hidrops, el pronóstico perinatal es muy pobre. La terapia fetal ha posibilitado mejorar los resultados perinatales en estos casos severos. Presentamos el caso de un quilotórax congénito con tratamiento fetal y su seguimiento postnatal.

CASO CLINICO:

Paciente de 27 años, secundigesta; se detecta derrame pleural fetal izquierdo a las 16 semanas. A las 24 semanas se constata progresión del derrame y signos de hidrops fetal. Se deriva a centro de Medicina Fetal (Hospital Italiano de Bs As) donde realizan toracocentesis evacuadora (28 semanas) confirmando el diagnóstico de hidrotórax fetal primario. Ante la reacumulación inmediata del derrame pleural, se coloca catéter de derivación tóraco-amniótico bajo ecografía, con resolución progresiva del hidrops. A las 32 sem se constata desplazamiento del catéter y a las 34 sem progresión del hidrotórax y polihidramnios. Se realiza cesárea, RN femenino, 2300g. Intubación inmediata y punción evacuadora del hemitórax izquierdo (115 ml). Se coloca drenaje pleural izquierdo (JM). El estudio del líquido ratifica el diagnóstico de quilotórax (90% de linfocitos). Comienza nutrición parenteral total (NPT) al tercer día. Paulatina mejoría clínica y radiológica. Al 7º día sufre episodio de descompensación súbita con distensión abdominal y signos de shock. Se realiza punción abdominal, extrayéndose 50 ml de líquido blanquecino de características histoquímicas similares a la NPT (extravasación). Retiro del catéter

umbilical y mejoría inmediata. A los 11 días se suspende ARM y se inicia alimentación con leche de bajo contenido lipídico (Monogen®). Alta a los 31 días de vida (2600g). Se introduce leche de fórmula a los 6 meses. Al año recibe dieta normal con neurodesarrollo adecuado para su edad.

DISCUSION:

El hidrotórax fetal primario/quilotórax es la efusión pleural más común en el feto. Los casos más severos detectados antes de las 32 semanas tienen un pobre pronóstico perinatal. Las evidencias disponibles muestran que la derivación tóraco-amniótica mejoran significativamente los resultados neonatales. En nuestra paciente el procedimiento fetal permitió avanzar hasta las 34 semanas y realizar el tratamiento neonatal con éxito. El otro aspecto relacionado con la resolución del quilotórax congénito incluye estrategias nutricionales: uso de NPT precoz y administración de fórmulas de bajo contenido lipídico. La NPT disminuye al mínimo los estímulos de las secreciones gastrointestinales y la producción de quilo. La utilización de catéteres centrales presenta riesgos (derrame peritoneal en este caso). El uso de octreótide, un análogo sintético de la somatostatina, es una alternativa terapéutica al reducir la formación de linfa en el intestino. Como conclusión, la posibilidad de derivación a centros con experiencia en patologías fetales, permitió un seguimiento conjunto que incluyó los procedimientos terapéuticos prenatales, perinatales y neonatales necesarios para resolver una patología que, en los casos severos como el presente, tiene una historia natural con altísima mortalidad perinatal.

HIPERINSULINISMO CONGÉNITO: A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD
012

Trisi A.¹; Ponte F.²; Boucau N.³; Forclaz V.⁴; Cirigliano M.⁵

HOSPITAL NACIONAL PROF A POSADAS^{1,2,3,4,5}
<anitatrisi@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Es la causa más común de hipoglucemia persistente en el primer año de vida. Presenta riesgo elevado de daño neurológico irreversible. Hay un fallo en la inhibición de la liberación de insulina por parte de las células β.

OBJETIVO:

Analizar los criterios diagnósticos y terapéuticos de esta patología para diferenciarla de otras causas de hipoglucemia neonatal.

CASO CLÍNICO:

Paciente de sexo masculino, RNT/PAEG, madre de 33 años, G5P3Ab1, con HIE en tratamiento con labetalol. Parto vaginal, 37 semanas, PN 2.600g, apgar 9/10. Examen físico dentro de parámetros normales. A las 20hs de vida presenta hipotermia, asociado a succión débil y marcada hipotonía de 4 miembros. Glucemia: 31 mg/dL. Se coloca venoclisis con flujo inicial de 5 mg/kg/min que requiere aumentos progresivos hasta un máximo de 12mg/kg/min, con el cual logra glucemia de 63 mg/dL. Mejora succión, tono y regula temperatura. Glucemia 47 mg/dL Insulina 20.9 uUI/mL relación insulina/glucemia 0.44. El tamizaje metabólico (gases venosos, aminoacidemia, lactato, amonemia), hormona de crecimiento, TSH y cortisol fueron normales. Exámenes complementarios: ECO cerebral, abdominal: dentro de límites normales. Permanece con flujo de 12mg/kg/min y gastroclisis continua hasta los 11 días de vida en donde se inicia descenso progresivo. A los 15ddv recibe diazóxido 10 mg c/12hs. Se logra suspender venoclisis a los 16ddv. Egres a los 22ddv con dicha medicación, pecho + complemento y controles ambulatorios.

DISCUSIÓN:

La edad de presentación es variable dentro del primer año de vida y el 50% debuta con convulsiones. Histológicamente hay dos formas: una caracterizada por hiperplasia adenomatosa pancreática difusa y otra con compromiso focal. Su diagnóstico diferencial tiene importantes implicancias, ya que las difusas son muy poco respondedoras al tratamiento médico y siempre requieren cirugía. PET se utiliza para diferenciar las formas de HIC. Para el diagnóstico basta tener insulina detectable en presencia de hipoglucemia, para hacer diagnóstico de hiperinsulinismo. Otros criterios son: rápida respuesta de la hipoglucemia a la administración de glucagón y niveles bajos de ácidos grasos y cetonas en plasma y orina. Dada la severidad de la hipoglicemia, el manejo terapéutico debe ser agresivo. Concomitantemente, debe iniciarse el tratamiento farmacológico del hiperinsulinismo, siendo la droga de elección el diazóxido combinado con hidroclorotiazida. Otra droga de uso más reciente es el análogo de somatostatina, Octreótide®. La indicación absoluta de cirugía es en aquellos pacientes en que a pesar de alimentación fraccionada y terapia farmacológica, tengan dependencia de glucosa para mantener glicemias sobre 60 mg/dL.

CONCLUSIÓN:

El diagnóstico y tratamiento debe ser precoz y agresivo. El estudio debiera orientarse a discriminar las formas difusas de las focales y en aquellos hiperinsulinismos refractarios al tratamiento médico, programar el tipo de cirugía más adecuada.

IMPACTO DE UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN TRANSPORTE NEONATAL

Morcillo N.¹; Kostecki M.²; Gonzalez C.³; Nuñez R.⁴; Saez Azar V.⁵; Bellani P.⁶

HOSPITAL GARRAHAN^{1,6}; HOSPITAL MADARIAGA, MISIONES²; HOSPITAL DE LA MADRE Y EL NIÑO, FORMOSA³; MATERNIDAD 25 DE MAYO, CATAMARCA⁴; HOSPITAL VIDAL, CORRIENTES⁵
<nicolasmorcillo@gmail.com>



Opción a premio

INTRODUCCIÓN:

El traslado neonatal (TN) es un componente clave del cuidado del recién nacido (RN) que requiere derivación a un centro de mayor complejidad. Se asume que en nuestro país los traslados son realizados desde los centros de menor hacia los de mayor complejidad, esto significa que quien realiza el traslado cuenta con menores recursos de logística, entrenamiento, equipamiento, humano, etc. Sin embargo aún no se ha realizado el diagnóstico de situación del transporte neonatal en diferentes regiones de nuestro país.

OBJETIVOS:

Realizar el diagnóstico de situación del TN en diferentes regiones de nuestro país y evaluar el impacto de un taller de entrenamiento en TN.

METODOLOGÍA:

Estudio multicéntrico, prospectivo, longitudinal de intervención, antes-después. Participaron Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal de las provincias de Formosa, Misiones, Catamarca, Corrientes y Buenos Aires. Se incluyeron todos los neonatos ingresados por transporte extrahospitalario durante dos periodos consecutivos de 6 meses, al finalizar el primer periodo se dictaron talleres de entrenamiento en TN. En ambos periodos se evaluó el recurso humano, grado de capacitación, equipamiento utilizado y condición clínica del paciente de manera previa y posterior al traslado mediante el score TRIPS. Para el análisis de los resultados se utilizaron, porcentajes, medias y test de Fisher.

RESULTADOS:

Ingresaron al estudio 384 pacientes. Recibieron entrenamiento 591 integrantes de los diferentes equipos de traslado. Solo el 28.9 % del personal contaba con algún grado de entrenamiento en TN. En el segundo semestre luego de dictado el taller se evidenció un aumento de los traslados realizados por un médico y una enfermera (P=0.028), mejoró el grado de información a los familiares (P=0.019) y mejoró el empleo de registros médicos (P=0.008). Se registraron un total de 217 (56,5%) complicaciones que disminuyeron de manera no estadísticamente significativa después de la intervención Pre 117 (60,9%) Post 100 (52%). Hubo 134 (34,9%) complicaciones relacionadas al equipamiento que disminuyeron después de la intervención Pre 83 (43,2%) Post 51 (26,5%) P=0.001.

CONCLUSIONES:

El estudio permitió realizar un diagnóstico de situación del TN de diferentes regiones de nuestro país. La implementación de un taller de traslado neonatal replicable, que aporte conocimientos, guías de atención y con participación activa de los actores cotidianos de los traslados permitiría mejorar la atención del RN durante el traslado.

REGISTROS DE ENFERMERÍA EN LAS UCIN. HACIA LA CONSTRUCCIÓN DE UNA HISTORIA DEL CUIDADO ENFERMERO.

Balanesi M.¹; Ance A.²; Acosta Rojas Y.³; Sassi M.⁴

HIEMI DR. VITTORIO TETTAMANTI^{1,2,3,4}
<mbala2@hotmail.com>



Opción a premio

INTRODUCCIÓN:

Los registros de enfermería revelan nuestras concepciones subyacentes acerca del cuidado. Para avanzar en la construcción de registros calificados dichas concepciones deben ser acordes al paradigma actual que propone la circularidad y tiene en cuenta las necesidades de las personas conforme sus propias valoraciones y creencias, actuando con el otro y cooperando para optimizar sus necesidades de salud.

DESARROLLO:

En el ámbito de nuestras UCIN dicha interacción se produce con las familias, conforme el Modelo de MSYCF y con el neonato, que expresa sus necesidades a través de conductas cuya interpretación adecuada constituyen la guía para construir un cuidado individualizado y potenciar las posibilidades de un neurodesarrollo óptimo. Nuestros registros deberían reflejar esta doble interacción. Ello determina una mirada superadora respecto del potencial de los mismos, pues no solo protegen frente a eventuales demandas de responsabilidad, sino que pueden favorecer la continuidad del cuidado, la seguridad del paciente, la visibilidad de nuestro cuidado y afianzamiento de nuestra autonomía profesional. Nuestra propuesta apunta a lograr la construcción de una verdadera historia del cuidado, que se define como una narración escrita, cronológica, autónoma y suficiente que de cuenta desde la perspectiva de enfermería de aquellos aspectos del neonato y sus familias, necesarios para la construcción de cuidados competentes, sensibles y congruentes con las necesidades de las personas que "en continua interacción con el entorno, viven experiencias de salud" (Kérouac, 2006).

CONCLUSIONES:

Algunas de las recomendaciones sugeridas para avanzar en la construcción de dicha historia del cuidado incluyen entre otras: los aspectos centrados en neurodesarrollo, los valores y creencias de los familiares, las herramientas para enfrentar la internación de sus hijos, el sistema de apoyo percibido, los aspectos biomédicos que deberán considerarse en cada caso, mas los aspectos socio-culturales necesarios para determinar las necesidades de las familias y sus bebés. Estos datos son imprescindibles si se pretende alcanzar la meta de lograr construir una historia del cuidado enfermero.

ENTRENAMIENTO EN EL ARMADO Y APLICACION DEL CPAP BURBUJA (CPAPB) EN RECIEN NACIDOS (RN) MEDIANTE SIMULACION

SP
017

Jozefkowicz M.¹; Rubio C.²; Rabasa C.³; Couceiro C.⁴; Bossi L.⁵; Fistolera S.⁶; Salas G.⁷; Gutierrez S.⁸; Nieves N.⁹; Rodriguez S.¹⁰

HOSPITAL JUAN P. GARRAHAN^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10}

<jmaryela@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Durante la formación de postgrado en Neonatología, los médicos residentes deben adquirir múltiples competencias para desempeñarse como Neonatólogos. La incorporación de nuevas estrategias educativas debe contar con la aceptación de alumnos y docentes, ser factibles de aplicación y producir un impacto en el aprendizaje.

OBJETIVO:

Reportar la experiencia en el proceso de enseñanza del armado y aplicación del CPAPb en recién nacidos mediante el uso de simulación de baja complejidad contextualizada.

MÉTODO:

Población: Residentes de Neonatología que asistieron al entrenamiento entre 12/2014 y 05/2015. Ámbito: Centro de simulación (CeSim) del Hospital Garrahan. Diseño: Estudio transversal para la descripción de una intervención educativa con medición Antes-Después (A-D). Medición de Resultados: a) Desempeño en la habilidad mediante una Lista de Cotejo (A-D) de la práctica en el Cesim. b) Satisfacción del alumno al finalizar el curso. c) Percepción del grado de similitud con la práctica real. d) Percepción de la utilidad de la simulación en la práctica clínica mediante una encuesta anónima al mes de finalizado el curso. Descripción: Entrenamiento a distancia a través del Campus Virtual. Autoevaluación. Evaluación del nivel de confianza (A-D) en relación con el procedimiento. Entrenamiento y evaluación (lista de cotejo) de la practica con simuladores. Encuesta final al mes.

RESULTADOS:

21 residentes completaron el entrenamiento. El 55% no había realizado ninguna capacitación específica y el 25% nunca había armado un CPAPb. El 57% mejoró el nivel de confianza posterior a la capacitación ($p=0.02$); el 99% consideró que la práctica realizada sobre los simuladores fue similar a la realidad. El 90% mejoró su desempeño durante la simulación; el 100% consideró que la práctica fue útil. Al mes del entrenamiento, el 100% pudo armar en forma satisfactoria el CPAPb y el 69% pudo enseñar lo aprendido a otro profesional. El 86% consideró que la capacitación adquirida redundó en mayor beneficio para el paciente.

CONCLUSIÓN:

El entrenamiento mediante simulación permitió aumentar el nivel de confianza y mejorar el desempeño. Los residentes pudieron aplicar la habilidad en forma satisfactoria en su área de trabajo e incluso enseñar lo aprendido a otro profesional. La adquisición de competencias es un desafío y la simulación complementa las estrategias educativas, pudiendo ser incorporada en forma integrada en cada especialidad.

CONTEO DE CUERPO LAMELARES COMO PREDICTOR DE SEVERIDAD DEL SDR EN NEONATOS PRETERMINOS TARDIOS

PO
018

Franco Sycz A.¹; Espelt M.²; Gomez Bouza G.³; Der Parsehian S.⁴; Tovo A.⁵; Meritano J.⁶

HOSPITAL MATERNO INFANTIL RAMON SARDA^{1 2 3 4 5 6}

<afrancosycz@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Los recién nacidos pretérminos tardíos (RNPT-T) son aquellos recién nacidos cuya edad gestacional al nacer se encuentra entre las 34 y las 36.6 semanas, lo que significa cerca del 75% de los recién nacidos pretérmino. Este grupo de pacientes tiene un mayor riesgo de presentar Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR) por lo que conocer su madurez pulmonar permitiría realizar conductas activas y/o preventivas para disminuir la morbilidad respiratoria.

El conteo de Cuerpos Lamelares (CCL) es una prueba accesible, sencilla y ampliamente estudiada en líquido amniótico obtenido por punción para la determinación de la madurez pulmonar fetal. En búsqueda de un método menos invasivo en algunos estudios se evaluó la utilidad de esta prueba en aspirado gástrico en prematuros con resultados contradictorios.

OBJETIVOS:

Determinar la asociación entre el CCL en aspirado gástrico y la presencia de SDR en prematuros tardíos, identificar el valor de corte del CCL que permita predecir SDR e identificar factores de riesgo para SDR.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio de cohorte prospectivo en el Hospital Materno Infantil Ramón Sarda. El periodo de estudio fue desde Mayo del 2014 a Julio 2015.

RESULTADOS:

Se incluyeron en el análisis 102 pacientes, 19 desarrollaron SDR, 6 en forma leve, 9 moderada y 4 severa. Se determinó como punto de corte para la presencia de SDR el valor de CCL de 11.000 (S 32%, E 95%, VPP 60%, VPN 86%). En el análisis bivariado se comportaron como factores de riesgo para el desarrollo de SDR las siguientes variables: edad gestacional menor a 36 semanas OR 9,78 IC95% (2,94-32,58), requerimiento de reanimación en sala de recepción OR 9,12 IC95% (2,26 – 36,76), CCL menor a 11.000

OR 9,11 IC95% (2,26 – 36,76) y peso de nacimiento <2.500 gr OR 5,06 IC95% (1,76-14,54).

CONCLUSIONES:

Se encontró asociación entre el CCL en aspirado gástrico y el desarrollo de SDR en los RNPT-T. La edad gestacional menor a 36 semanas, el requerimiento de reanimación en sala de recepción, un CCL menor a 11.000 y el peso al nacimiento <2.500 gr se comportaron como factores de riesgo de SDR en los RNPT-T. Por lo tanto el CCL en aspirado gástrico menor a 11.000 sería un buen predictor de SDR en RNPT-T y su uso puede ayudar a mejorar el manejo clínico de estos pacientes.

Palabras claves: Conteo de cuerpos lamelares, prematuros tardíos, Síndrome de Distress Respiratorio.

HIPERCALCEMIA E HIPOFOSFATEMIA EN PREMATUROS ASOCIADAS A NUTRICIÓN PARENTERAL AGRESIVA

Brener P.¹; Galletti M.²; Fernandez Jonusas S.³; Bacigalupo L.⁴; Mariani G.⁵

HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES^{1,2,3,4,5}

<pablo.brener@hiba.org.ar>

INTRODUCCIÓN:

La nutrición parenteral (NP) agresiva constituye un estándar de cuidado en prematuros de muy bajo peso (RNPT), demostrando reducir el impacto de las deficiencias nutricionales, principalmente en el neurodesarrollo. Sin embargo podría asociarse a un desbalance en el metabolismo fosfocálcico. Utilizamos esta NP desde 2011 y encontramos una alta prevalencia de hipofosfatemia e hipercalcemia. Además observamos una significativa correlación negativa entre ambos minerales. Si bien este trastorno puede ser considerado multifactorial, realizamos este trabajo para evaluar su asociación con NP agresiva.

OBJETIVOS:

Comparar la prevalencia de hipercalcemia entre un grupo de prematuros recibiendo NP agresiva y un grupo histórico que recibió NP estándar. Estudiar otras variables de resultado a corto plazo.

MÉTODOS:

Estudio retrospectivo, observacional, analítico. Dos grupos de pacientes con peso de nacimiento (PN) <1250gr. Grupo 1, NP agresiva: años 2012-2014, aminoácidos (AA) 3 a 4 gr/kg/día y lípidos (Li) 2 a 3 gr/kg/día desde el 1° día de vida. Grupo 2. NP estándar: años 2008-2010, AA 2 a 3 gr/kg/día y Li 0.5 a 2 gr/kg/día desde las 1eras 24/72 hs. de vida. Aporte de calcio 40 mg/kg/día y fósforo 20 mg/kg/día en NP para ambos periodos.

RESULTADOS:

A través de un muestreo aleatorio se incluyeron 40 pacientes por grupo. El aporte energético en kcal/kg/día (79.3 ±9.4 vs. 63±8.3 p=0.001) y de AA (3.4±0.23 vs. 2.7±0.44 p<0.05) fue significativamente diferente.

La prevalencia de hipercalcemia (87.5% vs 35% p=0.001) y la calcemia iónica (1.25±0.10 vs 1.13±0.16 p=0.002) fueron significativamente mayores en el Grupo 1. La NP agresiva se asoció con hipercalcemia (OR 13; IC95% 3.7-50 p=0.001) y presentó mayor frecuencia de sepsis aunque sin alcanzar significancia (OR 3; IC95% 0.8-12 p=0.056). Además la NP agresiva se asoció de manera independiente a hipercalcemia ajustando por PN, ingesta calórica y AA (ORa 19 CI95% 3.3-100). Por regresión lineal estimamos la media de fosfatemia (mg/dl) del grupo 1 histórico resultando significativamente diferente a la del grupo 2: 4.2 vs 3.5 (0.64 95%CI 0.02-1.26 p=0.04).

CONCLUSIONES:

Demostramos una fuerte asociación entre hipercalcemia/ hipofosfatemia y NP agresiva en RNPT. Como podrían presentarse resultados clínicos adversos, deberíamos realizar una monitorización de calcio y fósforo en prematuros recibiendo NP agresiva. Se requieren más estudios prospectivos para evaluar el potencial impacto de este disturbio.



Opción a premio

PRESEPSINA COMO MARCADOR DE SEPSIS NEONATAL TARDÍA

Nieto R.¹; Nantes V.²; Ortiz Zárate M.³; Der Parsehian S.⁴; Golinelli F.⁵; Bertrand J.⁶; Solana C.⁷

MATERNIDAD SARDÁ^{1,2,3,4,5,6,7}

<rmnieto@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Es el fragmento N-terminal de 13KDa de la proteína CD14. El CD14 actúa como receptor de los lipopolisacáridos bacterianos (LPS-LBP). El complejo LPS-CD14 (-LBP) es liberado a la circulación donde la proteasa plasmática da origen al subtipo soluble CD14 también conocido como sCD14-ST o Presepsina. Puede ser considerado un biomarcador específico y temprano de la sepsis. En la etapa neonatal, se carece de un marcador con un nivel de precisión adecuado para el diagnóstico de sepsis, por lo cual su investigación es de interés.

OBJETIVOS:

Determinar la capacidad predictiva de la presepsina y su valor de corte como predictor precoz de sepsis neonatal tardía. Comparar la capacidad predictiva de la presepsina vs. procalcitonina

DISEÑO:

Estudio de cohorte prospectivo.

MATERIAL Y METODOS:

Población: Neonatos con sospecha de sepsis tardía, nacidos 10/3/2014 y 29/4/ 2015 internados en la unidad neonatal del H.M.I. Ramón Sardá, entre el 3° día de vida y hasta 4 semanas luego del alta y cuyos padres firmaron el consentimiento informado del hospital. Se definió como sepsis confirmada hemocultivo positivo más síntomas compatibles.

Análisis estadístico: La capacidad predictiva de la concentración de presepsina, procalcitonina y el valor óptimo de corte para el diagnóstico de sepsis comparada con el hemocultivo positivo se calculó por curva ROC.

La sensibilidad, especificidad y VP positivo y negativo se calcularon con un intervalo de confianza del 95 %. Se utilizó STATA 12.0

RESULTADOS:

Se analizaron los datos de 87 episodios en 77 pacientes con síntomas de sepsis. Se confirmó sepsis en 35 casos (38,9 %) Mediana de peso al nacer 1415 (610-4775) EG 30 (24-42). Los germenos aislados fueron 27 cocos gram positivos (77%) y 8 bacilos gram negativos (23%).

La mediana de presepsina y procalcitonina fueron mayores en los niños con sepsis. Mediana (min-max) 436 (109-2267) vs 897 (165-2413) p < 0,001 y 0,27 (0,06-139) vs 6,84 (0,1-201) p<0,001.

Para presepsina el punto con mayor número de correctamente clasificados fue mayor o igual a 833 ng/l. Sensibilidad 65,7% (48-83), especificidad 82,6 % (IC 95% 71-94) VPP+72 % (55-89) VPP- 78 % (66-90).

En 74 casos se obtuvieron ambas presepsina y procalcitonina. Área bajo la curva 0.76 vs 0.84 p = 0.23.

CONCLUSIÓN:

La presepsina es un biomarcador confiable para sumar a los algoritmos de diagnóstico y tratamiento. La capacidad predictiva no fue significativamente diferente a procalcitonina. Son necesarios más datos para seguir estudiando su utilidad en la evolución de la sepsis.



Opción a premio

CARACTERÍSTICAS DE LOS RECIÉN NACIDOS CON ENCELOPATÍA HIPÓXICO ISQUÉMICA, AÑOS 2012-2015. CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

RPD
023

Gonzalez V.¹

NUEVO HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA¹
paolavgonzalez@hotmail.com

La existencia de un evento hipóxico-isquémico (asfisia perinatal) viene dado por la presencia de alteraciones en la Frecuencia Cardíaca o del Ph fetal o por el antecedente de un episodio centinela causando daño tisular, en el RN presentando disfunción neurológica (EHI) y/O disfunción-daño multiorgánico (enfermedad hipóxico-isquémica). Cada año es responsable del 23 % de las cuatro millones de muertes neonatales producidas en el mundo. Los RN que presentan esta patología entre un 10 % -60% de mortalidad y un 25 % quedan con secuelas neurológicas. La Hipotermia Terapéutica es el tratamiento específico para disminuir la morbi mortalidad asociada a la EHI, la máxima eficacia terapéutica se obtiene cuanto antes se inicie. Dentro de las primeras 6 horas.

El método para realizar Hipotermia inducida inicialmente se realizó por medio de Hipotermia Corporal Total (HCT) mediante enfriamiento pasivo (fuente de calor apagado, geles aislante fríos próximos al paciente.) Posteriormente se introdujo el Colchón de hipotermia.

La temperatura rectal se redujo a 33,5 mas o menos 0,5 °C en las primeras 6 horas de vida y se mantuvo esta temperatura diana durante 72 horas, con posterior recalentamiento lento a razón de < 0,5 °C a la hora. La implementación de esta nueva terapia supone un reto asistencial para las unidades neonatales incluyendo al equipo de salud. Teniendo un rol protagónico el profesional de enfermería en el accionar directo sobre el RN y su familia. En el transcurso de estos tres años el personal tuvo que adquirir nuevos conocimientos en el saber (intelectuales), saber hacer (habilidades) y el saber ser (actitudes) favoreciendo en el cuidado de estos neonatos.

Para este estudio se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes, incluyendo información perinatal y neonatal disponible. Se describen los siguientes datos estadísticos:

1. Características generales del recién nacido
2. Datos perinatales
3. Temperatura central del total de pacientes con EHI tratados con hipotermia corporal
4. Cuidado de enfermería :
 - Ø Valoración neurológica
 - Ø Soporte ventilatorio
 - Ø Soporte nutricional
 - Ø Accesos venosos

El gran desafío para los enfermeros que cuidan a pacientes en programas de hipotermia es mantener la temperatura estable y evitar las grandes oscilaciones junto con los cuidados integrales. Es una técnica que no requiere equipamiento muy costoso pero si personal entrenado para el cuidado del paciente que sufre una agresión hipóxico isquémica perinatal en las primeras horas de vida y familia. Su rol es protagónico por lo tanto la identificación y caracterización a aquellos con EHI, sean una motivación para mejorar el cuidado de estos RN utilizando un pensamiento crítico con una amplia fundamentación científica.

INFECCIÓN EN RN PREMATUROS CON REPERCUSIÓN MULTIORGANICA, PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Olmedo E.¹; Gaitan M.²; Noguera V.³; Ramirez C.⁴; Regueira M.⁵
HOSPITAL J R VIDAL^{1,2,3,4,5}
<ebolmedo@gmail.com>

RPD
024

INTRODUCCIÓN:

Se define como sepsis neonatal a la situación clínica derivada de la invasión y proliferación de microorganismos al torrente sanguíneo RN dentro de los primeros 29 días de vida; inicialmente contaminan la piel y/o mucosas llegando así al torrente circulatorio, donde la inmadurez de las defensas del neonato es el factor de riesgo más importante para desarrollarla. Etiológicamente pueden diferenciarse según su origen como vertical o nosocomial; y según el comienzo como Precoz, dentro de los 7 días; o Tardía, luego de pasada la semana de vida.

OBJETIVOS:

- Describir un caso clínico de presentación frecuente con impacto poco común.
- Concientizar sobre la importancia del lavado de manos y la asepsia que requieren los distintos procedimientos que se realizan en neonatología.

CASO CLÍNICO:

RNPT/ PAEG (35 sem/ 2,590 Gr), Masculino, Parto Vaginal, Apgar 6/7. Madre adolescente, G1 (P0/C0/A0) serología: VDRL y Toxo 1/64 NR; resto no presenta. ITU a E. Coli (tratada). APP: 32 Sem, 2 dosis de Betametasona. Presenta SDR ingresa a UCIN, laboratorios sin particularidades. Se realiza vía periférica, AOS, oxigenoterapia por bigotera. Supera el cuadro en 48 Hs; internación conjunta presenta Ictericia: LMT; A los 10 días de vida, presenta tº axilar de 38º C, coloración pálido grisácea, apneas esporádicas, succión débil. Se realizan hemocultivos por 2, cultivo de LCR y Punción Suprapúbica. DIAGNOSTICOS: RNPT/ PA - Sepsis De Sospecha: inicia Meropenem / Vancomicina. A las 48 Hs. Presenta caderas rígidas, dolorosas, tumefacción de Hallux derecho. HEMOCULTIVOS +: STAPHI-

LOCOCCUS Aureus Oxa Sensible; LCR Y PUNCION DE CODO DERECHO: POSITIVAS PARA ST AUREUS, se agrega CEFOTAXIME. Se ausculta SOPLO en mesocardio, ECOCARDIO: MASA COMPATIBLE CON VEGETACION ENDOCARDICA. INFECTOLOGIA: CUMPLIR 8 SEMANAS TOTALES, VANCOMICINA 8 SEMANAS – RIFAMPICINA 4 SEMANAS. DIAGNOSTICOS: SEPSIS GENERALIZADA CON REPERCUSION MULTIORGANICA (ARTICULACIONES - SNC - CARDIACA).

CONCLUSIONES:

En el recién nacido, los principales sitios de colonización son las narinas, la piel y el cordón umbilical. El 40 al 90% de los niños en la unidad neonatal ya está colonizado en la primera semana de internación. Sin embargo, no se correlaciona con la tasa de infección. El lavado de manos es la primera medida para evitar su propagación.

Siendo así el SA un germen noble al tratamiento antibiótico, su diseminación y afección de múltiples órganos es rápida y nociva (en cuanto a secuelas y complicaciones).

EVOLUCIÓN DE NIÑOS CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA

PO
025

Andrés S.¹; Micheli D.²; Martín A.³; Irman J.⁴; Bauer G.⁵; Fariña D.⁶
HOSPITAL GARRAHAN^{1,2,3,4,5,6}
<silviabandres@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La incidencia de Cardiopatías Congénitas (CC) es de 5-8/1000 RN vivo y cerca del 70 % requieren corrección quirúrgica durante el primer año de vida. En nuestro medio son la tercera causa de muerte en el período neonatal y la segunda en el post neonatal, constituyendo la primera causa de muerte en recién nacidos de término en unidades de cuidados intensivos neonatales abiertas. Estudios previos han demostrado que el diagnóstico prenatal de las CC puede afectar significativamente el pronóstico de estos pacientes. Estos niños mueren en su gran mayoría por diagnóstico tardío, derivación inadecuada y falta de acceso al tratamiento.

OBJETIVO:

Reportar resultados de una cohorte de niños con CC a los 2 años de edad. Estudio observacional, analítico, tipo cohorte prospectiva.

POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODOS:

Cohorte prospectiva de todos los pacientes con diagnóstico de CC egresados del Servicio de Neonatología y Unidad Cardiovascular que fueron seguidos en el Consultorio de Alto Riesgo del Hospital J.P. Garrahan en el período 2010-2015. Variables demográficas y neonatales. Medidas de resultado: Crecimiento (evolución del score Z)-Morbilidades (reinternaciones) y Retraso del Desarrollo (escala CAT/CLAMS, CD<70).

RESULTADOS:

297 pacientes (175 Masc-122 Fem). Características Neonatales (Medianas y Rangos): Peso Nacimiento 3.190g (1.480-5.460), edad gestacional 39 sem (31-42), 56% nacieron por parto vaginal y el 38% eran primigesta,

diagnóstico prenatal 10%, edad materna 25 años (14-44), tiempo de internación 21 días (4-67), ARM 5 días (1-29) y NTP 4 días (1-24). Crecimiento Score Z (\pm DS) Peso: al nacimiento -0,43 (\pm 1,14), al egreso -1,51 (\pm 1,21), a los 6m -0,68 (\pm 1,39), al año -0,95 (\pm 1,40), a los 2 años -0,75 (\pm 1,35). Talla: al nacimiento -1,11 (\pm 1,37), al egreso -1,55 (\pm 1,77), a los 6m -0,89 (\pm 1,33), al año -0,84 (\pm 1,34), a los 2 años -0,58 (\pm 1,38). Perímetro Cefálico: al nacimiento -0,5 (\pm 1,21), al egreso -0,5 (\pm 1,36), a los 6m -1,5 (\pm 1,35), al año -1,00 (\pm 1,25), a los 2 años -1,00 (\pm 1,40). Se reinternaron 87 (29%) pacientes, 70 (80 %) por infecciones respiratorias durante el primer año de vida. Retraso Global del Desarrollo 51 (31%) pacientes.

CONCLUSIÓN:

Se observa un bajo porcentaje de pacientes con diagnóstico prenatal. El alto impacto en el crecimiento posnatal inmediato logra ser compensado en la mayoría de los niños. Un alto porcentaje presenta morbilidad posterior al egreso.

UTILIDAD DE LA PULSERA DE IDENTIFICACIÓN EN EL RECIÉN NACIDO. ¿ES UN MÉTODO SEGURO?

PO
029

Covas M.¹; Salvatierra B.²; Velazquez V.³; Fernandez A.⁴; Alda E.⁵
SERVICIO DE NEONATOLOGIA - HOSPITAL PRIVADO DEL SUR - BAHIA BLANCA^{1,2,3,4,5}
<camelycovas@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La correcta identidad de las personas desde su nacimiento, es un derecho inalienable que fija nuestra Constitución: "Todo niño nacido vivo o muerto y su madre deben ser identificados de acuerdo con las disposiciones de la ley 24540". Según las instituciones que asisten nacimientos, existen diferentes procedimientos que se aplican simultáneamente en la madre y su hijo antes de abandonar la sala de partos (incluye quirófano). La colocación de pulseras de identificación (PI) y su mantenimiento, es la conducta más utilizada. Conocedores de las dificultades observadas en su implementación, nos preguntamos si la colocación de PI es un método seguro en recién nacidos de término (RNT).

OBJETIVOS:

Principal: Investigar cómo se cumple la normativa establecida para la colocación y mantenimiento de la PI durante la estadía institucional del RNT junto a su madre. Secundarios: Definir las posibles causas de su ausencia al momento del alta y el lugar recomendado para su colocación.

MATERIAL Y MÉTODOS: POBLACIÓN:

Todos los RNT (\geq 37 semanas de gestación) que permanecieron con su madre desde el nacimiento; período de estudio Dic 2013 – Sep 2014.

DISEÑO:

Estudio observacional, prospectivo, tipo cohorte, randomizado en Sala de recepción según tabla de números aleatorios. Cálculo tamaño muestral: 393 RNT. Grupos Antebrazo-Muñeca (A) y Pierna (P). Elaboración de ficha "ad hoc" con llenado inicial y al momento del alta institucional por personal de Enfermería.

RESULTADOS:

Casos elegidos: 914 RNT. Grupo A (A): 457 – Grupo P (P): 438 (pérdida de registros: 2%). Las características de los grupos fueron similares: nivel de instrucción y edad materna, gestación, tipo de parto, datos antropométricos (peso, perímetro cefálico, talla), edad gestacional del RN, score de Apgar. El lugar de colocación de la PI en el RN fue en Sala de recepción: A: 92% y P: 91%. Mantuvieron colocada la PI en el mismo lugar al momento del alta institucional, A: 299 (65,4%) y en P: 309 (70,5%) – OR 0.78 (IC 95%: 0.58-1.05) NS. Causas de falta de colocación: en A el 94,6% salida en forma espontánea por una fijación inestable (floja); en P el 79,3%, OR 4.62 (IC 95%: 1.89-11.67); las restantes fueron voluntarias, en su mayoría por los familiares a cargo del RN.

DISCUSIÓN:

La presencia de identificadores en Sala de partos, es un método seguro aunque no disponible en la mayoría de los establecimientos. La colocación de la PI ampliamente difundido en nuestro país, carece de validación clínica demostrada, solo la descripción de la metodología recomendada. La colocación de la PI se hizo en Sala de recepción, no en Sala de partos. La tercera parte de nuestros RNT carecía de la pulsera en el momento del alta; la causa más frecuente fue la salida espontánea por fijación inestable. Su permanencia en la pierna podría ser más estable.

CONCLUSIÓN:

Carecemos en la actualidad de un método ideal para la identificación del RN, en la mayoría de los establecimientos donde se asisten nacimientos en nuestro país. Por esta razón, la normativa que establece la permanencia del RNT con su madre o familiar directo desde el nacimiento, brinda la mayor seguridad de identidad materno-filial.

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA COMO PROBLEMA SOCIAL Y DE SALUD PÚBLICA, SITUACIÓN EN MISIONES. ESTUDIO RETROSPECTIVO-TRANSVERSAL.

SP
030

Veron G.¹; Gutkoski C.²; López M.³; Dimas M.⁴

HOSPITAL DE PEDIATRÍA F.BARREYRO^{1,3,4}; HOSPITAL PEDRO BALIÑA²
<dr.verongab@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

En la Argentina hay 700 mil nacimientos por año y el 16% proviene de madres adolescentes de entre 15 y 19 años; Las ciencias sociales alertan sobre la alta frecuencia de embarazos no planeados en la población adolescente constituyéndose así un problema social y de salud pública complejo.

OBJETIVO:

Describir la situación del embarazo adolescente en el Hospital Materno-Neonatal de Posadas, Misiones durante el periodo 01 de Diciembre 2015 al 01 de marzo del 2016.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo-transversal en madres adolescentes de 13 a 19 años. Se obtuvieron los siguientes datos de la historia clínica: vía de terminación del parto (vaginal/cesárea), planificación del embarazo (deseado o no), uso de anticonceptivos (si/no), tamizaje prenatal positivo en la semana 20 o posterior para Chagas, Toxoplasmosis (IgM+) y Sífilis (VDRL). Se consideró embarazo bien controlado cuando hubieron 5 o más consultas prenatales. Se utilizó el score de Capurro para determinar si el embarazo fue de término (37-41sem), pretérmino (<37 sem) y postérmino (> 41sem). Se categorizó a los recién nacidos según el peso al nacer en: bajo peso (< 2500gr), normopeso (2500-3999gr) y peso elevado (≥ 4000gr).

RESULTADOS:

Se estudiaron 363 madres adolescentes. La frecuencia de embarazos fue de los 26%, finalizados 278 (76%) por vía vaginal y 85 (24%) por

cesárea. Embarazo no deseado fue referido por 265 (76%) adolescentes y 301 (82%) no usó anticonceptivos. Se encontraron 202 (56%) madres con tamizaje prenatal positivo: 48% correspondieron a Chagas, 48% a Toxoplasmosis y 4% a VDRL. Embarazo controlado se registró en 169 (46%) adolescentes. Del total de nacimientos, 320 (88%) fueron de término, 39 (11%) prematuro y 4 (1%) postérmino. Se hallaron 41 (11,4%) nacimientos con bajo peso, 291(82%) con buen peso al nacer, 20 (6 %) con peso elevado y 7 pacientes sin datos.

CONCLUSIONES:

En el período estudiado se registraron cifras elevadas de embarazos adolescentes siendo, un gran número de estos, no deseados. La mayoría no utiliza método anticonceptivo y presenta serología + para infecciones de transmisión vertical al momento del parto, factor que entre otros, aumenta la morbi-mortalidad materno-fetal. El embarazo adolescente, plantea una situación compleja por tratarse de individuos, cuya madurez y desarrollo bio-psico-social aún no ha sido alcanzada. Deberían optimizarse las políticas sanitarias descentralizando y comprometiendo a la familia, equipo de salud y sociedad en la detección temprana de jóvenes en riesgo.

ACIDEMIA METILMALÓNICA SEVERA: ENFERMEDAD INUSUAL DE PRESENTACIÓN NEONATAL.

RPD
032

Duran G.¹; Luciano B.²; Alda M.³; Ventura S.⁴; Cesari N.⁵; Alda E.⁶

HOSPITAL PRIVADO DEL SUR^{1,2,3,4,6}; IACA LABORATORIOS⁵
<gisele_23@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Las acidemias orgánicas son enfermedades raras causadas por el bloqueo enzimático específico del catabolismo de los aminoácidos de cadena larga; su herencia es autosómica recesiva. La acidemia metilmalónica (AMM) es la más frecuente (1/50.000 RN vivos). Describimos un caso con presentación neonatal grave.

CASO CLÍNICO:

Recién nacida de término, 3805g, cesárea electiva, Apgar 6/8; alta a las 36hs con lactancia materna exclusiva. Antecedentes: Madre secundigesta, embarazo controlado, padres y hermano sano (diferente padre); no consanguinidad ni antecedentes familiares de interés clínico. A los 3 días de vida su madre consulta por dificultad en la succión y somnolencia. Se constata hipotermia e hipotonía grave con nula respuesta a estímulos; hepatomegalia y descenso de peso del 20 %. Presenta hipoglucemia (0.22 g/l) y acidosis metabólica severa (pH 6,9, EB -26) con anión Gap aumentado. Se interpreta como deshidratación y sospecha de sepsis precoz grave. Se realiza expansión de volemia con solución fisiológica; corrección con glucosa y bicarbonato de sodio. Se obtienen cultivos (sangre, orina y LCR) y se inicia antibióticoterapia. A las 24hs de su ingreso presenta apneas e ingresa en asistencia respiratoria mecánica. Sin mejoría clínica, se interconsulta con endocrinólogo infantil (MA) quien sospecha enfermedad congénita del metabolismo intermedio; solicita estudios específicos e indica biotina, carnitina, metronidazol y aportes de glucosa. Cultivos negativos. Paciente en coma severo (Ecografía cerebral con signos de edema y potencial evocado auditivo de tronco cerebral

sin respuesta), acidosis metabólica refractaria grave, hiperglucemias sin respuesta a insulina, plaquetopenia, neutropenia e hipotensión sin respuesta a inotrópicos.

Ante un cuadro agudo y de extrema gravedad, en un RN "aparentemente sano" hasta su ingreso, el apoyo y seguimiento familiar por el grupo de Salud mental es intensivo durante la internación y en su posterior seguimiento ambulatorio.

El laboratorio informa: Acidemia Metilmalónica (AMM). Los signos neurológicos no se modifican, produciéndose su óbito a los 12 días de vida. Se toman muestras de piel (según protocolo de estudio para acidemias orgánicas del Hospital San Juan de Dios – Barcelona) para ratificar diagnóstico enzimático y asesoramiento familiar en futuras gestaciones.

DISCUSIÓN:

La AMM es la más frecuente de las acidemias orgánicas. La forma severa neonatal (70-80% de los casos) se presenta durante la primera semana de vida, después de un intervalo libre y sin causas que justifiquen el severo compromiso neurológico; el diagnóstico diferencial es con la sepsis precoz. Por ello es importante que al sospechar una enfermedad metabólica ante un neonato que no evoluciona según lo esperado, se obtengan muestras para su diagnóstico (en sangre y orina) y comenzar tratamiento inmediato. Su pronóstico dependerá del tipo clínico de presentación y un adecuado seguimiento evolutivo. Considerando su característica de enfermedad metabólica con herencia autosómica recesiva, el estudio de los progenitores y su asesoramiento se impone para futuras gestaciones.

HEMOFILIA NEONATAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Golowcyc M.¹; Porreta L.²; Bianchi Y.³; Mansilla R.⁴; Trejo M.⁵; Baglivo F.⁶; Muñoz V.⁷

HOSPITAL GUTIERREZ DE LA PLATA^{1 2 3 4 5 6 7}

<pitugolow@hotmail.com>



INTRODUCCIÓN:

La hemofilia es una enfermedad hemorrágica hereditaria, ligada al sexo, que se caracteriza por la aparición de hemorragias internas y externas, que se produce por la deficiencia parcial o total de los factores de coagulación.

El trabajo se basa en la presentación de un caso clínico de hemofilia en la Unidad de Cuidados Intensivos neonatales (UCIN) del Hospital Gutierrez de La Plata.

OBJETIVOS:

- Presentar un caso de hemofilia neonatal
- Desarrollar los aspectos básicos de la patología
- Plantear los diagnósticos diferenciales de hematoma neonatal

CASO CLÍNICO:

Recién nacido pretérmino (34 semanas), peso adecuado para la edad gestacional, que nace por parto vaginal, apgar 8/10, embarazo no controlado. Ingres a UCIN por sospecha de sepsis y prematuridad. Al 4° día de la internación se solicita hemograma (normal). Al 6° día presenta edema y tumefacción del miembro superior derecho, secundario a la venopuntura, interpretándose como hematoma a descartar etiología. Al 8° día se realiza interconsulta con servicio de traumatología de centro de mayor complejidad donde se realiza ecografía de piel y partes blandas, la cual informa: imagen compatible con colección. Se solicita hemograma, hemocultivos y se medica con vancomicina. Al 10° día aparece hematoma

en miembro superior contralateral, de forma espontánea. Al 11° día se solicita coagulograma (normal) y se deriva a centro de mayor complejidad donde queda internado en UCIN para diagnóstico y tratamiento. Realizan drenaje del hematoma, complicándose con hemorragia. Se solicita nuevo coagulograma, constatándose alteración de los factores de coagulación (VIII), llegando al diagnóstico de hemofilia.

CONCLUSIÓN:

La hemofilia es un trastorno hemorrágico hereditario y se diagnostica frecuentemente a partir de los tres años de edad, con una baja incidencia en el periodo neonatal. Supone un reto clínico de gran relevancia.

TRATAMIENTO DE RESCATE CON OXIDO NITRICO INHALATORIO EN HIPERTENSION PULMONAR NEONATAL SEVERA REFRACTARIA, EXPERIENCIA DE CUATRO AÑOS.

Barboza A.¹; Mato I.²

HOSPITAL PROVINCIAL NEUQUEN^{1 2}

<barbozaandres@hotmail.com>



INTRODUCCIÓN:

La hipertensión pulmonar del recién nacido (HTPRN) siempre es un cuadro potencialmente grave, afecta generalmente a bebés de término o cercano al término, su diagnóstico y tratamiento sigue siendo un gran desafío de la especialidad, en los casos refractarios al tratamiento habitual, tiene como indicación la administración de óxido nítrico inhalatorio (ONi), potente vasodilatador pulmonar selectivo. Este tratamiento se realiza en nuestro centro desde el año 2011.

OBJETIVO:

Analizar los resultados de una terapia nueva en neonatos con HTPRN severa refractaria, en nuestro centro asistencial.

POBLACIÓN:

Recién nacidos de término o cercano al término (>34 semanas) internados en el servicio de neonatología de nuestro hospital provincial, a partir de febrero de 2011 a febrero 2015, con insuficiencia respiratoria hipoxemia severa (evaluados con índice de oxigenación (IO) >20, con (HTPRN) refractaria, que recibieron ONi como tratamiento, además del tratamiento habitual en estos pacientes.

MATERIALES Y MÉTODO:

Es un estudio de cohorte prospectivo descriptivo, retrospectivo. Se revisaron Historias Clínicas de pacientes con diagnóstico de insuficiencia respiratoria debido a hipertensión pulmonar del recién nacido, se excluyeron bebés con patología incompatible o preterminos de menos de 34 semanas.

RESULTADOS:

Se analizaron diferentes características clínicas en los 22 pacientes que recibieron el tratamiento, como la respuesta, buena e intermedia (15 pacientes) 69%, respuesta mala y mortalidad (7 pacientes) 31%, edad gestacional, peso, diagnósticos, días de tratamiento, tiempo de tratamiento, días de ARM, días de O2, tiempo al alta, secuelas y toxicidad entre otras variable en el grupo estudiado, fueron descriptas.

CONCLUSIONES:

El tratamiento resultó ser efectivo con una baja mortalidad entre los respondedores buenos e intermedios, e inefectivo en los malos respondedores, toxicidad y secuelas del tratamiento no fueron detectadas. Nuestra experiencia nos indica que es el tratamiento de elección para casos de paciente con hipertensión pulmonar del recién nacido (HTPRN) severa, que sean refractario al tratamiento habitual.

DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS POR DOSIS UNITARIA COMO HERRAMIENTA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

RPD
035

Ocaña V.¹; Guaymás M.²; Retamozo S.³; Chanampa V.⁴; Del Barco M.⁵

HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL^{1,2,3,4,5}

<virginiaocana@yahoo.com>

INTRODUCCIÓN:

Entre los eventos adversos asociados a la asistencia médica, los errores de medicación ocupan un lugar relevante. Los recién nacidos constituyen un grupo particularmente vulnerable a este tipo de error. Con el sistema de dispensación de medicamentos por dosis unitaria (SDMDU) se centraliza en farmacia la preparación de la medicación dosificada por día y por paciente, y se realiza la validación de la prescripción médica y el seguimiento farmacoterapéutico, con lo cual se reduce el riesgo de que un error alcance al paciente. Objetivo: Implementar el SDMDU en Neonatología. Población: Neonatos internados desde el 1/12/2013 al 31/5/2014.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y prospectivo, desarrollado de manera conjunta por Neonatología y Farmacia. Se actualizaron la Guía Farmacoterapéutica de Neonatología y el Manual de Procedimientos del Laboratorio de Farmacia. Se trabajó con el área de sistemas para el desarrollo de una plataforma de prescripción electrónica. Se diseñó el flujograma del proceso y se capacitó al recurso humano responsable del mismo. Se redactaron indicadores y se fijaron metas.

RESULTADOS:

El SDMDU fue implementado de manera progresiva. Se requirió una inversión inicial de \$35.000 en recursos materiales y la asignación de 21 horas de guardia semanales para un farmacéutico, 56 horas para dos técnicos en farmacia y 42 para un enfermero de Neonatología, asegurando de este

modo la cobertura de los 365 días del año. Se sustituyó el papel por la prescripción informatizada a texto libre, con acceso a un archivo único y sistematizado desde farmacia. La cobertura con dosis unitarias alcanzó al 91% de pacientes de terapia intensiva, 74% de terapia intermedia y 81% de prematuros, dependiendo estas cifras de las prescripciones recibidas en horario. Se acondicionaron para 60 camas con ocupación superior al 110%, un promedio 163 dosis diarias, en 143 envases identificados por sector, paciente y horario. Se validaron el 86% de prescripciones (63 prescripciones/día) y se realizaron intervenciones farmacéuticas por ajustes de dosis y cambios en los horarios de administración, principalmente.

CONCLUSIONES:

El SDMDU pudo implementarse exitosamente superando dificultades propias del cambio en la modalidad de trabajo. Se favoreció la seguridad de los recién nacidos a través de la estandarización de los procedimientos de preparación de medicamentos y mediante intervenciones que evitaron errores de medicación.

EVOLUCION DEL NEURODESARROLLO EN NIÑ@S QUE FUERON PREMATUROS EN UN CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL Y ESTIMULACION TEMPRANA DEL CONURBANO BONAERENSE

RPD
036

Fattore M.¹; Luongo M.²; Panizza M.³

CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL Y ESTIMULACIÓN TEMPRANA "EL NIDO" DRA A M MENENDEZ MUNICIPALIDAD SAN ISIDRO^{1,2,3}

<majofattore@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El programa SAR fue instituido en 1996 en el Hospital Materno de San Isidro (HMISI). En Octubre del 2012, se inaugura el Centro de Desarrollo Infantil y Estimulación Temprana El Nido (CDIyET) y se descentraliza el seguimiento clínico del seguimiento de neurodesarrollo (ND). Ambas instituciones distan a 2.3 km. El equipo terapéutico interdisciplinario es el mismo y trabaja en 3 ámbitos: Neo, CSAR y CDIyET.

OBJETIVO:

Analizar resultados en el seguimiento ND RNPT.

Población: RNPT < 32s y/o PN <1500 gr, nacidos entre 1-1-12 y 31-12-13 que ingresaron al CSAR del HMISI y se derivaron para seguimiento ND al CDIyET.

MATERIALES Y MÉTODO:

Se realizó revisión de 32 RNPT: epicrisis neonatal, resumen de derivación CSAR, Historias Clínicas y Base de Datos CDIyET. Trabajo retrospectivo, descriptivo, cuantitativo, observacional. El ND se evaluó a través de: observación clínica hasta los 15 m EGC, y administración escala Bayley III categorizándose como competente, emergiendo y riesgo según tablas score para Edad.

RESULTADOS:

EG prom. 29,5 s (r: 26-34); PN: prom. 1248 gr (r: 650-2060); internación: 57,5 días (r: 20-115); Condiciones al egreso neonatal: DBP: 25% (8/32); Eco cerebral 25% ventriculomegalia leve (8/32); 19% HIC I-II (6/32); ROP

I-II sin laser: 9% (3/32). 97% tenía screening auditivo y 90% era normal. EGC derivación al CDIyET: 4,1m. 94% concurre (30/32). N° encuentros de Seguimiento ND a los 15 m EGC: 4,8(r: 1-12). En 22 niños en los que su seguimiento de ND fue > de 3 encuentros (73%), pudo observarse: 9 (41%) persistían con dificultades de autoregulación y estrés (motrices, autonómicas, relativas al estado de conciencia y atencionales) En 37% (11/30) necesito tratamiento en estimulación temprana. Un niño presentó parálisis cerebral. El 83% (25/30) concurre a evaluación formal ND administrándose Bayley III a los 18 m EGC los resultados fueron: competente(8/25), emergiendo (13/25) y riesgo(4/25) en una o más áreas de desarrollo. El 37% requirió de la intervención de una trabajadora social. Actualmente 10 niños requieren de la continuidad de tto en diferentes áreas.

CONCLUSIONES:

El diseño del programa de seguimiento de ND en niñ@s de alto riesgo descentralizado CSAR, aborda la prevención TND en sus 3 niveles: acompañamiento a padres (prevención 1aria), detección precoz (prevención 2aria) y tratamiento oportuno (prevención 3aria). La identificación precoz de posibles anomalías es importante, para poder iniciar tempranamente intervenciones apropiadas, con el objetivo de intentar minimizar las secuelas. El trabajo interdisciplinario actúa como complemento de la tecnología, favorece la corresponsabilidad interinstitucional e interprofesional. Estas características son imprescindibles para trabajar con una población vulnerable como los niñ@s prematuros y sus familias.

IMPLEMENTACION DE PROTOCOLO DE CONTROL DE PERCUTANEAS Y NUTRICION PARENTERAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES (UCIN), NIVEL 3B.

**SP
037**

Santillan P.¹; Cuevas L.²; Aranda K.³

HOSPITAL POSADAS^{1,2,3}

<santillanpatricia_a@hotmail.com>

INTRODUCCION:

La UCIN recibe pacientes menores a 1500grs y con patologías quirúrgicas complejas siendo una emergencia nutricional, requiriendo nutrición parenteral total (NPT) por periodos prolongados. Cuanto mayor es la gravedad, mayor su dependencia de las vías centrales con inserción periférica (PICC).

OBJETIVOS:

Evaluar el impacto de la implementación del protocolo.

MATERIAL Y METODOS: Estudio descriptivo, prospectivo.

Los datos fueron recolectados en el periodo comprendido entre el 1/3/15 al 29/2/16. Los métodos utilizados fueron la observación documental y dirigida, registrados en hojas realizadas por enfermería para la recolección de datos.

RESULTADOS:

Pacientes ingresados a UCIN N=641 se colocaron PICC a N=412 (64%) RNPT (EG 25 a 35 semanas) N=197 (48%), patologías quirúrgicas N=93 (23%), Síndrome Dificultad Respiratoria N=59(14%), retardo de crecimiento intrauterino N=53 (13%), hipoglucemia N=10(2%).

Internados < 10 días N=59 (14%); 11 a 20 días N=246(60%); 21 a 30 días N=78(19%), mayor a 30 días N=129(31%).

Peso Nacimiento: 500 a 1000grs N=27(7%); 1001 a 1500grs N=76(18%); 1501 a 2000grs N=125(30%), 2001 a 3000grs N=64(16%) y mayor a 3001grs N=38(9%).

Edad gestacional 25 a 30 semanas(s) N=228(55%), 31 a 35(s) N=100(24%), >a 36 semanas N=84(20%).

Cateterización: venas de la extremidad superior derecho N=197 (48%). Complicaciones: flebitis N=67(16%), extravasación N=27(7%), sepsis asociadas a catéteres N=80(19%); sin complicaciones N=238 (58%).

El motivo de retirada de PICC: electivo N=312(76%); obstrucción N=15(el 4%), ruptura N=29 (7%), pérdida del catéter N=56(14%).

El 100% de los pacientes recibieron nutrición parenteral.

CONCLUSIONES:

El uso de PICC es una opción segura, confiable y de gran durabilidad para la administración de terapia endovenosa en el recién nacido crítico para su nutrición.

Se requiere de capacitación para su colocación, cuidado y mantenimiento de la misma.

La aplicación de un protocolo y una patrulla formada por enfermeras logró unificar los criterios en la colocación de PICC y NPT, conllevó a la disminución de colocación de vías centrales, la disminución de infecciones asociadas a catéteres percutáneos y sus complicaciones. Aseguro el aporte parenteral efectivo en pacientes críticos.

RECIEN NACIDO PREMATURO TARDIO:UN NUEVO DESAFIO

**RPD
038**

Nemer P.¹; Bollentini C.²; Debiassi A.³; Savorani M.⁴

CASA HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS^{1,2,3,4}

<patinemer@yahoo.com.ar>

INTRODUCCION:

Los avances técnico científicos en neonatología han llevado a un aumento de la sobrevida del recién nacido prematuro (RNPT) aumentando su morbilidad. Los RNPT tardíos (34 a 36.6 semanas) engloban al 70-80% de los nacimientos prematuros en el mundo y requieren cuidados especiales por el equipo de salud debido a que tienen una respuesta compensatoria limitada al medio ambiente comparada con los recién nacidos de término.

OBJETIVO:

Determinar la incidencia de RNPT tardíos y analizar la presencia de hipoglucemia, trastornos respiratorios, hiperbilirrubinemia, aparición de sepsis y alteraciones en la succión/deglución como comorbilidades.

MATERIAL Y METODOS:

Se efectuó un estudio descriptivo retrospectivo donde se analizaron las historias clínicas de los RNPT tardíos en el período comprendido entre el 1° de enero de 2014 y el 31 de diciembre del mismo año. Durante el periodo que duró el estudio se registraron 1829 nacidos vivos de los cuales 133 fueron RNPT tardíos (7.27%), 1 se excluyó por presentar fenotípicamente trisomía del par 21 incluyéndose en el presente análisis 132 pacientes.

RESULTADOS:

Las causas más frecuentes por las que se interrumpieron los embarazos fueron parto prematuro espontáneo, hipertensión arterial sin respuesta al tratamiento convencional, cesárea por amenaza de parto prematuro, colestasis, doppler fetal patológico, retardo de crecimiento intrauterino, cesáreas anteriores, embarazos gemelares y diabetes mellitus sin control adecuado.

ANALISIS DESCRIPTIVO

Edad gestacional	n	Peso promedio	Cesáreas	Días de internación
34 semanas	11 (8,33%)	1919 gr	9	18.64(desv.st =9.9)
35 semanas	30 (22.72%)	2433 gr	16	8.93(desv.st =8.3)
36.6 semanas	91 (68.94%)	2782 gr	51	3.27(desv.st =2.1)

Complicaciones

Edad gestacional	Hipogluc.	EMH	SDRT	Hiperbilirr.	Sepsis tardía	Succión débil
34 sem	5 (45%)	3 (27.7%)	5 (45.5%)	5 (45%)	2	11 (100%)
35 sem	5 (16%)	2 (6.6%)	10(33.3%)	15 (50%)	0	12 (40%)
36.6 sem	10 (11%)	0	13(14.2%)	27 (30%)	2	11 (12%)

CONCLUSIONES:

En la serie analizada podemos concluir que la hipoglucemia, la enfermedad de membrana hialina (EMH), el síndrome de dificultad respiratoria transitorio (SDRT) y la succión débil se presentan con mayor frecuencia en los RNPT tardío de menor edad gestacional, no habiendo relación con la hiperbilirrubinemia ni la aparición de sepsis tardía.

HUNDIMIENTO Y FRACTURA DE CRANEO EN EL RECIEN NACIDO: PRESENTACION DE DOS CASOS

Nemer P.¹; Bollentini C.²; Savorani M.³

CASA HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS^{1,2,3}

<patinemer@yahoo.com.ar>



INTRODUCCION:

El hundimiento y potencial fractura de cráneo en el recién nacido es una entidad cuya presentación es de aproximadamente 1 cada 10000 nacidos vivos. Su etiología se la atribuía a traumatismos maternos durante la gestación o a maniobras obstétricas durante el trabajo de parto, sin embargo, puede presentarse sin antecedentes traumáticos y en nacimientos por cesárea, por lo que la etiología más probable sería la presión de la cabeza del feto sobre estructuras maternas o sobre miembros fetales en casos de embarazo gemelar. El hueso más afectado suele ser el parietal; puede no dejar secuelas estéticas ni funcionales o producir lesiones sobre el cerebro, atrofia cortical, adhesión entre cerebro y meninges y formación de focos epileptógenos. El tratamiento no está totalmente definido: algunos autores defienden una conducta expectante y otros la cirugía precoz debido a la sencillez de la técnica y prácticamente ausencia de complicaciones inherentes a la misma.

CASO 1.

Madre sin antecedentes traumáticos durante el embarazo. Recién nacido de término, cesárea por cesárea previa, presentación cefálica, sexo femenino, peso: 3250 gr, talla: 47cm, perímetro cefálico: 35 cm, APGAR: 9/10. Se constató hundimiento de cráneo en región parietal derecha. Se efectuó tomografía axial computada (TAC) de cerebro con ventana ósea informándose inversión de la convexidad parietal anterior derecha, sin evidencia de fractura ni alteraciones densitométricas en hemisferios cerebrales. Evaluado por servicio de neurocirugía se decidió efectuar craneoplastia al sexto día de vida evolucionando sin complicaciones.

CASO 2.

Madre sin antecedentes traumáticos durante el embarazo. Recién nacido de término, cesárea por trabajo prolongado con falta de progresión, presentación cefálica, sexo femenino, peso: 2700 gr; talla: 47 cm; perímetro cefálico: 33 cm, APGAR: 9/10. Se constató hundimiento de cráneo en región parietal derecha. TAC de cerebro con ventana ósea: hundimiento de hueso parietal derecho. Evaluado por neurocirugía se efectuó craneoplastia el quinto día de vida evolucionando sin complicaciones.

CONCLUSIONES:

Se presentan 2 casos de hundimiento fractura de cráneo en el recién nacido por ser una entidad infrecuente en la que no hay uniformidad en lo que respecta al tratamiento, la cirugía es recomendada por algunos autores debido a la baja incidencia de complicaciones inherentes a la misma.

ENCUESTA A LOS 6 MESES EGC SOBRE ALIMENTACIÓN, APLICACIÓN DE VACUNAS ACELULARES, Y CONTROLES DE AUDICIÓN ESTABLECIDOS SEGÚN PROGRAMA, EN PREMATUROS DE PESO DE NACIMIENTO INFERIOR A 1500 G.

Scaramutti M.¹; Bertani G.²; Canosa G.³; Cattaino A.⁴; Celoto M.⁵; Lachener D.⁶; Leblan C.⁷; Mariani M.⁸; Martinefski S.⁹; Mason F.¹⁰; Molszanowski M.¹¹; Nakayama NN.¹²; Perez G.¹³; Selzer E.¹⁴; Senra C.¹⁵; Teisaire K.¹⁶; Tomasoni F.¹⁷

HTAL EVITA PUEBLO BERAZATEGUI^{1,3,9,13,17}; HTAL DURAND²; HTAL RIVADAVIA^{4,14}; HTAL ARGERICH^{5,6}; HTAL DURAND^{7,12}; SANATORIO SRMIENTO SAN MIGUEL⁸; HTAL MUNICIPAL MORON¹⁰; HTAL MUNICIPAL MATERNO INFANTIL SAN ISIDRO^{10,15,16}

<scutia@gmail.com>

OBJETIVOS:

Relevar características de alimentación, cumplimiento de vacunación y vacunación acelular, y control de audición a 6 meses de edad corregida (EgC).

MATERIAL Y MÉTODO:

140 Rnpt menores de 1500 gr (RNPTMBP) nacidos entre 01-01-2014 al 31-12-2014 inclusive, seguidos hasta 6 meses de EgC en consultorios de Seguimiento de Instituciones participantes Convocatoria realizada vía foro web seguimiento CEFEN y correo CEFEN SAP.Participaron 7 consultorios de seguimiento, 6 de hospitales públicos y 1 sanatorio privado. 3 de CABA y 4 de Pcia. de Buenos Aires. Instituciones con 18600 partos anuales, 1,03% RNPTMBP, promedio de sobrevivida 76%.EG media al nacer 29,7, PN media 1189g. Representan casi el 100% de población egresada de las unidades.

DISEÑO:

Descriptivo, retrospectivo Multicéntrico-Encuesta web,completa -da por equipo de consultorios de seguimiento.
Fuente de datos historias clínicas

RESULTADOS:

Peso 40 semanas EgC: 2526 g media (z -2,5) y Peso 6 meses EgC: 6704 g media (z -0,5).

Alimentación: egreso de UCIN 20% lactancia materna exclusiva(LME) ,48,6% lactancia con complemento de formula, y el 31 % fórmula exclusiva (FLE). A los 6 meses EgC 52% tiene FLE.La fórmula láctea (FLM)

modificada 48% para prematuros, en el 54% costo a cargo de los padres. Incorporación semisólidos 70%después de los 6 EgC ,30% entre 4-6 meses. Ninguno antes del 4 meses EgC..inmunización según calendario vacunación, 94,3 %completa para edad cronológica. Séxtuple acelular (según normativa MSA), 47% 3 dosis, 33% esquema incompleto, 22% ninguna dosis. Causa referida no aplicación acelular 67% faltante en vacuna-torio.Controles auditivos, a los 6 EgC 43,5% OEAS y PEAT .Un 4,3% ninguno de los dos controles.

CONCLUSION:

El porcentaje de niños alimentados con FLE es bajo al egreso de UCIN y no mejora con el seguimiento.El costo para sostener la alimentación con FLM para prematuros en más de la mitad de los casos es de las familias.La mayoría tuvieron esquema de vacunación completo, pero menos de la mitad pudo acceder a vacuna acelular, refiriendo no haber en existencia en vacunatorios.En esta población de alto riesgo auditivo, menos de la mitad realizó todos los controles y un porcentaje pequeño nunca realizo ninguno.

Reflexión: lograr una lactancia materna exclusiva, conseguir asegurar el aporte de leche FLM para prematuros en quienes lo necesitan, lograr realizar los controles audiológicos adecuados y la aplicación de vacunas acelulares en toda esta población continúa siendo una conquista a lograr.



ORGANIZACIÓN DEL CONSULTORIO DE SEGUIMIENTO DE PREMATUROS TARDIOS



Bertani C.¹; Nakayama N.²; Leban C.³; Falk J.⁴; Martin M.⁵

HOSPITAL DURAND^{1,2,3,4,5}

<gabrielbertani@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La prematuridad es la primera causa de morbimortalidad neonatal e infantil. Entre el 8 y 10% de los nacimientos, se deben a Prematuros (PT). Del 6 al 7% de esta población corresponden a los nacidos entre las 34,0 y 36,6 semanas de gestación, definidos como "Prematuros Tardíos (PTT)". El nacimiento prematuro se asocia con numerosos factores, principalmente: socioeconómicos: dentro de ellos pobreza, bajo nivel educativo materno, usos de drogas ilícitas, entre otros. Instalar la conciencia del control obstétrico durante la gestación en la población, iba a disminuir los nacimientos prematuros, pero los mejores resultados en cuanto a supervivencia de estos niños han incrementado las indicaciones obstétricas para finalizar la gestación antes del término, ya sea por patología materna o fetal.

OBJETIVO:

Mostar la necesidad de Organizar un Consultorio de Seguimiento de Prematuros Tardíos

MATERIALES Y MÉTODO:

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivos. Se realizó una revisión retrospectiva de los registros de los recién nacidos en el hospital entre el 1 de enero de 2009 y el 31 de diciembre de 2013. Se calculó la tasa de prematuridad global y de prematuros tardíos durante el período estudiado. Se seleccionaron los RNPTT, se protocolizó el cuidado dentro de la Unidad de Neonatología y la Organización del Consultorio de Seguimiento.

RESULTADOS:

De 8467 nacimientos durante el período 2009-2013 (5 años), la población general de PT fue del 8% y del total del PT el 75% corresponde a PTT. Se observó que las patologías predominantes son: SDR, Hiperbilirrubinemia, Trastornos Metabólicos, Apneas y Convulsiones.

CONCLUSIONES:

La recomendación en el manejo y atención de este grupo etario, siendo una población vulnerable debido a su inmadurez ha tomado una jerarquía desde su nacimiento teniendo una evolución diferente de los niños de término. Se generaron diferentes pautas para su manejo desde Terapia intensiva hasta el alta, brindándose una observación especial. Esto requiere un seguimiento exhaustivo postalta, es por eso que surgió la necesidad de Organizar un Consultorio de Seguimiento de esta población. En el año 2009 comenzó su funcionamiento. Fue esencial brindar pautas de prevención y de alarma antes del egreso hospitalario y hacer hincapié en la importancia de controlar, realizar estadísticas y sacar conclusiones para el mejor manejo de la población. El mismo está compuesto por 2 médicas Neonatólogas y una Enfermera del Servicio que extienden su labor en el Consultorio. La propuesta fue: seguir la evolución de su crecimiento y desarrollo

VENTANA AORTOPULMONAR: CASO CLÍNICO



Perez A.¹; Pastore E.²; Dovis N.³; Infante I.⁴; Savoye N.⁵; Strada M.⁶; De Santis A.⁷; Mayo R.⁸; Molina F.⁹

SANATORIO SANTA FE^{1,2,3,4,5,6,7,8,9}

<analiperez_10@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La incidencia de Cardiopatías congénitas (CC) representan entre el 0,6 al 0,8% de recién nacidos vivos. La Ventana aortopulmonar (VAP) es una malformación cardíaca congénita de muy baja incidencia (el 0,2-0,6% de todas las CC). Consiste en la comunicación entre la arteria pulmonar y la aorta ascendente por encima y respetando ambas válvulas sigmoideas, da síntomas de insuficiencia cardíaca que frecuentemente se presentan durante la lactancia siendo habitualmente diagnosticada a los 8 meses.

OBJETIVO:

Presentación de caso clínico de un neonato en quien diagnostica VAP durante el período neonatal

CASO CLÍNICO:

Paciente de 18 días de vida (DV), masculino, que concurre a control con pediatra de cabecera que registra falta de progresión de peso, agitación y quejido sin cianosis durante la alimentación, por lo que deriva a nuestro nosocomio para estudio.

Antecedentes: RNT-PAEG (3381gs – EG 39sem.), parto vaginal, Pesquisa Neonatal Normal. Internado al 3º DV por deshidratación durante 72hs. se ausculta soplo sistólico diagnosticándose estenosis de rama pulmonar leve.

Examen físico ingreso: Peso 3380gs (descenso de 90gr en 5 días), regular aspecto general, rosa pálido, FR: 65X', FC 160 X' soplo sistólico, saturación 97% aire ambiente. Pulsos periféricos positivos. Sin visceromegalias, ni edemas.

Laboratorio ingreso: Hto 57% GB 8000 (50/48). Glucemia 0.59 Urea 0.29. Sodio 139. Potasio 5.3. Ca. 3.5. PH 7.41 Pco2 35.5 Po2 60 Hco3 22. Valoración cardiológica evidencia buena función del ventrículo izquierdo con hiperflujo pulmonar, destacándose imagen compatible con ventana aortopulmonar.

TRATAMIENTO:

Inotrópicos + diuréticos. Se deriva a centro de mayor complejidad, resolviéndose quirúrgicamente a las 48hs.

CONCLUSIÓN:

En el año 2015 nuestra institución registró 1336 nacimientos, la VAP representó el 0.074% de total. Las cardiopatías congénitas asociadas a insuficiencia cardíaca presentan signos y síntomas inespecíficos por lo cual debemos considerarlas en todo neonato que presente falta de progresión de peso, taquipnea, taquicardia, y dificultad en su alimentación. El control clínico pediátrico, la reevaluación del paciente y el trabajo interdisciplinario con Cardiólogos y Neonatólogos fueron los pilares que permitieron arribar a un diagnóstico precoz y derivación oportuna para su tratamiento definitivo.

ECTOPIA CORDIS VS PENTALOGIA DE CANTRELL

Raffin C.¹; Pasalacqua C.²; Martín Alonso M.³; Falk J.⁴

HOSPITAL DURAND^{1,2,3,4}

<crisraffin@gmail.com>

RPD
043

INTRODUCCIÓN:

La Ectopia Cordis (EC) es una patología extremadamente rara caracterizada por una posición anómala del corazón fuera de la cavidad torácica. Fue descrita por primera vez por Stensen (1671) (1). Según su localización, se clasifica en: Cervical/Torácica (más frecuente), Toracoabdominal y abdominal, y según la exposición del corazón: Completa (ausencia de piel y pericardio parietal) o Incompleta (cubierto por piel, pericardio parietal o ambos). La etiología es desconocida (2). Kumar B y col. Postulan que se produciría muy temprano en la embriogénesis alrededor de los 12-14 días después de la concepción, momento en el que finaliza la maduración y diferenciación del mesodermo ventral (3). La incidencia es de 5.5 a 7.9 por millón de nacidos vivos (4) (5).

OBJETIVOS:

Presentar un caso clínico de un paciente con una malformación extremadamente rara, a tener en cuenta a la hora de realizar diagnósticos diferenciales con otras patologías en las que se presenta formando parte de un síndrome.

MATERIAL Y MÉTODO:

Presentación de un caso clínico correspondiente a un recién nacido prematuro, de 35 semanas de edad gestacional, con diagnóstico de EC en la semana 20 de concepción.

RESULTADOS:

Madre de 22 años de edad. Embarazo controlado a partir de la semana 20, sin antecedentes de jerarquía. Se realizó cesárea por inicio de trabajo

de parto, habiendo recibido previamente maduración pulmonar fetal completa en la semana 27. Recién nacido de 35 semanas de edad gestacional, peso 2200 gr, Apgar 9/10. Al examen físico presento EC torácica, completa, con defecto esternal de 50 mm de diámetro aproximadamente, asociada a FLAP derecho. Presento taquipnea y quejido respiratorio, compensado hemodinámicamente sin requerimiento de inotrópicos. Se trasladó a neonatología, se ingresó a ARM por persistencia de la dificultad respiratoria con mala mecánica, se canalizaron arteria y vena umbilicales y se derivó para interconsulta con cirugía cardiovascular a centro especializado, falleciendo a los 16 días de vida.

CONCLUSIÓN:

La EC es una patología extremadamente rara que se presenta asociada a otras malformaciones cardíacas en un 85-95% (1-3), como comunicación interventricular, tetralogía de Fallot, divertículo ventricular izquierdo, doble tracto de salida ventricular derecho e hipoplasia pulmonar. Representa el 0.1% de las cardiopatías congénitas (1). Puede asociarse a FLAP (como en este caso) o a otros defectos como hernia diafragmática, hipoplasia pulmonar, malformaciones cerebrales, pero también formando parte del Síndrome de Cantrell, descrito por Cantrell en 1958 y que se caracteriza por la presencia de 5 (cinco) defectos congénitos mayores que involucran el diafragma, la pared abdominal anterior, tercio inferior del esternón y EC asociada a otras malformaciones estructurales del corazón.

PREMATURO TARDIO: NUESTRA REALIDAD

Cohen A.¹; Pacitti M.²; Olivieri M.³

HOSPITAL O ALASSIA^{1,2,3}

<analavcohen@hotmail.com>

RPD
044

INTRODUCCIÓN:

Se considera PREMATURO TARDIO (PTT) a los recién nacidos comprendidos entre la semana 34 y 36,6 de edad gestacional. El PTT es fisiológica y metabólicamente inmaduro, como consecuencia presenta mayor morbilidad al nacimiento y durante su internación. El PTT presenta riesgo aumentado de dificultad respiratoria (EMH-HTPP- inmadurez en el aclaramiento del líquido pulmonar fetal), inestabilidad térmica, hipoglucemia, dificultad en la coordinación de la succión-deglución, apneas, trastornos neurológicos e hiperbilirrubinemia. Así mismo el PTT tiene mayor índice de reingreso hospitalario durante el período neonatal comparado con el de término. Su incidencia está aumentando progresivamente en los últimos años.

OBJETIVOS:

Evaluar la incidencia de PTT en nuestro servicio.
Determinar las patologías más frecuentes en este grupo.
Establecer las causas de reingreso.
Corroborar nuestros hallazgos con la bibliografía actual.

POBLACIÓN:

RN de 34-36,6 semanas de edad gestacional internados en el Servicio de Neonatología del Hospital "Dr. O. Alassia" de Santa Fe, en el período comprendido entre el 01 de febrero de 2014 y el 31 de enero de 2016.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo, observacional, basado en la revisión de historias clínicas. Se evaluaron 133 PTT ingresados en UCIN.

RESULTADOS:

Se obtuvieron los datos de las historias clínicas de 133 PTT ingresados durante los 2 años evaluados. Los PTT conformaron el 43,4% (N=133) del total de PT (N=306) y el 8% de todos los pacientes ingresados a nuestro servicio (N=1400) en el período antes mencionado. El 51,8% (N=69) ingresaron inmediato al nacimiento y el 48,1% (N=64) fueron reingresos. Del total de los internados desde el nacimiento presentaron: SDR (63,7%), hiperbilirrubinemia (36,2%), infecciones asociadas a los cuidados de la salud (15,9%), trastornos de la coagulación (11,5%), hipoglucemia (7,2%), hipotermia (4,3%), apneas (4,3%), malformaciones congénitas (4,2%). Se registró un fallecimiento asociado a malformaciones congénitas. Las causas más frecuentes de reingreso fueron: hiperbilirrubinemia (32,8%), infecciones respiratorias (21,8%), otras infecciones (12,5%), trastornos alimentarios (10,9%), otras (apneas, ALTE) en menor porcentaje.

CONCLUSIONES:

Los PTT representan 43,4% del total de prematuros ingresados en nuestro servicio. El grupo de PTT ingresados desde el nacimiento presentó con mayor frecuencia SDR, ictericia e infecciones asociadas a cuidados de la salud. La alta incidencia de malformaciones congénitas (42%) encontradas se debería a que nuestro servicio es centro de derivación de patologías quirúrgicas y cardiopatías del centro y norte de la provincia. Las principales causas de reingreso fueron: hiperbilirrubinemia e infección respiratoria aguda baja. Las causas de morbilidad encontradas en los PTT evaluados coinciden con lo descrito en la bibliografía. El PTT constituye un grupo vulnerable que amerita una vigilancia estricta desde el primer día de vida por sus complicaciones.

LUXACIÓN CONGENITA DE RODILLA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Bollentini C.¹; Debiasi A.²; Mercado M.³; Savorani M.⁴

CASA HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS^{1 2 3 4}

<claubollen@hotmail.com>



INTRODUCCIÓN:

La luxación congénita de rodilla es infrecuente con una incidencia de 1 por 100.000 casos, predominio el sexo femenino y cuyo diagnóstico se realiza al nacimiento por hallazgos clínicos y radiológicos (Rx).

Etiología: malas posiciones intraútero, malformaciones del ligamento cruzado anterior, alteraciones genéticas como síndrome de Turner, Down, Larsen, secuencia Pierre Robins, artrogriposis congénita, hiperlaxitud ligamentosa (síndrome Ehlers-Danlos) y asociaciones con anomalías musculoesqueléticas como luxación congénita de cadera, de codo y deformidades del pie, labio leporino, espina bífida, hidrocefalia, ano imperforado y cardiopatías.

El pronóstico depende del inicio precoz del tratamiento y presencia de dismorfias.

Presenta desplazamiento anterior de la tibia en relación con el fémur. Según criterios clínicos y Rx, existen 3 tipos (clasificación de Ferris) tipo I recurvatum grave de la rodilla, tipo II subluxación de la tibia sobre el fémur, y tipo III luxación completa de rodilla. Puede ser uni o bilateral. La falta de fondo de saco suprapatelar sería la causa principal de la luxación.

OBJETIVO:

Documentar un caso clínico poco frecuente de Luxación Congénita de Rodilla.

CASO CLÍNICO:

Bebé sexo femenino de 4 kg, 39 sem, embarazo controlado sin antecedentes patológicos y nacida por cesárea.

A al nacer presenta rodilla derecha en recurvatum con limitación para la flexión y ausencia del saco suprarotuliano, resto examen físico normal. Se realiza Rx y presenta desplazamiento anterior de la tibia en relación con el fémur. Se coloca yeso inguinopédico en flexión de 90° manteniéndose por 6 semanas.

CONCLUSIÓN:

Aunque se trata de una patología infrecuente, el diagnóstico en las primeras horas de vida es sencillo. La inspección presenta la hiperextensión marcada de la rodilla en contraposición a la postura habitual en flexión. La Rx confirmará el diagnóstico y valorará si existe alguna alteración ósea asociada.

El tratamiento debe iniciarse lo antes posible, en las primeras 24-48 h, para mejorar el pronóstico. Primero se realiza reducción manual colocando yeso en la flexión máxima permitida con modificaciones progresivas según vaya evolucionando. Cuando se alcanzan los 90° de flexión, entre las 2 a 6 semanas, se retira yesos, manteniéndose la fisioterapia.

LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPEUTICO EN NEONATOLOGIA

Bollentini C.¹; Savorani M.²; Locatelli G.³; Oger S.⁴

CASA HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS^{1 2 3 4}

<claubollen@hotmail.com>



El derecho a la vida es lo más importante así como en el acompañamiento en el proceso de muerte sin realizar medidas desproporcionadas o fútiles que produzcan un sufrimiento desmesurado.

Se presenta caso clínico de prematuro extremo con grave secuela neurológica por asfixia perinatal debido a desprendimiento placentario del 100% con daño de la corteza cerebral y tronco. Los estudios confirmaron la irreversibilidad y el mal pronóstico neurológico.

Su situación vital dependía exclusivamente de la A.R.M; medida fútil e inefectiva que no resolvía ni mejoraba su pronóstico.

El equipo tratante, ante el deseo de los padres de que su hija no padezca sufrimiento, solicitó al Comité de Bioética recomendación para proceder con limitación del esfuerzo terapéutico

El Comité estudió la situación bajo los Principios Bioéticos, y dió una recomendación.

La autonomía subrogada en los padres, poseían la potestad y competencia de tomar decisiones por ella, sin coerción, acorde a las leyes vigentes.

El cuadro clínico era irreversible con secuelas neurológicas que no podían permitirle una vida digna.

Le correspondía el derecho a acceder a asistencia física y espiritual acorde a las creencias familiares, adoptando medidas de cuidado y confort, pero no aquellas fútiles, dado que la conexión a un respirador en estas circunstancias era una medida extraordinaria que no contribuía a mejorar su estado.

Era moralmente apropiado no adoptar, o en este caso retirar, las medidas terapéuticas ineficaces y desproporcionadas que sólo prolongaban el sufrimiento.

Luego de analizar la legislación vigente, el Comité de Bioética elaboró sus conclusiones basadas en la formación de sus miembros, consensuando en recomendar a los médicos a acceder a la solicitud de ambos padres de proceder con la medida de limitación del esfuerzo terapéutico en la persona del bebe, conforme a las reglamentaciones vigentes.

Cuando las condiciones emocionales de los padres lo hicieron posible, se procedió a realizar la limitación del esfuerzo terapéutico, acompañando a una muerte inevitable y respetada en su dignidad.

Los padres expuestos a esta intervención, participaron con dolor y posibilitando la muerte del bebé en sus brazos, "comparable a la propuesta para los adultos de morir en casa".

PENSANDO LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR DESDE NEONATOLOGÍA

Gonzalez M.¹; Scarpello Y.²; Borra M.³; Garcia Blaya L.⁴; Acosta E.⁵

HOSP. MAT. INF RAMÓN SARDA^{1,2,3,4,5}

<maureliagonzalez@gmail.com>



FUNDAMENTACIÓN:

Entre los factores de riesgo para parto prematuro, el antecedente de pretérmino (PT) anterior figura en primer lugar. Por ello, en madres con hijos PT internados resulta prioritario facilitar el acceso a métodos de anticoncepción de manera de lograr intervalos intergenésicos adecuados que permitan disminuir factores de riesgo asociados.

OBJETIVO:

Investigar y facilitar el acceso a herramientas para la toma de decisiones informadas sobre salud sexual y reproductiva en mujeres con hijos internados en Neonatología que acceden a una Residencia Hospitalaria de Madres (RM).

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se evaluaron en forma retrospectiva los resultados de talleres interdisciplinarios de frecuencia mensual que se efectuaron entre julio y diciembre de 2015 con 75 mujeres en RM del HMIR Sarda. Un equipo multidisciplinario (psicólogas y obstétricas) aplicaron un dispositivo lúdico grupal de preguntas y respuestas creado ad hoc. En paralelo se estableció el funcionamiento de un consultorio de planificación familiar exclusivo para este grupo de mujeres.

RESULTADOS:

El 9,3 % tenía ligadura tubaria previa y el 54,7 % eligió acceder a un método anticonceptivo (MAC) previa consejería, antes del egreso del RN de Neonatología. 14 mujeres (51,8 %) eran madres de RNPT < de 32 semanas y 16 de ellas (59,2) habían tenido cesárea. De las 75 mujeres 34 (45,3 %) obtuvo un MAC previo al alta del RN. El MAC de mayor frecuencia de

elección fué oral anovulatorio de progestágeno solo, compatible con la lactancia. Al total de asistentes se les proveyó condón y asesoramiento sobre anticoncepción hormonal de emergencia.

CONCLUSIONES:

La implementación de talleres de información y acceso a métodos anticonceptivos en forma oportuna, resulta una estrategia posible y recomendable en madres de prematuros durante la internación. El acceso a una RM facilita la implementación de la misma.

SEGUIMIENTO DE SÍFILIS CONGÉNITA. SITUACIÓN ACTUAL EN UN HOSPITAL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

Silva A.¹; Bois F.²; Duro E.³

HOSPITAL CENTRAL DE PEDIATRÍA DE MALVINAS ARGENTINAS^{1,2}; HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE MALVINAS ARGENTINAS³

<ana_maria_silva@live.com>



Opción a premio

INTRODUCCIÓN:

Según la OPS para el año 2015 la incidencia de sífilis congénita varía entre menos de 0,5 casos por 1.000 nacidos vivos en países como Cuba y 0,9 casos por 1.000 nacidos vivos en Argentina en 2011. Se desconocen datos del seguimiento. Objetivo: describir la situación actual del seguimiento de los casos locales de sífilis congénita.

POBLACIÓN Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo de corte transversal. Población: recién nacidos vivos en el Hospital Materno infantil de Malvinas Argentinas años 2014-2015 con sífilis congénita. Se clasificaron en los que realizaron y los que no realizaron seguimiento por infectología. Revisión de historias clínicas. Estadística: Caracterización de los grupos a través del test de Fisher y t-Student en SPSS24.0. Los datos fueron procesados por medias aritméticas con sus respectivos cuartiles en Excel de Microsoft Office 2010.

RESULTADOS:

La tasa de incidencia de sífilis congénita fue 15 casos por 1.000 nacidos vivos en 2015 y 13,4 por 1.000 para el 2014. Hubo en total 106 casos de sífilis congénita, 81 (76%) no asistieron al control. En general, alrededor del 60% de las madres tenían 19-34 años y más del 60% tuvo menos de 5 CPN ($p>0,05$). 25-44% de los casos no registraron prueba confirmatoria. El 60% de los padres recibió tratamiento en el grupo seguido versus 14% en los no seguidos. En ambos grupos cerca de 20% de los casos nacieron deprimidos, 8-12% fueron prematuros y 10-20% tuvo <2.500g al nacer ($p>0,05$). Se presentó 1 caso de neurosífilis en los casos seguidos y 5 en los

no seguidos ($p:0,824$). Hubo diferencia significativa en el tratamiento de sífilis entre ambos grupos pues quienes acudieron al seguimiento habían recibido tratamiento con penicilina sódica en 4% de los casos respecto a 14% para el grupo no seguido ($p:0,023$).

CONCLUSIONES:

El seguimiento de casos de sífilis congénita en nuestra población es menor al 30%. Se considera una prioridad en salud pública incrementar esa proporción creando estrategias que permitan optimizarlo y mejorar la adherencia para prevenir el desarrollo de sífilis tardía o la aparición de secuelas a largo plazo.

SITUACIÓN DE LOS MÉDICOS QUE REALIZAN SEGUIMIENTO DE RECIÉN NACIDOS DE ALTO RIESGO

Scaramutti M.¹

HTAL EVITA PUEBLO BERAZATEGUI¹

<scutia@gmail.com>



Opción a premio

OBJETIVO:

El objetivo de este trabajo es relevar la situación de los médicos que realizan atención del recién nacido de alto riesgo.

MÉTODO:

Estudio descriptivo transversal Instrumento; Encuesta auto administrada vía web, enviada a través del foro de Seguimiento de Alto Riesgo del Cefen de la Sociedad Argentina de Pediatría, el foro del Cefen, el foro de la Carrera de Desarrollo Infantil de la UBACompletada por médicos de seguimiento.

RESULTADOS:

Se obtuvieron 31 respuestas. De esto se observó que el casi el 68 % realiza la actividad en un lugar público, el 71 % tienen doble especialidad (pediatría y neonatología) y solo el 3% tienen la especialidad en Desarrollo infantil UBASolo el 71% recibe un salario fijo en blanco y el 3% lo hace en forma ad-honorem. Solo el 25% pueden vivir con ese sueldo. El 84 % realiza capacitación continua en referencia a su actividad, en forma permanente, solo el 3% tiene apoyo económico de la institución donde trabaja para realizarla. El 84% sigue un programa preestablecido para la atención pero aún hay un 13% que no tiene ningún programa, y una menor proporción que no sabe de ningún programa. Solo el 51 % se dedica a esta función en su lugar de trabajo, el resto tiene tareas compartidas. El 77 % trabaja en equipo con otras especialidades. Las interconsultas en un 39% las gestionan los mismos profesionales. Solo un 3% envía a los padres a tramitarlas. En el consultorio hay un 25% que está solo, solo el 9% tiene secretaria, el 51% tiene enfermera, y el 35% tiene interconsultores en el mismo espacio. Con respecto a la satisfacción el 74% manifestó estar contento con su trabajo,

y un 10 % no. El 87 % refirió que le gusta lo que hace. El 97 % siente que el trabajo le brinda satisfacción si bien el 32 % no se siente valorado por su trabajo. Si a esto le sumamos los que a veces no se han sentido valorados, la cifra crece al 86 %. Entre los que se han sentido a veces y frecuentemente agobiados por el trabajo el número es alto, 96 %. Solo el 12% de los encuestados trabajan entre 24 o más horas semanales en la actividad, el resto lo hace con un promedio de 8 horas (rango de 3 a 13 hs.). Mientras que el horario de trabajo médico en general es de 35 hs./semanales promedio. El 85 % de los encuestados trabajaban en la CABA o en la Provincia de Buenos Aires, el 93% fueron mujeres y la edad promedio de 48 años y un rango de 33-65.

CONCLUSIONES:

La muestra no es representativa de la situación del país, pero sí lo es de la CABA y Provincia de Buenos Aires. (Según un relevamiento realizado por el Ministerio de Salud de la Nación hay 88 consultorios de seguimientos en el país, encontrándose 9 distribuidos entre CABA y 28 en Pcia. de Buenos Aires.) La mayor parte de los profesionales, sienten que este trabajo les brinda satisfacción pero se sienten agobiados muchas veces. El seguimiento de pacientes de alto riesgo lo realizan profesionales que tienen años de experiencia y formación. La encuesta se envió vía web, pero aún se hace difícil la comunicación entre los profesionales del área que trabajan en otras provincias. Queda mucho por hacer para unificar las vías de comunicación entre los profesionales, estandarizar la atención y desde los organismos de Salud dar jerarquía al trabajo realizado y facilitar y apoyar la capacitación continua.

COMPLICACIONES FRECUENTES EN EL USO DE CATÉTERES PERCUTÁNEOS DE INSERCIÓN PERIFÉRICA EN RECIÉN NACIDO COMPRENDIDOS ENTRE 1000 Y 1500 GRAMOS

Rodríguez Montecinos P.¹; Vera B.²; Quiñena B.³; Mayal M.⁴; Ance A.⁵; Ance P.⁶; Ibañez V.⁷; Offidani E.⁸; García T.⁹

HOSPITAL MATERNO INFANTIL MAR DEL PLATA^{1,2,3,4,5,6,7,8,9}

<gabysalud1@hotmail.com>



INTRODUCCIÓN:

Debido al aumento de ingresos de recién nacidos pretérmino (RNPT), que requieren terapias endovenosas prolongadas y la importancia de disponer de un acceso vascular central y seguro en el servicio de neonatología del HIEMI, de Mar del Plata. Se planteó la necesidad de realizar un estudio para conocer las complicaciones asociadas al uso de catéteres percutáneos de inserción periférica (PIIC). La utilización de PIIC en RNPT es la primera línea de elección. A pesar de ser una práctica eficaz y segura no deja de ser un procedimiento invasivo que puede desencadenar complicaciones. Es necesario poder reconocerlas en forma oportuna y eficaz.

OBJETIVO:

Conocer las complicaciones frecuentes en el uso de catéteres percutáneos de inserción periférica en recién nacidos comprendidos entre 1000 y 1500 gramos. Internados en la unidad de cuidados intensivos neonatales del HIEMI entre enero del 2014 y junio del 2015.

POBLACIÓN:

148 neonatos ingresados en el servicio de neonatología de HIEMI, que requirieron la colocación de PICC, con un peso corporal entre 1000 y 1500 gramos.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio descriptivo de tipo retrospectivo transversal. Se analizaron datos obtenidos de las historias clínicas y de la planilla de seguimiento de catéteres percutáneos del servicio. Durante el periodo enero del 2014 a junio 2015. Se incluyeron los recién nacidos con peso corporal de 1000 a 1500 gramos que requirieron inserción de PICC. Se analizaron las siguientes variables: ubicación de punta de catéter, motivo de extracción, complica-

ciones asociadas al uso, tiempo de permanencia, miembro seleccionado, soluciones a infundir, edad gestacional al momento de la colocación.

RESULTADOS:

De 148 RN que tuvieron PICC, 111 fueron de ubicación central (75%). El motivo de extracción por fin de tratamiento fue de 85 catéteres (57,4%). Las complicaciones frecuentes fueron las reacciones locales en 50 RN (33,8%). La principal solución a infundir la NPT 120(81,1%). RN de 30-34 semanas 107 (72,3%). La media de edad pos natal al momento de colocación fue de 5 días. El tiempo de permanencia con una media de 12 días. Los miembros superiores fueron los más seleccionados.

CONCLUSIONES:

Si bien el uso de PICC es beneficioso en el rango de la muestra estudiada también derivan de su uso complicaciones, siendo las principales las reacciones locales. Se entiende como reacciones locales la aparición de al menos dos de los siguientes signos: edema, irritación, induración, tumefacción, cordón venoso palpable y dolor. Los recién nacidos prematuros son vulnerables a reacciones relacionadas con el material del catéter. Como a la aparición de reacciones locales por hipersensibilidad por contacto en el lugar de inserción, por ello es importante retirar los residuos de antiséptico de la piel. La fijación del catéter tiene que ser adecuada para evitar desplazamientos y evitar úlceras por presión. La sospecha de sepsis corresponde a un porcentaje menor de la muestra estudiada. No se registraron catéteres colonizados durante la realización del estudio. El estudio permitió identificar falencias en el instrumento de recolección de datos a tal fin. Se modificará la planilla de control de PICC para posteriores estudios.

¿ES POSIBLE EL INGRESO DE FAMILIARES A UN SERVICIO DE NEONATOLOGÍA CERRADO DE UNA MATERNIDAD DE ALTA COMPLEJIDAD?

RPD
054

Gonzalez M.¹; García Blaya L.²; Acosta M.³

HOSP. MAT. INF RAMÓN SARDA^{1,2,3}
<maureliagonzalez@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La inclusión de la familia ampliada en los sectores de internación neonatal es reconocido como un derecho y como recomendación según el modelo Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (paso 5). Este modelo garantiza en primer lugar el ingreso irrestricto, la permanencia continua y la participación activa de los padres para el cuidado de sus hijos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Durante los años 2014 y 2015 un equipo multidisciplinario coordinado por Salud Mental gestionó y registró el ingreso de familiares (adultos y hermanos) en una visita semanal con horario pre establecido. Se implementaron técnicas gráficas y lúdicas con los niños y estrategias comunicacionales con los adultos, previo a su ingreso a la unidad y se capacitó en la técnica de lavado de manos y otras pautas de prevención de infección intrahospitalaria.

RESULTADOS:

Ingresaron 1959 adultos (varones y mujeres) y 662 hermanos (301 de edades entre 5 y 12 años). El total de ingresos en ambos años fue de 2621 personas, con promedio semanal 26 personas. Debemos mencionar que en julio del año 2015 se suspendieron transitoriamente las visitas por medidas preventivas para las infecciones por virus sincicial respiratorio (VSC). Se observa mayor concurrencia de familiares femeninos (1557) y amplia mayoría materna (1364).

CONCLUSIONES:

El ingreso programado de familiares de RN internados en un servicio de Neonatología de alta complejidad, que incluye terapia intensiva e intermedia, es posible con un equipo interdisciplinario y con un protocolo de intervención a cargo de Salud Mental.

MIELOMENINGOCELE DETECCIÓN Y TRATAMIENTO POR UN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

RPD
055

Molina R.¹; Ferrufino G.²; Diaz Peña G.³; Candiz E.⁴; Aguilar M.⁵; Uez Pata A.⁶

HOSPITAL NACIONAL ALEJANDRO POSADAS^{1,2,3,4,5,6}
<romisolemolina@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Los defectos de cierre del tubo neural se producen como consecuencia de fallas en el proceso de neurulación en el primer mes de gestación. Se encuentra entre las tres primeras anomalías en frecuencia, siendo una de las principales causas de morbimortalidad infantil. Según el Registro Nacional de Malformaciones Congénitas en el 2012 se estimó una prevalencia de 0,66/1000 nacimientos para espina bífida que incluye mielomeningocele, mielocelo, raquisquisis.

OBJETIVO:

Describir nuestra experiencia en el diagnóstico prenatal, tratamiento y evolución neonatal en un periodo comprendido entre 2009-2014.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Revisión de historias clínicas entre octubre 2009-junio 2014, se registraron los datos: edad materna, peso de nacimiento, localización del defecto, malformaciones asociadas, diagnóstico prenatal, vía de parto, evolución, etc. Trabajo descriptivo, retrospectivo, observacional.

RESULTADOS:

En el Hospital Posadas (maternidad III B) se registraron 25411 nacimientos en el periodo señalado, se detectaron 44 casos de mielomeningocele, siendo su prevalencia: 1,73/1000 nacimientos. Se realizó diagnóstico prenatal en el 90%(40) de los casos, siendo la vía de parto elegida cesárea en el 90%. Con respecto a la edad gestacional el 64%(28) fue > 37 semanas y el 70%(31) peso de nacimiento > 2500gr. La edad materna fue 52%(23)

entre 20-30 años, el 61% (27) fue múltipara. Su localización fue 41%(18) lumbar, el 90%(40) presento saco abierto y el cierre fue en el 54%(24) antes de las 24 hs de vida. El 66%(29) sexo femenino. Presento dilatación ventricular el 90%(40) de los casos, requiriendo válvula de derivación ventriculoperitoneal el 70%(31) en internación neonatal, y su colocación 45%(20) fue antes de los 15 días de vida. El 84%(37) no presento malformación asociada y su evolución en el 89%(39) fue dado de alta.

CONCLUSIÓN:

El mielomeningocele es una malformación frecuente, que afecta la calidad de vida de los pacientes, su familia, con un elevado costo en salud. Las interacciones de un equipo perinatal permiten el adecuado manejo y seguimiento de la patología, reduciendo su morbimortalidad, cuya meta será el diagnóstico y tratamiento prenatal que mejorara el pronóstico neurológico.

HIPOFOSFATEMIA E HIPERCALCEMIA SEVERA RELACIONADA A NPT (NUTRICIÓN PARENTERAL) AGRESIVA EN MICROPREMATUROS

RPD
056

Rodriguez Uriz D.¹; Borghi A.²

HOSPITAL PROVINCIAL NEUQUEN^{1,2}
<dario.rodriguez@yahoo.com.ar>

INTRODUCCION:

Avances en los Cuidados Intensivos Neonatales han incrementado la supervivencia en RN pretérmino. La NPT agresiva y temprana se propone como estrategia para prevenir la desnutrición extrauterina y mejorar el pronóstico de éstos pacientes. El hallazgo de hipofosfatemia/hipercalcemia ha sido descrito en pacientes de extremo bajo peso la nacer asociado a NPT agresiva al final de la primera semana de vida. El fósforo es un ion esencial para la constitución de tejidos, durante la vida intrauterina se aportan grandes cantidades del mismo junto a los aportes de AA, pero durante la vida extrauterina esos aportes son muy escasos en relación a los de aminoácidos. La hiperalimentación produce un exceso de uso del fósforo por la célula con la consiguiente hipofosfatemia e hipercalcemia compensatoria para mantener el cociente P/Ca en plasma. Las manifestaciones clínicas de ésta entidad se ven subestimadas en ésta población ya que son pacientes severamente enfermos y no hay reportes en la bibliografía sobre pronóstico a largo plazo.

POBLACION:

RN (recién nacidos) microprematuros (<750grs) internados en el Servicio de Neonatología del Hospital Provincial Neuquen entre el 1º de enero de 2012 y el 31 de diciembre de 2014.

MATERIAL Y METODOS:

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de 10 historias clínicas de RN microprematuros que iniciaron NPT agresiva entre el 1º y 3º día de vida. Se registraron pacientes que presentaron hipofosfatemia y/o

hipercalcemia entre la primera y segunda semana de vida. Consideramos NPT agresiva como aporte inicial de aminoácidos 2-3 grs/kg/día y lípidos 1grs/kg/día; hipofosfatemia a niveles de fósforo inferiores a 2,5mg/dl e hipofosfatemia severa a valores inferiores a 1mg/dl; hipercalcemia a niveles de calcio ionico superiores a 5,2mg/dl (1,32mMol/l).

RESULTADOS:

Iniciaron NPT agresiva 10 pacientes (100%). Se solicitó fosfatemia a 4 RN (40%). Se detectó hipofosfatemia severa (0,3mg/dl) en 1 paciente (10%) a los 14 días de vida. Se solicitó calcio ionico a todos los pacientes de los cuales el 90% presentó hipercalcemia.

CONCLUSIONES:

Si bien el número de Historias Clínicas analizado es pequeño y no se pidió fosfatemia a todos los RN consideramos necesaria la pesquisa de éstos iones entre la primera y segunda semana de vida y su tratamiento de ser necesario, ya que la población de microprematuros fue creciendo estos últimos años en nuestro servicio y con ello se fueron intensificando las prácticas nutricionales; teniendo en cuenta además que faltan estudios que describan las consecuencias a corto y largo plazo de la hipofosfatemia/hipercalcemia en los RN pretérmino.

CRANEOSINOSTOSIS: IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO PRECOZ

RPD
058

Bertani C.¹; Falk J.²; Nakayama N.³

HOSPITAL DURAND^{1,2,3}
<gabrielbertani@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Las craneosinostosis (CS) son un grupo de Alteraciones del Desarrollo Neural que se caracterizan por el cierre prematuro de una o varias suturas craneales. Se asocia con patrones bien reconocidos de deformidad en el cráneo o en la cara y en ocasiones alteraciones clínicas y de la función. Es un defecto relativamente común al nacer, con una incidencia de 1/21.000 a 1/25.000 niños. En total existen 37 suturas craneales, las que son clínicamente significativas en las CS son: Sutura Sagital; Sutura Coronal; Sutura Metópica; Sutura Lambdaidea.

OBJETIVO:

Reportar un caso de CS Multisutural Congénito (a descartar Sme. de Cruzon), la importancia del diagnóstico prenatal y la Identificación etiológica, para el adecuado asesoramiento genético familiar. Es necesario diferenciar las CS verdaderas de las deformidades posicionales, ya que las primeras requieren tratamiento quirúrgico temprano.

CASO CLÍNICO:

Madre de 27 años, tercera gesta, control prenatal completo, serologías negativas, se detecta Ecográficamente la presencia de malformación craneal. El 06/02/2014 nace un RNTPAEG, por parto vaginal, cefálico, LAC, RAM, EG: 38 semanas, P: 2820 grs. (Pc 10-25), T: 47 cm (Pc 3-10), Pc: 30,5 cm (Pc <3), Apgar 7/9. Examen físico: malformaciones craneales, faciales y auditivas (cráneo en forma de trébol). No requirió complejidad de terapia intensiva. El egreso el 12/02/14 a su domicilio, con fecha para

cirugía programada. El peso de alta 2700 grs.

Estudios complementarios: RX de cráneo (frente y perfil) que confirma el diagnóstico de la forma craneal y la ausencia de las suturas. Eco. Abdominal: Normales y Cardíaca: FOP, DAP pequeño con flujos normales, sin cardiopatía estructural. En la TAC, se constata alteración morfológica-asimétrica de la calota craneana.

Se efectuaron las Interconsultas con Neurología y Cardiología en nuestro Hospital y la Interconsulta con Neurocirugía en el Hospital Ricardo Gutiérrez (donde posteriormente se realizó su Tratamiento Quirúrgico).

CONCLUSIÓN:

El Objetivo fundamental del Tratamiento es funcional, es decir, restablecer la capacidad (continente de la cavidad craneal). Logrando esto, además se restablece la forma normal del cráneo (estética). El Tto. de la mayoría de los pacientes con CS es Quirúrgico, realizado en forma precoz, antes de los 6 meses de vida, para evitar las complicaciones. La anomalía ligada a la CS se enfoca un único defecto genético, que son los factores de crecimiento fibroblásticos, que ejercen su influencia en la actividad celular al unirse en Rc. específicos. El resultado del estudio cromosómico del paciente es: cariotipo 46,XYqh+(20);Yqh+: polimorfismo cromosómico. Actualmente con evolución favorable de su patología.

GALACTOSEMIA. A PROPOSITO DE UN CASO

Lizazu L.¹; Golowczye M.²; Muñoz V.³; Selmi F.⁴; Santillan G.⁵; Gonzalez M.⁶; Cañizares S.⁷

HOSPITAL ZONAL R GUTIERREZ DE LA PLATA^{1,2,3,4,5,6,7}

<lizazzulaura@gmail.com>



INTRODUCCIÓN:

La galactosemia es el déficit congénito de la enzima galactosa-1-fosfato uridil transferasa (GALT) que se transmite con rasgo autosómico recesivo (AR), su diagnóstico temprano es esencial para iniciar tratamiento oportuno.

En este trabajo describiremos un caso de galactosemia que se presentó en la unidad de cuidados intensivos neonatales de nuestro hospital.

CASO CLÍNICO:

RNT/AEG 38 semanas de gestación, derivado a nuestro hospital a los seis días de vida por presentar dos episodios de vómitos sanguinolentos. Desde hospital de origen se informan serologías maternas negativas, grupo y factor del RN: A+ Coombs – Madre: O+ Coombs -; pendiente realización de PRODYTEC.

Al ingreso se constata hiperbilirrubinemia por lo cual inicia luminoterapia. Se obtiene hemograma de ingreso, el mismo con valores de bajo riesgo y urocultivo con resultado negativo.

Por la sospecha de enfermedad hemorrágica se solicita coagulograma, el cual arrojó un valor de tiempo de protrombina prolongado además de otros parámetros alterados.

Se decide realizar la transfusión de plasma y administrar tres dosis de vitamina K.

Se realiza PRODYTEC.

El dosaje de los factores de coagulación demostró disminución de los factores K dependientes y disminución de fibrinógeno.

Resultaba llamativo la falta de coagulación en cada extracción de sangre. Se realiza hemograma de control, con evaluación de función renal, función hepática, ferritina, albúmina, proteínas totales, FAL y serología para citomegalovirus; constatándose valores alterados de enzimas hepáticas. Se realiza nuevo urocultivo, el mismo resulta positivo para Enterobacter, por lo cual se inicia tratamiento antibiótico.

Al séptimo día de internación se recibe informe verbal con resultado positivo para galactosemia. Se decide suspender lactancia materna e iniciar alimentación con fórmula deslactosada.

Se realiza nuevo PRODYTEC tanto a la madre como al bebé y se toma muestra de sangre periférica del RN, cuyos resultados informan déficit total de la enzima galactosa-1-fosfato uridil transferasa (GALT) y valor elevado de galactosa en sangre, arribando al diagnóstico final.

OBJETIVO:

Descripción de la presentación clínica de un caso de galactosemia en nuestra UCIN con el fin de aumentar la sospecha diagnóstica de esta patología para su detección y tratamiento precoz.

HIPERESTIMULACION OVÁRICA EN PREMATUROS

Marzan G.¹; Rodriguez D.²; Alonso G.³; Kreindel T.⁴

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES^{1,2,3,4}

<gimena.marzan@hiba.org.ar>



El síndrome de hiperestimulación ovárica en prematuros es una condición poco frecuente y está caracterizado por la presencia de tumefacción vulvar, aumento de estradiol y gonadotrofinas y quiste/s de ovario que se presentan en prematuros.

OBJETIVO:

Presentar 2 casos de un síndrome poco frecuente y su evolución durante seguimiento.

CASO 1

Paciente femenina, concebida por fertilización in vitro, nacida por cesárea a las 26 semanas EPM, PN 1030gr, permaneció 2 meses en la UCIN. Luego del alta, a los 2 meses de edad cronológica/37 semanas EPM se evidencia tumefacción vulvar y de clítoris (foto A).

Se realiza ecografía: Ovario derecho presenta un quiste de paredes finas, contenido homogéneo de 30x24x32mm de diámetro (foto B) y volumen de 12 cc. Ovario izquierdo normal.

Se interpreta como síndrome de hiperestimulación ovárica y se decide control clínico y con ecografía. En su evolución se produce desaparición de la tumefacción vulvar y del clítoris (foto C). El control ecográfico a los 3 meses muestra ovario derecho de 26x11x23, volumen de 3.6cc, sin observación de quistes en su interior. Ovario izquierdo normal.

CASO 2

Paciente femenina, concebida por fertilización in vitro, nacida por cesárea a las 28 semanas EPM. PN 925gr. Permaneció 60 días en UCIN.

A los 4 meses de edad cronológica / 44 semanas EPM se evidencia tumefacción de genitales externos (foto D).

Se realiza ecografía: Quiste anexial derecho uniloculado de paredes finas, contenido homogéneo de 20 x 16 x 19 mm, vol de 3.3cc (foto E). Anexo izquierdo normal.

Se interpreta el caso como un síndrome de hiperestimulación ovárica y se decide continuar seguimiento clínico y ecográfico. En su evolución se observa disminución de la tumefacción vulvar y del clítoris (foto F). Ecografía a los 3 meses del control anterior, persiste imagen quística en anexo derecho, con contenido homogéneo, de 17 x 11 mm. Anexo izquierdo normal.

A los 5 meses ya no se observa la imagen quística anexial derecha observada en los estudios previos.

COMENTARIO:

El Síndrome de hiperestimulación ovárica en prematuros es una situación poco frecuente. El signo clínico más relevante es la tumefacción vulvar (alrededor de las 37 semanas de edad post menstrual). Podría deberse a inmadurez del eje gonadal axial. La conducta que se sugiere es expectante, si no hay sospecha de torsión ovárica.

EPM: edad post menstrual PN: peso al nacer UCIN: unidad de cuidados intensivos neonatales

EVALUACIÓN DE RIESGO DE ALTERACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS CON ANTECEDENTE DE CIRUGÍA COMPLEJA NEONATAL

Bokser V.¹; Giudici L.²; Perelli A.³; Franco C.⁴; Rodriguez L.⁵; Ferrario C.⁶

HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE^{1 2 3 4 5 6}

<vsbokser@intramed.net>

INTRODUCCIÓN:

Los recién nacidos (RN) con antecedente de cirugía compleja neonatal (CCN) presentan riesgo de morbilidades alejadas. Hay escasos informes referentes al neurodesarrollo (ND) en esta población.

OBJETIVOS:

Comparar estado de ND a los dos años de edad en pacientes con antecedente CCN y en niños sin este antecedente. Determinar factores de riesgo asociados a trastornos del ND.

MÉTODOS:

Estudio analítico, observacional, transversal. Evaluación neuro-madurativa a través del Test Cat /Clams. Población: RN vivos en la Región Metropolitana de Buenos Aires y Ciudad Autónoma de Buenos Aires después de 01/03/2010, asistidos los dos primeros años de vida en nuestra Institución. Muestra dividida en: a) pacientes con CCN y b) pacientes sin CCN. Se construyó Modelo de Regresión Logística; variable dependiente: Neurodesarrollo Normal SI/NO. Se incluyeron en el modelo todas las variables de riesgo biológico y ambientales registradas. Variables: Evaluación del ND, escolaridad y edad materna, nivel socioeconómico a través de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), cobertura de salud, familia uni o biparental, peso nacimiento (PN), edad gestacional (EG), diagnóstico quirúrgico neonatal (DQ). Procedencia geográfica. Medida de asociación: Odds Ratio (OR), Intervalo Confianza 95 % (IC 95). $p \leq 0,05$ estadísticamente significativo.

RESULTADOS:

Ingresaron 35 pacientes con CCN y 83 sin CCN. Mediana (RI)(mín-máx): EG: 39 (38-40) (32-42), PN: 3265 grs (2920-3720) (1730- 4680); edad materna: 26 (21-32) (18-47); Primario completo o superior: 93%, NBI 17%; Familia biparental: 79 %; Obra social: 5%. DQ: Defectos de pared abdominal: 14; Atresia de esófago: 2; Atresia de intestino: 10; Enfermedad de Hirschprung: 3; Malformación anorrectal: 2; Otros: 4. El grupo con CCN mostró mayor probabilidad de alteración del ND con respecto al grupo sin CCN (71 % vs 41%) con diferencia estadísticamente significativa ($p 0.0025$ OR 3.6 (IC 95 % 1.4- 9.4); Análisis multivariado: el antecedente de CCN fue la única variable significativamente asociada con anomalía del ND.

CONCLUSIÓN:

A los dos años de edad, el antecedente de CCN mostró ser un factor de riesgo independiente para la presencia de alteración de ND. Se recomienda seguimiento interdisciplinario a largo plazo para pesquisar, diagnosticar e intervenir oportunamente ante la aparición de alteraciones.



Opción a premio

DIALISIS PERITONEAL EN PREMATURO DE 32S

Pelussi V.¹; Sofficci V.²; Saldaña S.³; Parera H.⁴; Quiñonez E.⁵; Paladini J.⁶; Tombolato E.⁷

UCIN SRL^{1 2 3 4 5 6 7}

<cristianaliprandi@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La diálisis peritoneal es el tratamiento indicado en la IRA que no responde a la terapéutica habitual, con indicaciones precisas y con escasa experiencia en menores de 1500 grs.

OBJETIVOS:

- 1) presentación del tratamiento de la IRA con diálisis peritoneal n un prematuro menor de 1500 grs.
- 2) asociación entre IRA del recién nacido y tratamiento materno con labelalol.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó la revisión de historia clínica de un paciente internado en un servicio de neonatología privado nivel III B de la ciudad de Santa Fe. Caso clínico: recién nacido pretérmino de 32 semanas, nacido de madre hipertensa tratada con labelalol desde la semana 26 de gestación con una dosis de 100 mg cada 12 horas, desprendimiento de placenta, peso al nacer de 1340 grs, apgar 6/8, enfermedad de membrana hialina, hipertensión pulmonar, trastornos de coagulación, disturbios metabólicos, síndrome edematoso, hipotensión, oliguria/oligoanuria desde el nacimiento. Al día séptimo de vida por falta de respuesta al tratamiento médico con restricción hídrica y diuréticos, sumada a la acidosis metabólica e hiperpotasemia comienza con diálisis peritoneal, pesando el niño en ese momento 1660 grs. Luego de 18 días de diálisis el paciente comienza a orinar y normaliza su función renal y su ecodoppler renal, con un peso de 1910 gr. Durante el procedimiento hubo dos cambios de

catéteres abdominales, se debieron ajustar volúmenes y glucosados de los baños por intolerancia de los mismos. Un único día fue interrumpido por inestabilidad hemodinámica. Durante la diálisis y por 15 días más recibió dopamina y dobutamina, además de furesemida por indicación del nefrólogo. El ductus permaneció abierto desde el día 22 de vida, sin demasiada repercusión hasta que pudo tratarse con ibuprofeno a los 35 días. A los 40 días presenta sepsis a *Candida Krusei* tratada con anfotericina e HTA a los 50 días medicada con nifedipina, recuperándose en 2 semanas. Permaneció en ARM por 55 días. Recibió NPT durante 55 días y se trató con laserterapia por ROP. Prealta fue operado de hernia inguinal bilateral. Alta a los 70 días de vida con 43 semanas de edad corregida con peso de 2230 gr y ecografía cerebral normal.

CONCLUSIÓN:

El labelalol es una opción de tratamiento antihipertensivo en la gestante. Su efecto indeseable es la IRA en el recién nacido por ocasionar hipotensión en el feto debido al pasaje por placenta y a la alta concentración de la droga en la sangre del bebé casi igual a la concentración en sangre materna. La diálisis peritoneal en prematuros puede disminuir la mortalidad por IRA refractaria.



SEPSIS MENÍNGEA POR NEUMOCOCO RESISTENTE A PENICILINA Y CEFALOSPORINAS DE TERCERA GENERACIÓN

RPD
066

Alcorta A.¹; Gutiérrez O.²; Ramírez L.³; González C.⁴

HOSPITAL MATERNO INFANTIL HÉCTOR QUINTANA^{1,3,4}; HOSPITAL SAN ROQUE²
<alcorta.ab@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Las infecciones invasivas por *Streptococcus pneumoniae* constituyen eventos amenazantes para la vida. El compromiso meníngeo tiene una alta mortalidad y se relaciona con factores perinatales y epidemiológicos. El reporte de cepas de *S. pneumoniae* resistentes a penicilina y cefalosporinas a nivel local es sumamente importante ya que brinda información valiosa para la toma de decisiones terapéuticas

RESUMEN CLÍNICO

RN pretérmino, 35 semanas EG, 2.010 gr de peso. Requiere reanimación con VPP quedando con dificultad respiratoria y luego episodios de apnea. Se derivó a este hospital con 40 hs de vida. Parto cefálico vaginal, Apgar 5/7. RPM de 24 hs. Serologías maternas de rutina negativas, G1 Ab1, sin pesquiza de EB ni profilaxis. Ingresó taquicárdico, subfebril, cianótico, con hipoperfusión, se intubó y comenzó ampicilina (300 mg/Kg) + gentamicina (5 mg/Kg). Hemograma: 3.000 GB (18% Pmn, 80% linf), plaq 113.000, PCR 18, Hto 49%. Diplococos Gram+ en LCR y cocos Gram+ en cadena en sangre. Mala evolución, requerimiento drogas vasoactivas y altas concentraciones de oxígeno. Sin respuesta a surfactante. Episodios convulsivos, hipotensión, oliguria, falla orgánica múltiple. Fallece a 42 hs de haber ingresado. Se reciben resultados de cultivos y antibiograma post-mortem

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Citoquímico LCR: xantocrómico, 1 cél/mm³, glucosa 100 mg/dl, albúmina 1.40 g/l

Cultivo de LCR, hemocultivo y cultivo de aspirado traqueal con aislamiento de *S. pneumoniae* con idéntico perfil de sensibilidad:

Benzylpenicillin: >= 2 µg/ml (R)

Ceftriaxona: 2 µg/ml (R)

Cefotaxime: 1 µg/ml (I)

Rifampicina: <= 0.25 µg/ml (S)

Vancomicina: <= 1 µg/ml (S)

DISCUSIÓN

S. pneumoniae es una causa poco frecuente de sepsis y/o meningitis en recién nacidos. Los gérmenes reportados con mayor frecuencia son estreptococo del grupo B y *Escherichia coli*. La vía de infección más frecuente es el pasaje por el canal del parto. Se consideran factores de riesgo importantes la prematuridad y la RPM. El neumococo se consideraba históricamente sensible a la penicilina pero son cada vez mayores los reportes de resistencia, tanto en niños como en adultos aunque continúa siendo raro su hallazgo en neonatos. El caso descrito resulta importante para la epidemiología local y plantea la necesidad de tenerlo en cuenta como agente etiológico emergente

CONCLUSIONES

El neumococo resistente a penicilina y cefalosporinas de tercera generación puede ser causa de sepsis y meningitis neonatal en nuestro medio y debe ser tratado en forma precoz con una terapéutica adecuada

RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO POSTNATAL EN PREMATUROS. UN FACTOR IMPORTANTE EN EL CRECIMIENTO POSTERIOR

PO
067

Vernal Silva P.¹; Mena P.²; Diaz A.³; Henriquez M.⁴; Morgues M.⁵; Pittaluga E.⁶; Dapremont I.⁷; Standen J.⁸

HOSPITAL SAN JOSE^{1,5}; HOSPITAL SOTERO DEL RIO^{2,6,7}; HOSPITAL RANGACUA³; HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS⁴; HOSPITAL GUSTAVO FRICKE⁸
<lavermed@vtr.net>

ANTECEDENTES:

Desnutrición post natal (extrauterina) es común entre los prematuros. Clásicamente se ha focalizado el crecimiento deficiente en los prematuros Peg, pero algunos prematuros Aeg, experimentan desnutrición postnatal egresando con restricción del crecimiento extrauterino (RCEU) evaluados a las 40s de edad corregida (EC).

OBJETIVOS:

Comparar el crecimiento de prematuros adecuados para la edad gestacional (Aeg) según si presentan o no desnutrición postnatal y con los prematuros nacidos pequeños para edad gestacional (Peg),

MATERIAL Y MÉTODO:

Se analiza la evolución antropométrica de 955 prematuros < 1500g o menores de 32 semanas de edad gestacional (EG) en control de seguimiento en 5 Servicios del Sistema Público de Salud en Chile, nacidos en 2011 – 2012 hasta los 2 años de EC. Se consideran 3 grupos según percentil de peso a las 40s de EC: 1.-Aeg con restricción extrauterina (peso <p10) 2.-Aeg sin restricción extrauterina (peso ≥p10 y <p90) y 3.-Peg. Puntajes Z con software Anthro para cada control. Análisis en Stata11.1, T Student, Mann Whitney, anova, Kruskal Wallis y correlación con Pearson. Análisis de regresión logística univariado y multivariado.

RESULTADOS:

955 prematuros con PN 1279 (339) g; Talla 37,9 (3,5) cm; Cc 27,2 (2,4)cm; EG 29,5 (2,3)sem; Peg 33,5 %; Fem 46,2%; DBP(28 días) 36,3%. Se observa claramente una diferencia en el crecimiento entre los grupos. El prematuro Aeg sin RCEU, crece cercano a la referencia, logra recuperación en perímetro

cefálico (CC) y peso desde las 40s. La talla en rango normal desde las 40s (ZT -0,15), a los 24m logra la media de ésta. Crecimiento estadísticamente significativo en todas las edades y en los 3 parámetros analizados, respecto de los Aeg con restricción post natal y los Peg.

Gráfico Cmd+V: Evolución ZP en prematuros Aeg con y sin desnutrición post natal y Peg

Prematuros Aeg con desnutrición postnatal, compromiso del peso desde las 40s (ZP -1,4). catch up los 2 primeros años EC; a los 6m dentro del rango normal, pero no logran la media a 24m (ZP -0,55), delta ZP 0,85. Talla mayor compromiso que peso. A 40s (ZT -1,6), a los 24m (ZT -0,67) no logra la media de referencia. Delta ZT 0,93. Prematuros Peg, compromiso del peso desde las 40s (ZP -1,1), crecimiento recuperacional y a los 24m está dentro del rango normal (ZP -0,77), sin llegar a la media. delta ZP 0,31. Talla mas comprometida que el peso a las 40s (ZT -1,6) mejorando crecimiento, a los 24m ZT -0,89; delta ZT 0,72.

CONCLUSIONES:

Prematuros Aeg sin desnutrición post natal, crecen similar a la referencia desde las 40s. Prematuros Aeg con desnutrición post natal, tienen compromiso en peso y talla desde las 40s, logran crecimiento recuperacional, pero no completo a los 24m. El pretermino Peg, presenta crecimiento mas lento, comparable al del prematuro Aeg con restricción, logra catch up pero menor que este último. El perímetro cefálico no resulta comprometido en ninguno de los grupos. Un adecuado crecimiento post natal hasta 40s EC, es clave en la evolución del crecimiento los 2 primeros años de vida.

SEPSIS TEMPRANA COMO MANIFESTACION DE CANDIDIASIS CONGENITA EN RECIEN NACIDO



Keskiskian N.¹

HOSPITAL JOSE MARIA PENNA¹
 <noeliakeskiskian@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

La Candidiasis Congénita es una enfermedad poco común (menos de 100 casos reportados en la literatura). Se presenta al nacer o dentro de los seis días de vida como una erupción cutánea difusa de curso benigno y limitado. Se conocen factores de riesgo asociados como la candidiasis vaginal materna y la presencia de dispositivos intrauterinos y cerclajes. La enfermedad ocurre por vía ascendente o exposición perinatal. Raramente puede presentarse con manifestaciones sistémicas, como dificultad respiratoria, neumonía, sepsis y muerte, en especial en prematuros y neonatos de bajo peso.

OBJETIVO:

Describir un recién nacido con presentación clínica infrecuente de Candidiasis Congénita en una Maternidad de un Hospital General de Agudos de zona sur de CABA, internado en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal.

CASO CLÍNICO:

Paciente sexo masculino, recién nacido pretérmino (35 sem), peso adecuado para edad gestacional (2.770 gr), producto de embarazo controlado, madre sin factores de riesgo asociados. Parto desencadenado por amenaza de parto pretérmino sin respuesta a uteroinhibidores. Cursa periodo neonatal precoz con síndrome de distress respiratorio, altos requerimientos de asistencia ventilatoria mecánica. Con laboratorio de alto riesgo (pancitopenia) se medica desde el nacimiento en forma empírica con antibióticos de amplio espectro, hemocultivos de inicio

negativos. Sin respuesta favorable se recultiva a las 30 hs de vida. Paciente con evolución tórpida fallece al cuarto día por shock séptico. Posterior al óbito se constata resultado hemocultivos positivos para Candida Albicans.

DISCUSIÓN:

Nos encontramos frente a un paciente con una patología poco frecuente y con una evolución sistémica sin manifestaciones cutáneas. No se reconocen ninguno de los factores de riesgo asociados y tampoco se cuenta con datos de las características placentarias que puedan orientar en su etiología. En nuestro paciente se logró rescatar hemocultivos positivos luego de las primeras 24 horas, siendo negativos los del nacimiento. Podríamos considerar que ante dermatosis benignas presentes al nacer como así también en manifestaciones sistémicas en la primer semana de vida debe considerarse la infección congénita por Candida, aún sin factores de riesgo tanto en el bebe como en la madre.

RESULTADOS QUIRÚRGICOS Y DE HEMODINAMIA INTERVENCIONISTA EN RECIÉN NACIDOS CON CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS



Fraga J.¹; Ithualde A.²; Manara C.³; Comas F.⁴; Balestrini M.⁵; Gallo J.⁶; Garcia Delucis P.⁷; Pedraza A.⁸; Ithualde M.⁹
 CYMSA¹²³⁴⁵⁶⁷⁸⁹

<juanignaciofraga@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

Los avances en el diagnóstico y tratamiento de las cardiopatías congénitas (CC) han posibilitado su paliación y/o reparación anatómica ya sea quirúrgica o por hemodinamia intervencionista (HI) en los primeros días de vida, cambiando su historia natural con una mejoría de los resultados inmediatos y de largo plazo

OBJETIVO:

Analizar los resultados quirúrgicos y de HI en neonatos con CC de una sola institución.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio prospectivo/ retrospectivo observacional de neonatos intervenidos de mayo de 2011 hasta abril de 2016. Las variables analizadas fueron: edad, peso, edad gestacional, sexo, diagnóstico prenatal, procedimientos realizados y mortalidad. Las variables cuantitativas se presentan como mediana (rango), las categóricas como porcentajes, con intervalos de confianza (IC) de 95%. Se excluyeron pretérminos operados de ductus e intervenciones posteriores a los 30 días.

RESULTADOS:

Se operaron 103 pacientes, la edad mediana fue de 5 días (rango 1 - 30), 64% fueron varones. La mediana de peso fue 3.2 Kg (rango 1.8 - 4) la de edad gestacional 39 semanas (rango 35 - 40), El 52.7% de los pacientes tenía diagnóstico prenatal. Los diagnósticos de las CC figuran en tabla 1. La mortalidad fue evaluada de acuerdo a la estratificación de riesgo RACH (Risk Adjustment for Congenital Heart Surgery). que estratifica el riesgo de 1 a 6 según el tipo de cirugía, independiente del diagnóstico

anatómico. La mortalidad por RACH fue: Rach 1: N1 (0%) Rach 2: N 18 (0%), RACH 3: N 34 (11.7%) Rach 4: N 31 (3.2%) Rach 5: N 1 (0%) Rach 6: N 18 (83.3%). Tenían estratificación de riesgo alto (RACHS 3 a 6) 84 pacientes (81.5%). La mortalidad quirúrgica total fue de 20.3% (IC +/- 0,25%). El número de intervenciones por HI (tabla 2) fue de 37 pacientes 25 de los cuales requirieron además cirugía cardíaca. La mortalidad fue de un paciente 2.6% (IC +/- 0,17%).

CONCLUSIONES:

La reparación quirúrgica y la HI precoz han cambiado sustancialmente la historia natural de las CC neonatales severas con una mejoría creciente en los resultados y el pronóstico inmediato y/o alejado

DIAGNOSTICOS ANATOMICOS	Nº	HEMODINAMIAS	Nº
D Transposición de los grandes vasos	22	Septostomía auricular	14
Síndrome de hipoplasia de Ventrículo Izquierdo	22	Valvuloplastia pulmonar	11
Cardiopatías obstructivas izquierdas complejas	17	Valvuloplastia aortica	9
Coartación de aorta simple	8	Desobstrucción ASP	3
Heterotaxias Viscerales	8		
Atresia Tricuspidea	4		
Atresia pulmonar + CIV	6		
Anomalia total de retorno venoso	4		
Doble salida de ventrículo derecho	4		
Tronco Arterioso	3		
Anillos Vasculares	2		
Bloqueo AV completo - Colocación de marcapasos	1		
Ductus	1		
Anomalia de Ebstein	1		

DISPLASIA BRONCOPULMONAR: INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO

Brener P.¹; Niño Gualdrón M.²; Galletti M.³; Criolioli M.⁴; Mariani G.⁵

HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES^{1,2,3,4,5}

<pablo.brener@hiba.org.ar>



Opción a premio

INTRODUCCIÓN:

La displasia broncopulmonar (DBP) se ha asociado a diversos factores de riesgo, siendo la causa más frecuente de morbilidad respiratoria crónica en recién nacidos prematuros. En las Unidades de Cuidados Neonatales resulta de interés realizar una revisión de los factores de riesgo con el fin de planificar estrategias de prevención.

OBJETIVOS:

Estimar la incidencia de DBP en nuestra población de prematuros. Describir y analizar los factores de riesgo asociados a la misma.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se utilizaron datos extraídos de una base secundaria de recolección prospectiva de recién nacidos con peso al nacer (PN) < 1500 gramos nacidos en nuestra Institución entre enero de 2010 y diciembre de 2014. La variable primaria fue DBP. Se estudió su asociación con las siguientes variables secundarias: embarazo múltiple, RCIU, corticoides prenatales, corioamnionitis, edad gestacional (EG), PN, sexo, uso de oxígeno, ventilación mecánica (ARM), CPAP y surfactante exógeno pulmonar, presencia de sepsis, enterocolitis necrotizante y ductus arterioso (DAP).

DISEÑO:

Estudio observacional y analítico sobre una cohorte retrospectiva.

RESULTADOS:

Fueron incluidos para el análisis 245 pacientes. La EG media fue 28,8±2,9 semanas. La media de PN fue 1058±284 gramos. La mortalidad global correspondiente al periodo estudiado fue del 17,1%. La inciden-

cia de DBP fue 29,7%. La incidencia de DBP moderada/severa (O2 a las 36 semanas) fue de 20,8%. En el análisis univariado los pacientes con DBP moderada/severa tuvieron menor EG y PN (ambos p<0.01). Presentaron mayor uso de oxígeno, surfactante, ARM, duración de ARM, DAP y sepsis tardía (todos p<0.02). En el análisis multivariado el menor PN (ORa 0.99 IC95% 0.9-0.99; p<0.04) y la duración de la ARM (ORa 1.08 IC 95% 1.01 – 1.1; p < 0.01) se asociaron significativamente a DBP, independientemente de las otras variables utilizadas en el modelo.

CONCLUSIONES:

Si bien son múltiples los factores de riesgo que intervienen en el desarrollo de DBP, en nuestra población el PN y la duración de la ARM presentaron asociación independiente con DBP. Resulta interesante observar que más allá del concepto sobre la “nueva DBP” que afecta a niños de extremo bajo peso, la duración de la ARM continúa jugando un rol preponderante.

TRANSFUSIONES DE GLOBULOS ROJOS EN PREMATUROS DISMINUYENDO LA PÉRDIDA POR FLEBOTOMIA

Brener P.¹; Galletti M.²; De Gregorio A.³; Salort C.⁴; Fernandez Jonusas S.⁵; Mariani G.⁶

HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES^{1,2,3,4,5,6}

<pablo.brener@hiba.org.ar>



INTRODUCCIÓN:

Los avances en el manejo perinatal han determinado una mayor sobrevivencia de los pacientes prematuros de muy bajo peso al nacer (RNPT). Una de las complicaciones a las que se exponen estos pacientes es al desarrollo de anemia. Si bien la misma tiene origen multicausal, los múltiples exámenes de laboratorio necesarios para el manejo de estos bebés en las Unidades de Cuidados Neonatales constituyen un factor preponderante. A pesar de normatizar criterios transfusionales y ser cautelosos con las extracciones de sangre, en nuestra población el 80% de los RNPT era transfundido. Entonces se implementó una estrategia utilizando métodos de análisis de laboratorio que requieren menor volumen de extracción.

OBJETIVO:

Evaluar si la implementación de esta estrategia tiene impacto en el número de transfusiones en RNPT.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio cuasi experimental. Comparamos un grupo de RNPT nacidos en 2013 y 2014, luego de implementar la estrategia de menor flebotomía, con un control histórico de RNPT nacidos entre 2009 y 2011 pareados por peso y edad gestacional. La instauración de la estrategia de menor flebotomía llevó a una disminución cercana al 50% del volumen necesario en cada extracción. Las normas de extracciones de sangre y los criterios transfusionales no fueron modificadas durante el periodo estudiado. La variable primaria de resultado o dependiente fue el número de transfusiones. La variable de estudio o independiente fue el volumen de extracción siendo la que definió pertenecer a cada grupo.

RESULTADOS:

Se incluyeron en el estudio 30 RNPT por grupo. Las medias de peso al nacer (gr) (1065±292 vs 1066±260 p=0.98) y EG (sem) (29±3 vs 28.5±2.4 p=0.57) fueron comparables. El grupo de control histórico recibió un total de 90 transfusiones con una media de 3 por paciente, mientras el grupo post intervención recibió 55 transfusiones con una media de 1.8 por paciente (p=0.04). Analizando el subgrupo de pacientes menores a 1000 gramos (n=15 por grupo) se obtuvo: 78 vs 48 transfusiones con medias de 5.2 vs 3.2 por paciente (p=0.029). No se encontró significancia para pacientes nacidos entre 1000 y 1500 gramos: 12 vs 7 transfusiones con medias de 0.8 vs 0.46 (p=0.08).

CONCLUSIONES:

Una reducción de la flebotomía necesaria para estudios de laboratorio en prematuros extremos se asocia a menor necesidad de transfusiones. Hemos planificado aumentar el tamaño muestral, para evaluar si se mantiene la diferencia, y además estudiar posibles confundidores.

ADMINISTRACIÓN DE SURFACTANTE A TRAVÉS DE MÁSCARA LARÍNGEA. UN ESTUDIO ALEATORIZADO EN CONEJOS.

Bernardo C.¹; Virasoro M.²; Burgos S.³; Otero P.⁴; Labanca M.⁵; Fustiñana C.⁶; Mariani G.⁷

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES^{1,2,3,5,6,7}; FACULTAD DE VETERINARIA, UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES⁴

<cristian.bernardo@hospitalitaliano.org.ar>



Opción a premio

INTRODUCCIÓN:

Un dilema en el cuidado de prematuros con SDR moderado es si deben ser intubados para recibir surfactante o permanecer en CPAP para evitar los riesgos asociados al TET y la VPP. Las alternativas para administrar surfactante incluyen: el uso de un catéter delgado bajo laringoscopia directa, o máscara laríngea (ML). Proponemos una técnica que combina las ventajas de ambos métodos, evitando el trauma asociado a la laringoscopia, y proveyendo una vía aérea segura en caso de necesidad de RCP.

OBJETIVO:

Comparar la eficacia de la administración de surfactante dentro de la luz de la ML, versus administrarlo directamente en la laringe a través de un catéter pre-colocado en la ML.

DISEÑO Y MÉTODOS:

18 conejos estables en CPAP luego del lavado pulmonar con SF fueron aleatorizados para recibir surfactante dentro de la luz de la ML, seguido de VPP con un reanimador con pieza en T (grupo ML-VPP) o recibirlo directo en la laringe a través del catéter pre-colocado en la ML (grupo CAT-ML). Luego de 30min en CPAP los animales fueron sacrificados. Se midieron variables relacionadas al tiempo de administración de surfactante y la respuesta gasométrica. Un patólogo ciego a la aleatorización analizó todas las muestras pulmonares.

RESULTADOS:

Las características demográficas y el estado de los conejos previo a la aleatorización eran comparables. La mediana de tiempo de colocación de la ML y administración de surfactante fue 92seg (IQR 75-104) en el grupo ML-VPP y 87seg (IQR 62-146) en el grupo CAT-ML (NS). Sólo 1 conejo requirió VPP debido a desaturación luego de la administración de surfactante en el grupo CAT-ML (100% en el grupo ML-VPP por protocolo, $p < 0.05$). La FiO₂ se redujo significativamente en ambos grupos. El valor medio del cociente a/A de O₂ a los 30min fue 0,18 (IQR 0,17-1) en el grupo ML-VPP versus 0,34 (IQR 0,2-0,5) en el grupo CAT-ML (NS). Los resultados histopatológicos fueron similares en ambos grupos, el área pulmonar de espacios alveolares fue 82,9% en el grupo ML-VPP y 79,3% en el grupo CAT-ML (NS).

CONCLUSIONES:

La administración de surfactante a través de un catéter pre-colocado dentro de la ML en conejos con déficit de surfactante en CPAP fue efectiva, con disminución de los requerimientos de oxígeno. Comparada con la instilación estándar dentro de la luz de la ML, nuestra técnica reduce la necesidad de administrar VPP y sus riesgos potenciales demostrando, además, ser una interfaz efectiva para realizar RCP.

EFFECTOS Y SEGURIDAD DEL TREPROSTINIL EN PACIENTES NEONATALES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR DE EVOLUCIÓN CRÓNICA

Jozefkiewicz M.¹; Mazzucchelli T.²; Haag D.³; Fariña D.⁴

HOSPITAL JUAN P. GARRAHAN^{1,2,3,4}

<jmaryela@hotmail.com>



INTRODUCCION:

Hay escasos datos sobre el uso de Treprostinil en neonatos con diagnóstico de Hipertensión Pulmonar (HTP). El objetivo de este estudio fue explorar la seguridad y la efectividad del Treprostinil en neonatos con HTP, describir su evolución clínica, los cambios ecocardiográficos y la morbilidad hasta el alta o muerte.

POBLACION Y METODOS:

Entre Junio 2014 y Febrero 2016 realizamos un estudio prospectivo, quasi-experimental de una cohorte con muestras antes y después de iniciado el tratamiento con Treprostinil. Se incluyeron los pacientes menores de 3 meses con diagnóstico ecocardiográfico de HTP que persistían con grave repercusión hemodinámica, con requerimiento de asistencia respiratoria mecánica (ARM) con Fio₂ mayor al 60% habiendo recibido ONi al menos por 48 hs.

RESULTADOS:

12 pacientes fueron incluidos. Los diagnósticos fueron: 66% HDC izq, 25% HDC der y 25% SALAM. El 75% tenía diagnóstico prenatal. La mediana de edad gestacional fue 37 semanas (36-41). El 83,3% nacieron por cesárea, 34% fueron transferidos desde otra institución, 25% requirió ECMO. La mediana de edad a la cirugía de HDC fue de 7,5 días (3-21 días) y la edad de inicio del tratamiento con treprostinil fue de 16,5 días (6-27 días). Al iniciar el tratamiento todos los pacientes se encontraban críticos con requerimientos de ARM con mediana de presión media de vía aérea (MAP) 14 (9-26), índice

de oxigenación (IO) 21 (8-64), el 83% requerían soporte inotrópico, la mediana de Peptido natriuretico B (PNB) fue de 6041pg/ml (2141-9940pg/ml). El Ecocardiograma mostraba HTP severa en todos. El Treprostinil se inició a 6 ng/kg/min y se aumentó en forma progresiva según tolerancia para llegar entre las 48 y 72hs a la dosis terapéutica. Mediana de dosis utilizada fue de 25ng/kg/min (21-30). Efectos clínicos a la semana de tratamiento: IO disminuyó a 10,5 (2-45) $p < 0.0028$, el PNB a 3729 pg/ml (926-6532) $p < 0.29$ y en el ecocardiograma el TAPSE (Tricuspid anular plain systolic excursion) fue de 9 (6-13,2) $p < 0.04$. El 83,3% realizó la transición a infusión subcutánea al lograr estabilidad hemodinámica con una mediana de 28 días de tratamiento (17-51). En 11 pacientes el tratamiento fue suspendido cuando la HTP fue menor al 50% de la presión sistémica por ecocardiograma. Se calculó la mediana de tiempo de uso de ONi y Milrinona con Kaplan Meyer siendo de 3 días (2-7) y 8 días (4-16), respectivamente. 1 paciente falleció al 7 día de tratamiento debido a su HTP. La mediana de tratamiento fue de 70 días (49-90) y la de internación fue de 123 días (89-154). Efectos adversos encontrados fueron: Hipotensión (1/12), hematoma en el sitio de inserción subcutánea (1/12), trombocitopenia ($< 80.000/mm^3$) 8,3%; colestasis 25%. Ninguno requirió discontinuar el tratamiento.

CONCLUSIÓN:

El tratamiento con Treprostinil en pacientes neonatales con HTP fue seguro, bien tolerado y tubo una respuesta clínica satisfactoria. Nuevos estudios serán necesarios para determinar la eficacia de la droga e identificar subgrupos de pacientes respondedores.

PÉPTIDO NATRIURETICO B: UTILIDAD EN EL MANEJO DEL RECIÉN NACIDO CRÍTICO

Jozefkowicz M.¹; Goldsmit G.²; Salas G.³; Disa G.⁴; Rodiño A.⁵; Valdes M.⁶; Fariña D.⁷; Rodriguez S.⁸
HOSPITAL JUAN P. GARRAHAN^{1,2,3,4,5,6,7,8}

<jmaryela@hotmail.com>



Opción a premio

INTRODUCCIÓN:

El Péptido Natriuretico B (PNB) es liberado por los ventrículos cardiacos en respuesta a la sobrecarga de volumen y/o presión. PNB es usado como marcador en el diagnostico y pronostico de diferentes enfermedades.

OBJETIVO:

Analizar los niveles de PNB en recién nacidos (RN) críticamente enfermos y correlacionarlos con la evolución a corto plazo.

MÉTODO:

Estudio observacional, analítico y prospectivo en UCIN IIIb desde 01/07/13 hasta el 30/06/14. Ingresaron, consecutivamente, luego del consentimiento informado, RN críticamente enfermos, con ARM y FiO2 >50% o inotrópicos. Se excluyeron <35 SEG. La medición se realizó por enzimoimmunoensayo en forma basal (PNB_0) y 72hs después (PNB_72). Se clasificaron a los pacientes según su evolución en buena evolución (BE) o enfermedad grave persistente (EGP) definida como la persistencia de los requerimientos de ARM e inotrópicos \geq que al ingreso, ECMO o muerte. Se reportaron los valores de PNB y Δ PNB (PNB_72 menos PNB_0). Se compararon con t test, nivel de significancia $p < 0,05$. Sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo y LHR.

RESULTADOS:

n=73, mediana 3 días de vida (RIQ:1-14). Los diagnósticos: Hipertensión Pulmonar (42 %), Insuficiencia Respiratoria (20%), Shock Séptico (7%), Shock Cardiogénico (8%), Falla multisistémica (5%), Necrosis Intestinal

(9 %) y post quirúrgico (7%). La evolución clínica: a las 72hs, 30/73 (43%) presentaban EGP, al séptimo día 23/73 (31,5%) continuaban con EGP y una mortalidad del 7%. Los valores de PNB_0 no mostraron diferencias entre grupos. Los valores de PNB_72 fueron más altos en EGP que en BE, al 3° y 7° día ($p:0,03$ – $p:0,005$). El Δ PNB fue positivo en el grupo EGP (1260 pg/ml \pm 426-2094) y negativo en BE (-967 pg/ml \pm -1656/-278). Esta diferencia fue estadísticamente significativa al 3° y 7° día ($p:0,004$ – $p:0,002$). El valor positivo del Δ BNP predijo EGP (sensibilidad 87%, especificidad 86%, 74% VPP, 93% VPN, 6,2 LHR+, y - 0,15 LHR-).

CONCLUSIONES:

Las determinaciones seriadas del PNB ayudarían a predecir la evolución a corto plazo de RN críticamente enfermos. Estas podrían utilizarse para identificar pacientes que requieren un rápido traslado a un centro de mayor complejidad.

CUESTIONARIO DE AUTO-REPORTE DEL DESARROLLO PSICOMOTOR (DSM), ASQ-3, EN PREMATUROS EXTREMOS: UN INSTRUMENTO PROMETEDOR.

Moore M.¹; Dapremont I.²; Pittaluga E.³; Pinto D.⁴

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE^{1,2}; PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DE PREMATUROS, HOSPITAL SOTERO DEL RÍO.^{3,4}
<rosariomoore11@gmail.com>



INTRODUCCIÓN:

Ages & Stages Questionnaire, ASQ-3, es un cuestionario de auto-reporte recomendado por la Academia Americana de Pediatría como instrumento de tamizaje del DSM. Consta de 5 áreas: Comunicación (Co), Motor Grueso (MG), Motor Fino (MF), Resolución de Problemas (RP) y Socio-individual (SI), ha sido validado en Chile y no necesita personal entrenado para ser aplicado a niños de 2 a 60 meses de edad. El Policlínico de Seguimiento de Prematuros (PSP) del Hospital Sotero del Río (HSR) atiende prematuros extremos (PE) < 32 semanas de edad gestacional (EG) o menores de 1500 gr de peso al nacer (PN). A partir de Enero 2013 aplica ASQ-3 a niños de 9 y 18 meses de edad corregida (EC) y a 30 meses de edad. Primer hospital público del país que lo aplica de rutina. Este estudio busca describir y analizar la utilidad de estos cuestionarios en prematuros.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo, corte transversal. En 253 de un total de 354 pacientes del período, se obtuvo respuestas de 102 cuestionarios de 9 meses, 139 de 18 meses y 62 de 30 meses. Se analizaron estos reportes obtenidos entre Enero 2013 y Diciembre 2015, usando los puntos de corte recomendados por los autores para Normal, Riesgo o Alterado. Se realizó análisis estadístico buscando asociación entre las variables perinatales y los resultados del ASQ-3. Se consideró significativo todo valor $p < 0,05$.

RESULTADOS:

EG promedio fue 29,15 semanas (s) (DS 2,3) y 21% < de 28 s. 51,8 % de sexo masculino. El PN promedio fue 1262 gr (DS 346).

% de Resultados	9 meses %	18 meses %	30 meses %
Alterados Area	(102)	(139)	(62)
Comunicacion	2,9	8,6	25,8
Motor Grueso	29,4	9,4	21,0
Motor Fino	12,7	13,7	16,1
Resolucion de Problemas	10,8	12,2	12,9
Socio Individual	13,7	4,3	22,6

A los 9 meses destaca mayor alteración en MG (29,4%), siendo el item menos logrado el ponerse en posición de gateo. A los 18 meses resalta el compromiso de Comunicación (8,6%), el cual aumenta a 25,8% en el grupo de 30 meses. Se encontró asociación significativa solo entre EG y las áreas MF ($p < 0,005$) y RP ($p < 0,00002$) a los 8 meses EC, encontrando más Alterados a menor EG.

CONCLUSIONES:

Este estudio confirma la necesidad de mayor estímulo motor en los prematuros extremos menores de 1 año y de mayor refuerzo del lenguaje y habilidades sociales entre 1 y 2 años de EC. A los 30 meses 20-25% continúa con problemas de lenguaje, motor grueso y socio individual. Con estos datos se pueden hacer recomendaciones para mejorar la estimulación motora y verbal a prematuros desde los 6 meses EC y favorecer la asistencia de ellos a una educación pre-escolar estructurada desde la edad de 2 años.

HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA: FACTORES ASOCIADOS Y MORTALIDAD AJUSTADA POR RIESGO PRE Y POSTNATAL

Galletti M.¹; Giudice C.²; Fernandez Jonusas S.³; Brener Dik P.⁴; Mariani G.⁵

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES^{1,2,3,4,5}

<maria.galletti@hospitalitaliano.org.ar>



Opción a premio

INTRODUCCIÓN:

La hernia diafragmática congénita (HDC) ocurre en 1 de cada 3000 recién nacidos vivos. La mortalidad estimada es del 20 al 40%. La presencia de hipoplasia e hipertensión pulmonar (HTP) son los principales determinantes de la morbimortalidad neonatal. Relacionando volúmenes pulmonar y cefálico por ecografía fetal, se estima sobrevida: OE-LHR. En cuanto a predictores postnatales, el Congenital Diafragmatic Hernia Study Group (CDHSG) validó un score basado en seis variables, fácilmente aplicable.

OBJETIVOS:

Evaluar factores perinatales asociados a mortalidad dentro del período neonatal y estimar la mortalidad ajustada por riesgo pre y postnatal.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional, analítico, de una cohorte de pacientes con diagnóstico prenatal de HDC izquierda aislada, nacidos en los últimos 5 años. Recabamos variables maternas y neonatales, evaluamos aquellas relacionadas con mortalidad dentro del 1° mes de vida. Calculamos la mortalidad ajustada por riesgo (mortalidad observada/ esperada) (O/E) según la probabilidad de sobrevivir estimada por el OE-LHR y del CDHSG.

RESULTADOS:

Se incluyeron 24 pacientes. La de edad gestacional (EG) fue de 38±0,7 semanas y el peso de nacimiento (PN) fue de 3140±400 gramos. La sobrevida fue del 59%. No hubo diferencias en el PN y EG entre los pacientes que fallecieron y sobrevivieron dentro del período neonatal. Éstos últimos presentaron mayor OE-LHR (51%vs37%; p<0,05) y menor presentación

de hígado en tórax (21%vs.70%; p<0,05). La presencia de hígado en tórax (OR8,5; IC95% 1.33-54) y la hipoplasia pulmonar moderada estimada por OE-LHR (OR10; IC95% 1.1-123) se asociaron significativamente con mortalidad. La mediana del score CDHSG fue diferente entre aquellos que sobrevivieron y fallecieron (p<0,05). En cuanto a mortalidad ajustada, tanto por el OE-LHR (O/E 1,2) como CDHSG (O/E 1,8) la mortalidad observada es mayor que la esperada. Sin embargo, si estimamos la misma dentro de los 7 días de vida, el O/E es de 0,74 y 1 para el score prenatal y postnatal respectivamente.

CONCLUSIÓN:

La presencia de hígado en tórax y la hipoplasia pulmonar estimada por OE-LHR son factores pronósticos de importancia. Los resultados del presente trabajo muestran que la mortalidad de nuestro centro es similar a la esperada cuando la misma se analiza dentro de la primera semana de vida, siendo ésta reflejo de la enfermedad de base y no de comorbilidades adquiridas durante la internación.

HIPOVENTILACIÓN ALVEOLAR CONGÉNITA. SINDROME DE ONDINE. REPORTE DE CASO

De Iriundo A.¹; Pardo L.²; Soficci V.³; Racigh N.⁴

HOSPITAL DE NIÑOS DR. ORLANDO ALASSIA^{1,2,3,4}

<agusiriondo@hotmail.com>



INTRODUCCION:

El síndrome de hipoventilación central congénita, es secundario a un trastorno del sistema nervioso central, en el cual el control autonómico de la respiración está ausente o se encuentra deteriorado, en ausencia de una enfermedad primaria que lo justifique. Se trata de una patología de baja incidencia, en la que un diagnóstico precoz y adecuado manejo ventilatorio, está relacionado con un mejor pronóstico a largo plazo.

OBJETIVO:

Reportar un caso clínico compatible con síndrome de Ondine y las dificultades en su manejo.

CASO CLINICO:

Paciente femenino, RNT-PAEG, embarazo controlado, madre analfabeta, parto vaginal eutócico, Apgar 8/9. Dificultad respiratoria en mesa de recepción. Se interna en neonatología con oxígeno por halo, evoluciona hipoactiva, pCO₂ 98 mmHg. Ingres a asistencia respiratoria mecánica (ARM). Durante los siguientes 45 días se intenta en varias oportunidades extubación programada, presentando fallo a las 24-48 horas, con cianosis, apneas y parocardiorrespiratorio, siempre acompañadas hipercapnia >90 mmHg. Con sospecha de parálisis de cuerdas vocales se realiza traqueostomía. Se retira progresivamente ARM, presentando en las 24 horas posteriores, depresión del sensorio, hipotonía, apneas, pCO₂ 150 mmHg. Ingres a ARM. Presenta hiperapnea al intentar disminuir frecuencia respiratoria, en plan de destete. RMN cerebro normal.

Diagnostico presuntivo de síndrome de Ondine. Estudio molecular no realizado debido a alto costo. Paciente permanece, al año de vida, hospitalizada, con ARM en períodos de sueño y atención multidisciplinaria. Presenta broncodisplasia pulmonar y neumonías asociadas a ARM. Buen crecimiento físico, retraso neurodesarrollo.

COMENTARIOS:

La falla severa del control central de la ventilación desde el nacimiento sin otra causa demostrable que lo explique, nos llevan a plantear este diagnóstico. Los criterios diagnósticos comúnmente utilizados son: evidencia persistente de hipoventilación durante el sueño (PCO₂ > 60 mmHg); inicio de los síntomas antes del año de vida; ausencia de enfermedad pulmonar o neuromuscular primarias que puedan explicar la hipoventilación; ausencia de enfermedad cardíaca primaria.

INSUFICIENCIA CARDIACA SECUNDARIA MALFORMACIÓN ARTERIO-VENOSA CEREBRAL. REPORTE DE UN CASO

RPD
080

De Iriondo A.¹; Brandolini M.²; Soffici V.³; Racigh N.⁴

HOSPITAL DE NIÑOS DR. ORLANDO ALASSIA^{1,2,3,4}

<agusiriondo@hotmail.com>

INTRODUCCION:

Las malformaciones arteriovenosas (MAV) son causa infrecuente de enfermedad en el recién nacido (RN). Reconocerlas es importante debido a que algunas son tratables y si no se diagnostican pueden producir la muerte. Las localizaciones que más frecuentemente se asocian con insuficiencia cardiaca (IC) severa son el cerebro y el hígado. Pueden producir además hemorragias, convulsiones e isquemia cerebral por robo.

OBJETIVO:

Reportar un caso clínico de RN con diagnóstico tardío MAV cerebral. Destacar la importancia de la sospecha clínica y el examen físico adecuado.

PRESENTACION DE CASO:

RNT masculino, PAEG, parto vaginal eutócico, Apgar 8/9, embarazo controlado. Signos de IC a las 48 horas de vida. Examen físico: pulsos saltones en cuello, precordio activo, hepatomegalia. Radiografía de tórax con aumento de índice cardiotorácico. Ecocardiograma: dilatación severa de cavidades derechas, signos de hipertensión pulmonar severa. Sin cardiopatía congénita.

30 días de vida: hipertonia cervical, postura en opistótonos e inclusión del pulgar. Resonancia magnética nuclear de cerebro: MAV temporal izquierda, territorio de arteria cerebral media con atrofia de parénquima encefálico a ese nivel. Se ausculta soplo en región temporal izquierda. Angiografía digital cerebral (ADC): Voluminosa MAV constituidas por ovillos y shunts A-V, aferenciada por ramos temporales de la arteria

cerebral media y posterior izquierda. MAV grado IV en la escala de Spetzler-Martin. Embolización terapéutica en dos sesiones. Reducción aproximada del 35% de la MAV.

Mejoría inmediata de signos de insuficiencia cardiaca. Desarrolla encefalopatía crónica no evolutiva. Alta hospitalaria a los 65 días de vida e internación.

COMENTARIOS:

Se debe sospechar la posibilidad de una MAV en todo caso de insuficiencia cardiaca neonatal de etiología no cardiológica, buscando en el examen físico la presencia de soplos en otras localizaciones. La ADC es el método de elección para diagnóstico y tratamiento.

COINFECCION MATERNO-NEONATAL POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD

RPD
081

De Iriondo A.¹; Schujovtzy M.²; Tibalt R.³; Augent E.⁴; Soffici V.⁵; Racigh N.⁶

HOSPITAL DE NIÑOS DR. ORLANDO ALASSIA^{1,2,4,5,6}; HOSPITAL CULLEN³

<agusiriondo@hotmail.com>

INTRODUCCION:

El Staphylococcus aureus es una causa importante de infecciones neonatales de inicio en la comunidad (SAU-MRc). Esto presenta un gran riesgo para el área perinatal, ya que la madre infectada puede transmitirlo a su hijo, a otros niños y madres al compartir la estadía en el hospital.

OBJETIVO:

Presentar caso de madre e hijo con infección severa por SAU-MRc en forma simultánea, durante su estancia en neonatología.

PRESENTACION DEL CASO:

Masculino, RNPT-BPEG. Internación prolongada en neonatología por complicaciones asociadas a su prematuridad. Día 84 de internación: irritabilidad, hipertonia, taquicardia. Se diagnostica el día 92 absceso en dorso izquierdo, con hemocultivos y material de drenaje positivo a SAU-MRc. Realiza tratamiento con vancomicina 3 semanas. A la semana de suspendido el tratamiento, reaparecen los síntomas, evidenciándose osteomielitis costal. Se realiza exéresis de fragmento costal osteomielítico con cultivo positivo a SAU-MRc, cumple tratamiento antibiótico.

Su madre, de 27 años de edad, quien permaneció durante toda la internación junto a su hijo, el día 100, comienza con síndrome febril agudo, rash urticariforme y soplo cardíaco. Presenta antecedente de mastitis 7 días previos, tratada con cefalexina. Se deriva a clínica médica. Inicia vancomicina. Hemocultivos por 3, positivos a SAU-MRc. Se diagnostica

endocarditis infecciosa. Agrega múltiples embolias periféricas y en SNC. Se realiza cirugía de recambio valvular. Anticoagulada en postoperatorio. Fallece a las 24 horas por hemorragia intracerebral.

COMENTARIOS:

En ambos casos desarrollaron infecciones purulentas de partes blandas como presentación inicial. Destacamos la importancia de optimizar las medidas para realizar un diagnóstico y tratamiento en forma temprana y adecuada. Por otro lado, las modificaciones en los patrones de susceptibilidad y resistencia de estos gérmenes han generado la necesidad de modificar las pautas de tratamiento, para lograr combatir con éxito la infección y prevenir contagios. Los mecanismos de transmisión madre-hijo son aun motivo de controversia.

FACTORES DE RIESGO PARA RETRASO DEL NEURODESARROLLO EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CIRUGÍA COMPLEJA NEONATAL

Bokser V.¹; Giudici L.²; Perelli A.³; Franco C.⁴; Ferrario C.⁵

HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE^{1,2,3,4,5}

<vsbokser@intramed.net>

INTRODUCCIÓN:

Vigilar el Neurodesarrollo (ND) permite detección de desviaciones y aplicar programas de intervención temprana. Identificar factores de riesgo neonatales para retraso del neurodesarrollo ayudará a prevenir. Nuestro Equipo provee seguimiento estructurado a recién nacidos con anomalías congénitas mayores que requieren reparación quirúrgica en nuestro Hospital.

OBJETIVOS:

1) Describir la prevalencia de ND alterado a los 3 años de edad, en pacientes con cirugía compleja neonatal (CCN); 2) Analizar las variables neonatales y posneonatales posiblemente relacionadas con ND alterado.

MÉTODOS:

Estudio retrospectivo, observacional, analítico. Incluimos pacientes asistidos en el Programa de Seguimiento (PS), con CCN, evaluados a los 3 años con CAT/CLAMS; criterios de exclusión: pretérmino extremo (EG < 31 s); síndromes genéticos, malformaciones del SNC. Variables: ND normal/alterado; Prematurez (EG < 37 s); Enfermedad quirúrgica neonatal (EQN); PN < 2500 gramos; desnutrición postnatal (DP) (Peso al alta percentilo \leq 3 habiendo nacido PAEG, OMS); Internación (DI) en UCIN > 45 días.

RESULTADOS:

Ingresaron 124 pacientes CCN; Sexo: M 68; EQN: Gastrosquisis: 40 casos, Atresia de Esófago: 20, Atresia Intestinal: 26, Malformación Anorrectal: 14, Hernia Diafrágica Congénita: 3; Enfermedad de Hirschprung: 6,

Inclasificables: 15; Media (DS): EG: 37 s (\pm 2.3); PN: 2727 grs (\pm 652); DI: 47 (\pm 33); PN < 2500 grs: 52/124 (42%); DP: 43/124 (35%). Cumplieron criterio de inclusión: 61 pacientes. Presentaron ND alterado: 43/61 (71%). PN < 2500 grs, prematurez y DP sin diferencias significativas. Los pacientes con ND alterado mostraron DI significativamente mayor que los niños sin retraso de ND: mediana DI: 45 (32-64) vs 29 (22-36) (p: 0.0047). 51 % de pacientes con DI > 45 mostraron retraso de ND vs. 48 % de aquellos con DI < 45 (p 0.012, {OR 5.2 (CI=1.2 – 31.4)})

CONCLUSIONES:

A los tres años de edad, más de dos tercios de los pacientes CCN mostraron ND alterado, condición significativamente asociada a DI > 45.



Opción a premio

ENFERMEDAD DE POMPE PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO DE INICIO INFANTIL

Finotti M.¹; Labaroni C.²; Alonso M.³

CONSULTORIO SWISS MEDICAL CENTER. CLINICA PASTEUR^{1,2}; CLINICA PASTEUR³

<gfinotti@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La Enfermedad de Pompe (EP) es un trastorno autosómico recesivo infrecuente que se produce por ausencia o deficiencia de la enzima lisosomal Alfa glucosidasa ácida (AGA) en los tejidos. Tiene una incidencia de 1:40.000 y se estima que es una entidad subdiagnosticada. Se reconocen 2 formas de presentación: una de inicio infantil y rápida progresión y otra de inicio tardío y progresión más lenta. El gen de la AGA se encuentra en el brazo largo del cromosoma 17.

OBJETIVOS:

Reconocer la importancia de la sospecha diagnóstica en la aparición de síntomas en el periodo Neonatal, su seguimiento clínico y diagnóstico precoz.

Promover el Estudio Molecular familiar para un adecuado asesoramiento genético.

CASO CLÍNICO:

RNTPAEG. Parto inducido por colestasis materna.G1, no cosanguinidad. Apgar 9/9.A las 12 hrs de vida se interna en UTIN por temblores persistentes y exagerados. CPK 3380 MB 231 LDH 846.Eco cerebral: probable edema cerebral en hemisferio izquierdo. EEG actividad beta frontal de baja amplitud. Se asume como Encefalopatía GI, evolución favorable, alta y control ambulatorio. A los 2 ½ meses de edad consulta por dificultad en la lactancia y taquipnea. Se interna de urgencia por cuadro de Shock Cardiogénico secundario a Miocardiopatía Hipertrófica, se deriva a centro de mayor complejidad. Ante sospecha clínica de EP se realiza biopsia

muscular dosaje de Alfa glucosidasa con resultados positivos. Se inicia tratamiento enzimático. Buena respuesta al tratamiento con disminución progresiva del espesor tisular pero sin mejora en la función miocárdica. Se agrega Levosimendan y Enalapril por Insuficiencia cardíaca. Regresa con 7 meses de vida continuando Internación Domiciliaria y seguimiento multidisciplinario.

CONCLUSIÓN:

El seguimiento de estos pacientes debe involucrar un equipo multidisciplinario. En pacientes con inicio temprano, la terapia de reemplazo enzimático prolonga la sobrevida, disminuye la cardiomegalia y mejora la función de los músculos cardíaco y esquelético. El análisis de las mutaciones del gen AGA son relevantes tanto para el consejo genético como para el diagnóstico prenatal. El pronóstico fatal a corto plazo en ausencia de tratamiento enzimático impone la necesidad de su diagnóstico temprano.



MI HIJO PESO MENOS DE 1000 G ¿COMO EVOLUCIONARA?

Buraschi M.¹; Sepulveda M.²; Beloso I.³; Rapp E.⁴; Tavosnanska J.⁵

HTAL FERNANDEZ^{1,2,3,4,5}

<fernandaburaschi@gmail.com>

SP
085

OBJETIVO:

Informar la evolución neuromadurativa y de crecimiento al año de edad corregida (EC). El desarrollo de la neonatología permite actualmente la sobrevida de niños cada vez mas pequeños, pero esto conlleva el riesgo de padecer problemas durante su desarrollo, especialmente en los aspectos madurativos, sensoriales y de crecimiento. Al año EC es posible detectar anomalías severas, con poca influencia del medio socio-económico en el que crezcan estos niños.

POBLACIÓN:

Niños ≤ 1000 g al nacer, nacidos entre el 1/1/92 al 31/12/14 y egresados de nuestra unidad. Sobrevida en la UCIN = 56.3%

Egresaron 209 niños

Deserción antes del año = 31 (14.8 %)

Fallecidos antes del año = 12 (5.7 %)

Se informan datos de 166 niños (79.4%)

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio Descriptivo, Serie de casos. Retrospectivo. Se realizan controles de crecimiento y evaluación madurativa mediante la escala de Evaluación del desarrollo psicomotor (EDDP) mensualmente y test Bayley a los 6 y 12 meses EC. Se trabaja en forma conjunta con el consultorio de neurodesarrollo. El seguimiento continúa hasta los 10 años.

Fueron divididos de acuerdo a los resultados neurológicos y /o test neuromadurativos Resultados: Sordera 2 niños (1.2%).

	Normal 103(62 %)	Riesgo 16 (9.6%)	Anormales 45 (27%)
Peso al nacer en g	872 (520-1000)	827 (540-1000)	815 (550-1000)
Edad gestacional en sem	28 (24-32)	27.3 (24-32)	28 (24-32)
Días internación	81 (27-175)	105 (59-209)	108 (56-264)
BPEG	35 (34 %)	4 (25%)	19 (42%)
DBP	40 (38%)	11 (69%)	33 (73%)
HIC grave	12 (12%)	2 (12%)	15 (33%)
ROP grave	16 (15%)	2 (12 %)	8(18%)
Embarazo sin control	11 (11%)	2 (12%)	7 (16%)

Crecimiento al año corregido :

	Peso >-3 (Z score)	Talla >-3 (Z score)	PC >-3 (Z score)
N: 166 niños	127 (76%)	100 (60%)	109 (65%)

CONCLUSIONES:

Respondiendo la pregunta que titula nuestro trabajo, se observa que el 62 % de los niños, fue normal en cuanto a su evolución neuromadurativa , el 76 % en peso, el 60 % en talla, y el 65 % en perímetro cefálico.

Es importante el seguimiento planificado de estos niños para la detección temprana de posibles trastornos, acompañándolos en intervenciones oportunas que modifiquen favorablemente su futuro y el de sus familias.

LOS BEBES NACIDOS DE PARTO PREMATURO TIENEN DERECHO A SER ALIMENTADOS CON LECHE MATERNA.

Mariani M.¹; Gomez C.²; Palavecino N.³; Duro E.⁴

SANATORIO SARMIENTO^{1,2,3,4}

<mamariani@intramed.net>

SP
086

Lograr lactancia materna es dificultoso en prematuros, más aun en edades gestacionales muy bajas, pero nunca es imposible. Las estrategias de promoción desde los primeros días de vida y sostenidas a lo largo del primer año pueden ser exitosas.

OBJETIVO:

Evaluar resultados de estrategias de implementación y fortalecimiento de la lactancia en nuestra unidad.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo observacional. Análisis de registros estadísticos y encuesta telefónica realizada por enfermería sobre duración de la lactancia humana en el binomio madre / bebe menor de 1500gs nacidos y egresados de la utin del Sanatorio Gral. Sarmiento desde el 01-01-2014 hasta el 31-10-15.

RESULTADOS:

Ingresaron a la unidad 54 recién nacidos con un peso de nacimiento menor a 1500gs, peso promedio 1170, eg 30 sem. Sobrevivieron 45pts (83%), 9 fallecieron (17%)

SNAP 2 promedio 12.14. SNAPPE 2 promedio 17.43

Al alta de la utin todos se fueron con lactancia materna, y sin haber presentado episodios de ECN quirúrgica y o infecciones enterales. 2 niños derivados lo hicieron con lactancia en curso. Con lactancia materna exclusiva, sola o fortificada 21 pacientes (60%) , el resto con lactancia y complemento.

Del universo de la población egresada se logro entrevistar telefónicamente, 35 madres (82 % de la población)

2 abandonaron la lactancia antes del mes (6%).

32 pacientes (92 %) sostuvieron la lactancia materna hasta los 3 meses, a los 6 meses 72 % (25 pacientes). De los que alcanzaron el año de vida habían sostenido lactancia el 44%.

El 15%(5) de la muestra corresponde a menores de 1000 gr. El 80% (4) logró lactancia materna exclusiva a los tres meses y el 20% lactancia materna parcial.

CONCLUSIÓN:

Las estrategias para favorecer la lactancia materna, implementadas durante la internación, por el sector de enfermería de obstetricia y de neonatología lograron que el 100% de los prematuros menores de 1500gs egresaran alimentándose con leche humana. Otro logro importante es que un gran porcentaje de ellos, continuo con la lactancia en forma prolongada.

La revisión de los resultados ha sido un incentivo para el grupo y ayudara a continuar con los esfuerzos por sostener la lactancia en este grupo particular de pacientes. Además nos enfrenta al desafío de mejorar, para el bien de nuestros recién nacidos prematuros.

REPORTE DE UN CASO: ENFERMEDAD DE JARABE DE ARCE

Failla M.¹; Vera V.²; Berazategui J.³; Davasse N.⁴; Mininni F.⁵; Roldan L.⁶; Sexer H.⁷

SANATORIO ANCHORENA^{1,2,3,4,5,6,7}
<marilifailla@gmail.com>



INTRODUCCIÓN:

La enfermedad de la orina olor a jarabe de arce es una aminoacidopatía que se produce por un defecto del complejo enzimático deshidrogenasa de los cetoácidos, acumulándose los aminoácidos ramificados: valina, isoleucina y leucina y de sus metabolitos asociados a neurotoxicidad. Es de herencia autosómica recesiva con una incidencia de 1/185000 recién nacidos, aunque existen grupos étnicos con mayor incidencia.

La complejidad del metabolismo de los BCAA así como la heterogeneidad genética explica la diversidad en la expresión clínica y bioquímica de esta enfermedad.

Presentamos un caso reportado en nuestra UCIN.

RESUMEN CLÍNICO:

Ingresa paciente de 9 días de vida afebril, con rechazo parcial del alimento, temblores y mal estado general. Al examen físico se constata paciente somnoliento, sin reflejo de succión y sin apertura ocular espontánea. Con nistagmo horizontal, hipotonía generalizada a predominio de tronco, con movimientos distónicos y postura en extensión de miembros inferiores. Sin antecedentes perinatales relevantes. Alimentada con fórmula libre demanda.

Se interpreta como trastorno neurológico de probable etiología infecciosa, metabólica, tóxica o estructural y se inicia secuencia de estudios diagnósticos. Se realiza laboratorio inicial, screening infectológico con LCR normal y cultivo negativo. Se inicia tratamiento antibiótico con Ampicilina, Cefotaxime y Aciclovir.

Se realiza ecografía cerebral que informa núcleos de la base con zonas hiperecogénicas y RNM que marca alteraciones compatibles con MSUD. Se envían muestras de sangre y orina a laboratorio de enfermedades metabólicas y se inicia el tratamiento adecuado.

TRATAMIENTO:

Con el objetivo de evitar el catabolismo se incorpora leche libre de leucina, valina e isoleucina en forma progresiva por GCL continua mas aporte endovenoso de flujo alto de glucosa e insulina para completar el aporte calórico en 120-130 cal/k/d. Con controles periódicos de AA, evaluando la necesidad de ajustes en el aporte exógeno de aminoácidos.

Discusión y diagnósticos diferenciales: Se descarta encefalitis y meningitis por bacteriología y virología, stroke neonatal por diagnóstico por imágenes e intoxicación por interrogatorio y laboratorio de ingreso.

CONCLUSIÓN:

Dado que la mayoría de casos son diagnosticados por un cuadro neurológico grave con descompensación metabólica por ser la forma de presentación más común (neonatal clásica), es urgente el tratamiento de la enfermedad en esta fase aguda. Posteriormente debe realizarse un tratamiento de mantenimiento para conseguir un crecimiento y desarrollo adecuado, y evitar o detectar precozmente las crisis de descompensación. Nuestra paciente presentó buena evolución, egreso con aporte libre demanda de fórmula especial por succión. Continúa en seguimiento multidisciplinario.

INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES (UCIN)

Reijenstein S.¹; Bosio Y.²

CEMIC¹; CONSULTORIO PARTICULAR²
<soniareij@gmail.com>



INTRODUCCIÓN:

Los recién nacidos (RN) conocen el mundo a través de sus padres quienes serán los principales proveedores de experiencias que facilitarán o no su desarrollo.

Definimos co-balance del desempeño ocupacional entre RN y sus padres como la combinación del desempeño ocupacional de ambas partes. Deben darse apego; realización efectiva de las actividades de la vida diaria por parte de los padres; respuestas adaptativas del RN a estímulos provenientes de los padres/ambiente; conocimiento de signos de estrés/confort del RN, estímulos sensoriales facilitadores o no del desarrollo, pautas de estimulación y necesidades básicas, por parte de los padres. Un adecuado co-balance ocupacional favorecería el desarrollo del RN/RN pre término.

OBJETIVO:

Verificar si los padres que tuvieron intervención adquieren más herramientas para favorecer el co-balance ocupacional.

DISEÑO Y MÉTODOS:

Realizamos un estudio descriptivo transversal, con una encuesta auto-administrada a padres con su hijo internado en la UCIN.

La intervención fue a través de talleres con padres, entrevista pre-alta, información con pautas para aplicar con sus hijos en la internación y primeros 3 meses en el hogar, sobre el reconocimiento de signos de estrés/confort, manejo de estímulos sensoriales, pautas de cuidado y estimulación.

RESULTADOS:

Se procesaron 17 encuestas: 67% recibió intervención.

Promedio: madres 33 años, 88% universitarias; padres 37 años, 62% universitarios; RN pre término edad gestacional 32 semanas, 1910 gr., 30 días de internación.

El grupo intervenido obtuvo mejores índices de aprendizaje en:

- Detección de signos de estrés/confort durante la internación: 15 bien, 5 mal, 7 no saben (no intervenido: 12 bien, 5 mal, 8 no saben).
- Pautas de estimulación para favorecer el desarrollo del bebe en los primeros tres meses: 29 bien, 1 mal, 3 no saben (no intervenido: 21 bien, 2 mal, 9 no saben).

CONCLUSIONES:

La intervención temprana favorece el co-balance ocupacional entre los padres y su hijo durante la internación y al alta. Sabiendo que esta población puede manifestar a corto, mediano o largo plazo dificultades en el desarrollo, la intervención temprana es importante ya que:

- Instruye a los padres para acompañar, asistir y favorecer el desarrollo de sus hijos en una primera etapa.
 - Aumenta la conciencia para acceder a programas de seguimiento.
 - Ayuda a detectar precozmente alteraciones en el desarrollo y disminuir secuelas.
- Debido a que la muestra es pequeña, se continuará realizando este estudio.

VARIABILIDAD INTRAPERSONAL ENTRE BILIRRUBINA TRANSCUTÁNEA Y BILIRRUBINA SÉRICA

Galletti M.¹; Perelli L.²; Carrascal M.³; Lupo E.⁴; Mariani G.⁵

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES^{1,2,3,4,5}

<maria.galletti@hospitalitaliano.org.ar>

RPD
090

INTRODUCCIÓN:

Un 60 a 70% de los recién nacidos a término (RNT) y prematuros tardíos (PrT) presentan ictericia, de los cuales un 10% requiere tratamiento. En los últimos años se ha empleado la bilirrubina transcutánea (BbTc) como método diagnóstico y de seguimiento, reduciendo el número de extracciones necesarias. Sin embargo con valores de BbTc >14 mg/dL, se recomienda corroborar con bilirrubina sérica (BbS) por la dispersión demostrada entre ambas, atribuible al método diagnóstico. En nuestra práctica observamos que la diferencia entre BbS y BbTc tiende a asumirse estable cuando evaluamos longitudinalmente a un mismo paciente. Sin embargo la variabilidad intrapaciente no está estudiada. De no encontrarla podrían obviarse varias extracciones de sangre, confiando en los valores de BbTc.

OBJETIVO:

Evaluar si hay diferencias significativas entre BbTc y BbS en dos grupos de muestras del mismo paciente en momentos distintos.

MÉTODOS:

Estudio observacional, analítico de una cohorte retrospectiva de RNT y PrT en seguimiento por ictericia, durante un período de seis meses. Se incluyeron pacientes que tuvieran 2 mediciones simultáneas de BbTc y BbS en distintos momentos. Se compararon las medias de las diferencias de BbTc/BbS de ambos grupos de muestras por medio de T-Test para muestras pareadas.

RESULTADOS:

Se incluyeron 26 pacientes. La edad gestacional fue 37,4±1,4 semanas y el peso de nacimiento fue 3278±554gr. El 76% no presentó factores de riesgo para ictericia patológica. La 1era medición se realizó dentro de las 56±13 hs de vida, mientras que la 2da fue a las 127±37 h. La media de descenso de peso en el momento de la 2da medición fue 9,7±3,1%. Para el grupo de muestras de la 1era medición la BbS fue 12,2±1,6 y la BbTc 11,9±1,7, mientras que para la 2da medición la BbS fue 17,5±2 y la BbTc 16,2±1,7. La media de la diferencia entre BbTc/BbS fue de 0.33±1.33 para la 1er medición y de 1.33±1.43 para la 2da, siendo la diferencia entre las mismas estadísticamente significativa (p=0.01). Esto se mantuvo al analizar al subgrupo de pacientes sin factores de riesgo (p=0.001).

CONCLUSIÓN:

La diferencia de BbS y BbTc en muestras pareadas es mayor al analizar niveles superiores a 14mg/dl. Posiblemente nuestros datos puedan atribuirse a la dispersión ya conocida atribuible al método y apoyan la confirmación con BbS por arriba de ese valor. Desarrollaremos un estudio prospectivo para evaluar mejor la variabilidad intrapaciente con valores superiores al mismo.

CUMPLIMIENTO DEL MODELO MATERNIDAD SEGURA CENTRADA EN LA FAMILIA EN EL DEPARTAMENTO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL MATERNO PROVINCIAL CÓRDOBA SEPTIEMBRE-OCTUBRE 2012

Sanchez Zanon N.¹

HOSPITAL MATERNIDAD PROVINCIAL FELIPE LUCINI¹

<nansanzon@yahoo.com.ar>

RPD
091

OBJETIVO:

Valorar el cumplimiento del modelo MSCF según las madres y los miembros del equipo de salud en el Dto. de Neonatología del HMP de Córdoba, período Septiembre-Octubre 2012. Específico: 1-Caracterizar la población.- 2-Determinar acuerdos entre el equipo de salud y las madres respecto al Cumplimiento de Protección de derechos, Promoción de la Participación, Practica Efectiva-COPAP y Fortalecimiento de HAMN.3 - Objetivar posibles asociaciones entre equipo de salud (edad- antigüedad) con Protección de derechos, Promoción de participación fliar y Situación de pareja de las madres, y en las Madres (edad-Situación de pareja) con Protección de los derechos.

MATERIAL Y MÉTODO:

La población se conformó por la totalidad de los miembros del equipo de salud (enfermeras y médicos) que participaron de la asistencia directa de los neonatos internados y por una muestra, equivalente al 40%, de las madres que tuvieron sus hijos al menos 3 días internados en UCI/ UTI de Neonatología del HMP de Córdoba. La muestra se seleccionó mediante técnica de muestreo aleatorio simple, por el número de terminación de Historia Clínica neonatal cuyo número sea múltiplo de 2. El estudio correspondió a una investigación descriptiva, transversal y prospectiva. Los datos fueron recogidos mediante la técnica de Encuesta (equipo de salud) y Entrevista voluntaria (madres) a través de un cuestionario aplicado durante la internación neonatal.

CONCLUSIÓN:

Característica poblacional reveló en equipo de salud predominio femenino, enfermeras, >40 años y > 10 años de antigüedad. En las madres una media de 24,18 años, de 2 hijos y 32% en situación de pareja informal. Cumplimiento del modelo MSCF, hubo acuerdos de Cumplimiento en Protección de los derechos., Promoción de la Participación y Prácticas efectivas-COPAP, aunque Fortalecimiento de HAMN resultó en Cumplimiento (equipo de salud) y Total Cumplimiento (madres). Existe asociación significativa: a mayor edad y antigüedad de los profesionales menor protección de permanencia de la madre, mayor facilitación del vínculo del R.N -flia en situación de pareja estable y mayor participación en talleres de madres sin pareja. No hay asociación entre edad y situación de pareja materna respecto al cumplimiento de Protección de derechos. Recomendación: incluir MSCF en los programas de pregrado y posgrado, flexibilizar los horarios de visita fliar de madres sin pareja, aumentar la periodicidad de talleres educativos y sistematizar el apoyo psicológico en las UCIN.

FORMULACION MAGISTRAL DE BENZNIDAZOL: TRATAMIENTO CHAGAS CONGENITO EN NEONATOS PREMATUROS



Serjan M.¹; Orcinoli M.²; Janeiro M.³

HOSPITAL FERNANDEZ^{1,2,3}
<maserjan@gmail.com>

El tratamiento antiparasitario para *Trypanosoma Cruzi* en recién nacidos prematuros resulta muy dificultoso por su dosificación, desconociéndose su tolerancia y eficacia.

OBJETIVO:

Informar la primer experiencia de tratamiento en recién nacidos prematuros de bajo peso (RNPTBP), con una formulación magistral de Benznidazol en suspensión, elaborada en Farmacia del Hospital J.A. Fernandez.

PACIENTES:

3 RNPT nacidos por cesárea electiva, madre chaqueña, con 2 pruebas para Chagas reactivas (HAI y ELISA). Los RN de 29 s. EG con peso de nacimiento (PN): 1175 g (I), 1150 g (II) y 1120 g (III) fueron vigorosos, requiriendo solo el II gemelar, ventilación mecánica: 22 días y oxígeno: 31 días. Presentaron apneas centrales, ductus persistente e ictericia. Recibieron nutrición enteral durante 7, 15 y 8 días respectivamente y alcanzaron su PN alrededor de los 14 días. Excepto el II gemelar que presentó infección nosocomial, sus hermanos tuvieron un curso neonatal con escasa repercusión. A los 15 días de vida, se investigó parasitemia con técnica de microhematocrito: fueron (+) I y III gemelares, el II, a los 21 días. Para administrar Benznidazol oral, se elaboró en el Laboratorio de Preparaciones Magistrales de Farmacia del Hospital, una suspensión de Benznidazol de 10 mg/ml a partir comprimidos (ABARAX® lab. ELEA) con una formulación: Benznidazol 50mg, Sorbitol 70%, Carboxi- metilcelulosa sódica 1% y jarabe simple (F.A. VI ed.).

Los pesos de los RNPT al inicio del tratamiento fueron: 1020 g, 1090 g y 1160 g, dosis inicial: 5 mg/Kg/día. Los controles a los 7 días fueron normales para: hemograma, hepatograma, urea, creatinemia y las parasitemias en los 3 RN persistieron positivas, se ajustó la dosis a 7.5 mg/Kg/día, y a los 14 días fueron negativas. Al mes de vida I y III gemelares tuvieron el alta con pesos de 2280g y 2240 g continuaron su tratamiento hasta cumplir los 60 días. El alta del II gemelar fue a los 2 meses de vida con peso 2400g. La tolerancia fue buena y no presentaron alteraciones bioquímicas. Las serologías para Chagas a los 6 y 12 meses post-tratamiento fueron negativas en los tres niños.

CONCLUSION:

La formulación magistral de Benznidazol, facilitó el tratamiento de RNPT con Chagas Congénito, fue efectivo y sin toxicidad detectada. Se desconoce su farmacocinética y biodisponibilidad por lo que se requieren nuevas investigaciones.

SÍNDROME DE CELULITIS-ADENITIS POR *STREPTOCOCCUS AGALACTIAE* (EGB)



Labanca V.¹; Nieto R.²; Nantes M.³; Di Meola M.⁴

HOSPITAL MATERNO INFANTIL RAMON SARDA^{1,2,3,4}
<vanesalabanca@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La celulitis-adenitis es habitualmente un proceso infeccioso localizado, sin embargo en lactantes menores de 3 meses este síndrome puede constituir una forma de presentación de la bacteriemia por estreptococo del grupo B. La importancia de esta entidad radica en que al ser una manifestación local de un proceso infeccioso sistémico, podría incluir compromiso del SNC, lo cual debería ser tenido en cuenta a la hora de efectuar el diagnóstico e instaurar el adecuado tratamiento antibiótico.

OBJETIVO:

Describir un caso clínico de celulitis-adenitis por estreptococo del grupo B.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 45 días de vida, que consulta por un registro febril de 38°C. Como antecedentes se trata de un RNT, PAEG, parto vaginal; durante el embarazo se constata hisopado vaginal positivo para SGB en semana 35 desconociéndose la administración de profilaxis. Al examen físico, se encuentra febril (38°C), en buen estado general, eucárdico y eupneico, presentando una asimetría en área submandibular izquierda, eritematosa, indurada con aumento de la temperatura local. Se decide toma de hemocultivos por dos y se indica clindamicina 7,5 mg/kg/dosis c/ 6 hs y gentamicina 5mg/kg/dosis c/ 24 hs EV, con diagnóstico de celulitis. Se realiza una ecografía que informa compromiso ganglionar, y de TCS sin colecciones. A las 48 hs se reciben hemocultivos por 2 positivos para SGB, por lo cual se decide realizar una punción lumbar, y rotar antibioterapia a cefotaxime 75mg/kg/dosis c/6hs y gentamicina

5mg/kg/dosis c/24. Se obtiene citoquímico normal y cultivo de LCR negativo. En acuerdo con servicio de infectología, se realizan 14 días de tratamiento antibiótico, suspendiéndose el aminoglicosido con hemocultivos de control negativos.

CONCLUSIONES:

El síndrome de celulitis-adenitis en lactantes menores de 3 meses puede constituir una forma clínica de presentación de un proceso infeccioso sistémico. El *S. agalactiae* es el principal agente etiológico en dicho grupo etario, y la región submandibular es el área más frecuentemente afectada. Es menester destacar que ante esta entidad, evaluando nuestro caso clínico, sería adecuado considerar el potencial compromiso del SNC que ha sido descrito en otras series de casos, para incluir a la hora del diagnóstico la toma de hemocultivos y punción lumbar con cultivo de LCR, ajustando la dosis y duración del tratamiento antibiótico, a fin de actuar de forma temprana y prevenir futuras complicaciones.

DIFICULTADES DE LA LACTANCIA EN RECIÉN NACIDOS CON EDAD GESTACIONAL AL NACER MAYOR O IGUAL A 34 SEMANAS EN UN CENTRO PRIVADO DE SALUD

Pedre J.¹; Alquati M.²; Ferraiolo S.³; Lamas J.⁴; Pesce E.⁵; Sanchez M.⁶; Santagada A.⁷; Pedraza A.⁸

CLINICA Y MATERNIDAD SUIZO ARGENTINA/FUNDASAMIN¹; CLINICA Y MATERNIDAD SUIZO ARGENTINA^{2,3,4,5,6,7,8}

<puaco@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

Muchas dificultades de la lactancia pueden resolverse durante la internación, mientras que otras requieren un seguimiento pos-alta. La detección de estos problemas y su distribución de acuerdo a las características de los pacientes permitiría planificar e implementar estrategias de prevención específicas.

OBJETIVOS:

Describir la distribución de dificultades de la lactancia en la consulta pos-alta, en una institución privada de la CABA, en pacientes con edad gestacional al nacer (EGN) de 34 o más semanas; analizar su ocurrencia según grupos de EGN, vía de nacimiento y tiempo hasta el alta durante un período de tres meses.

POBLACIÓN:

Díadas madre-hijo con EGN \geq 34 semanas nacidos en la Clínica y Maternidad Suizo Argentina que consultaron, presencial o telefónicamente, para apoyo a la lactancia.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo, prospectivo, basado en registro de datos institucional. Se diseñó una herramienta de recolección de datos y se implementó como rutina de atención. Se codificaron los distintos diagnósticos según: causa materna, del recién nacido, por técnica y otras; y las consultas en: presencial y telefónica. Se agrupó según EGN en: prematuros tardíos (PTT), términos tempranos (TT), términos plenos (TP) y posttérminos (POST). Se analizó según vía de parto y tiempo hasta el alta. Se utilizó Microsoft Excel 2013 y STATA 13 para el análisis estadístico.

RESULTADOS:

Preliminares. En 75 días se recibieron 424 consultas de 299 pacientes. EGN media: 38 5/7 sem \pm 2 6/7 sem; PTT: 7,4%; TT: 45,8%; TP: 45,8%; POST: 1%. Nacidos por vía vaginal 33,4%. Tiempo medio de internación: 72 hs. (rango intercuartilo: 53 – 77 hs.). Descenso medio de peso al alta: 7,8% \pm 6,6%. Consultó una sola vez: 67,9%. Consultas presenciales: 92,2%. Las dificultades por causa materna representaron el 49,4% del total (bajada de leche + hipogalactia + grietas = 73,2% de esa causa), las del recién nacido el 18,0%, las de técnica el 22,5% y otras el 10%. La vía de nacimiento, el tiempo de internación y la EGN no influyeron sobre la predominancia de la causa materna.

CONCLUSIONES:

Las dificultades de causa materna fueron predominantes, independientemente de las variables estudiadas. La identificación de las mismas permitiría hacer énfasis en ellas durante la internación conjunta.

SP
094

Opción a premio

TRAYECTORIA DE MOVIMIENTOS GENERALES ASOCIADA AL DESARROLLO DE LA COMUNICACIÓN Y EL LENGUAJE EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS

Mattioli L.¹; Oreiro H.²; Pena F.³; Muzaber L.⁴; Romero T.⁵; Carreño P.⁶; Micale M.⁷; Martínez P.⁸; Fiorentino A.⁹; Moreno A.¹⁰

HOSPITAL POSADAS^{1,2,3,5,6,7,8,9,10}; CENTRO DESARROLLO MUZABER⁴

marisol_matt@hotmail.com

INTRODUCCIÓN:

El repertorio de movimientos generales, espontáneos del recién nacido (MG) surgido de las investigaciones de H. Prechtl, tiene correlación con el desarrollo neurológico e impacto en el aprendizaje. Permite el diagnóstico de alteraciones neurológicas, a edades más tempranas que otros métodos, de forma no invasiva y costo-efectiva. Es frecuente observar retrasos en la adquisición del lenguaje, en pacientes nacidos prematuros (RNPT). Relacionar ello con la trayectoria de MG aporta importante información al respecto.

OBJETIVO:

Observar la trayectoria de los movimientos generales de los RNPT y el desarrollo de la comunicación y el lenguaje, entre el primer y segundo año de vida.

MÉTODO:

Estudio exploratorio, prospectivo, descriptivo. Se incluyeron 34 RNPT, nacidos en el Htal Posadas de Junio/Diciembre 2014, grupo de niños incluidos en cohorte previa de "Repertorio de movimientos generales en recién nacidos prematuros", filmados en tres etapas del repertorio de MG. Para la evaluación neurolingüística, se realizó el Test Preschool IV, prueba estandarizada que evalúa el lenguaje comprensivo y expresivo. Se logró la evaluación completa de 20 pacientes, con una edad corregida (EC) promedio de 15 meses.

RESULTADOS:

La mayoría de los pacientes presentaron trayectoria de MG patológica. Respecto al lenguaje, se evidenció un mayor compromiso de la expresión comunicativa, por sobre la comprensión auditiva. La mayoría de los niños presentaron adecuada intención comunicativa.

Fue predominante el desfasaje entre 1 y 3 meses respecto a EC en lenguaje comprensivo, expresivo y global.

Aquellos pacientes con discordancia de más de 4 meses entre su EC y su desarrollo del lenguaje, presentaron mayormente trayectoria completa patológica.

CONCLUSIONES:

La presencia de MG patológicos indica riesgo de secuelas neurológicas. Evaluar el desarrollo de la comunicación y el lenguaje en relación con los MG, permite detectar precozmente desfasajes, y realizar abordajes tempranos, para preparar al niño para el gran desafío del aprendizaje y su inserción escolar.

RPD
096

DIAGNOSTICO RETROSPECTIVO DE DEFICIENCIA DE LIPASA ACIDA LISOSOMAL

Filtrin M.¹; Pacheco M.²; Campos E.³; Dlugoszewski C.⁴; Rozenfeld, P P.⁵

HOSPITAL PÚBLICO MATERNO-INFANTIL DE SALTA^{1,2,3,4}; UNIVERSIDAD DE LA PLATA⁵

<mfiltrin@gmail.com>



INTRODUCCIÓN:

En la enfermedad de Wollman hay déficit de la enzima lipasa acida lisosomal. Los primeros días o semanas de vida aparecen vómitos, diarrea y rápido progreso a la caquexia, con hepatoesplenomegalia y anemia. Se caracteriza por hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, deficiencia de Col- HDL, y depósitos anormales de lípidos en órganos. Se hereda en forma autonómica recesiva con una prevalencia de 25 casos en 1 millón. La mayoría de los pacientes mueren en los primeros 6 meses de vida.

MATERIAL Y METODOS:

Estudio obs., desc. y retrospectivo. Historia clínica digitalizada. Dosaje en Gota seca en tarjeta de Pesquisa Neonatal, de lipasa ácida lisosomal. Estudio de Mutaciones en progenitores. Método: Aislamiento de ADN a partir de sangre. Amplificación por PCR, purificación y posterior secuenciación de los 10 axones del gen de LIPA .

RESULTADOS:

Caso I. Gesta: 2 Para: 1 Abortos: 1 Pareja no consanguínea.

Serología materna negativa. Sexo masc. PN:1300 grs. EG: 35 semanas. A los 8 días descompensación clínica: sepsis neonatal y sospecha de enterocolitis necrotizante con mala evolución, fallo hepático y renal .Se aísla *Cándida* en orina y se medica con antibióticos y antimicóticos. Laboratorio con Hipertrigliceridemia, colestasis y anemia. Desnutrición grave fallece a los 44 días de vida, no se realizaron estudios metabólicos.

Caso II. Gesta 4 embarazo controlado, cesárea de 39 sem, peso: 1240 grs., vigoroso al nacer. Sexo masc. ,hermano del caso clínico anterior Internado en neonatología 43 días, por RCIU. A los 11 días sepsis a *Klebsiella Neumo-*

niae, cumple tratamiento con buena evolución. Reflujo gastroesofágico. Pesquisa neonatal normal. OEA ausentes en ambos oídos. 2ª internación a los 3 meses por síndrome convulsivo, microcefalia y dermatitis del pañal. TAC de cerebro normal inicia tratamiento con anticonvulsivantes con buena evolución. Alta a los 9 días. 3ª internación a los 5 meses por deshidratación secundaria a vómitos. Desnutrición crónica severa RGE y Retraso Madurativo Global. Epilepsia. Anemia .Sospecha de insuficiencia Suprarrenal. Sepsis. Atrofia Óptica. Trastorno metabólicos: hiponatremia (129 mg/dl), hipertrigliceridemia 270 mg/dl luego a 2263 mg/dl, GOT 117 y GPT 210, GGT 507, HDL bajo en 21 mg/dl, e hiperglucemia (301 mg/dl). Quik 71%. Hemoglobina de 9 mg/dl. Examen físico con hepatoesplenomegalia. Eco abdominal: esteatosis hepática. Se deriva a hospital de mayor complejidad donde fallece a los 4 días. Post mortem se sospecha Deficiencia de Lipasa ácida, y se confirma dicha enfermedad. Se estudia a 1 hermano sano, no portador y ambos progenitores portadores de mutación: se detectó una transversión A por C: c.46A>C en el axón 2 del gen LIPA en estado de heterocigosis. Esta mutación produce un cambio del aminoácido treonina de posición 16 por una prolina (p.Thr16Pro). Esta mutación no ha sido descrita previamente, sin embargo se considera patogénica.

CONCLUSIONES:

Esta forma rara de deficiencia de lipasa ácida se debe sospechar en neonato con RCIU con mala evolución y compromiso gastrointestinal con hepatomegalia con esteatosis, mala absorción intestinal, ascitis, con o sin calcificación de las glándulas suprarrenal, alteraciones del crecimiento y dislipemia.

EL VALOR DEL FLUJO EN VENA CAVA SUPERIOR Y ALTERACIONES PLACENTARIAS EN RECIÉN NACIDOS DE MUY BAJO PESO: COMUNICACIÓN BREVE.

Osio C.¹; Vecchiarelli C.²; Mazzitelli N.³; Hernandonea C.⁴

SANATORIO OTAMENDI^{1,2,3,4}

<webmaster@hardineros.com>



INTRODUCCIÓN:

El hipoflujo útero-placentario se asocia a morbi-mortalidad aumentada feto neonatal. Los estudios de anatomía patológica de placenta contribuyen al diagnóstico de alteraciones en la circulación materna y fetal en la etapa prenatal. El flujo en vena cava superior es un indicador ecocardiográfico de normoflujo en el recién nacido (RN) pretérmino durante el primer día de vida. Su alteración ha sido asociada a morbilidades como hemorragia intracraneana y enterocolitis necrotizante, particularmente en RN <= 1250g.

OBJETIVO:

Determinar si existe relación entre alteración circulatoria materna y/o fetal en al análisis anatómo - patológico de placenta y el hipoflujo sistémico medido ecocardiográficamente durante el primer día de vida en vena cava superior en RN con peso <= 1250g.

MÉTODO:

Un solo operador realizó mediciones ecocardiográficas con flujo doppler color en vena cava superior (VCS) durante el primer día de vida a todos los RN con peso <= 1250 g desde el 14/10/2015 al 10/02/2016. Se registraron datos perinatales y de su evolución neonatal. Simultáneamente un patólogo analizó las placentas y las clasificó evaluando hipoflujo leve, moderado o severo según compromiso de la circulación materna y/o fetal. Se informa promedio y desvío estándar o "n" y porcentaje. Software utilizado MS Excel 2007.

RESULTADOS:

Nacieron 9 RN con peso <= 1250g, promedio = 1047 g. (DE=182 g). Fallecidos = 1 (11%) El promedio de EG = 29.5 semanas (DE: 2.2). La primera medición de flujo en VCS fue tomado en promedio a las 7.2 horas de vida (DE: 1.3 h). Tuvieron informe de hipoflujo placentario (HIP) moderado 6/9 RN (67%). Ninguno tuvo HIP leve. HIP severo 3/9 RN (33%): El primer RN con afectación placentaria de la circulación materna y fetal fue el único paciente fallecido. Era bajo peso para la edad gestacional, la ligadura de cordón fue inmediata, recibió presión positiva en sala de partos y CPAP el primer día de vida, el flujo en VCS fue 12 cc/kg/min a las 5 horas, continuó a las 24 hs con registro de 20 cc/kg/min. El segundo RN con ligadura de cordón inmediata y afectación placentaria de la circulación materna presentó flujo en VCS de 23 cc/kg/min con normalización dentro de las 24 h siguientes. El tercer RN con ligadura a los 65seg y afectación placentaria de circulación materna, presentó flujo en VCS de 53 cc/kg/min. En 7/9 RN (78%) que no presentaron bajo flujo en VCS la ligadura de cordón se efectuó en un promedio de tiempo 65 seg. (DE: 4 seg.) y el flujo promedio en VCS de la primera medición fue 80.7 cc/kg/min (DE: 12.3 cc/kg/min).

CONCLUSIONES:

En nuestro estudio la mayoría de los hallazgos de hipoflujo por mediciones ecocardiográficas en VCS se correspondieron con informes de alteración circulatoria placentaria severa. También parece existir alguna relación entre el tiempo de ligadura de cordón y el flujo de VCS. Los resultados son la base de un estudio prospectivo en marcha con mayor número de pacientes que permitirá evaluar esta hipótesis.

PREVALENCIA DE MALFORMACIONES CONGÉNITAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL PRIVADO

RPD
099

Fernandez G.¹; Baston C.²; Volpe M.³; Alvarez Gatti P.⁴; Vecchiarelli C.⁵; Osio C.⁶

SANATORIO OTAMENDI^{1 2 3 4 5 6}
<otamendiseguimiento@gmail.com>

INTRODUCCION:

Las anomalías congénitas son causa importante de mortalidad infantil, enfermedad crónica y discapacidad, causando gran impacto en los afectados, sus familias, los sistemas de salud y la sociedad. Presentan una prevalencia al nacimiento de aproximadamente 2 al 3 % en recién nacidos vivos y en Argentina representan el 25% de la Mortalidad Infantil, siendo la segunda causa de muerte luego de las afecciones perinatales. El Sanatorio Otamendi se incorporó al Registro de Anomalías Congénitas de Argentina en el año 2014.

OBJETIVO:

Estimar la prevalencia de malformaciones congénitas mayores, externas o internas identificadas en los recién nacidos vivos del Sanatorio y detectadas al examen físico o por estudios complementarios, intervenciones o autopsia en caso de fallecimiento y sus principales características fenotípicas. Y comparar las principales características demográficas con las reportadas en el programa RENAC-Ar.

METODOS:

Estudio observacional descriptivo de corte transversal. Población: todos los recién nacidos vivos (RN) del Sanatorio Otamendi registrados en el programa RENAC-Ar desde 1/08/2014 hasta el 01/08/2015. Se informa promedio y desvío estándar o n y porcentaje, se realizaron t test o CHI cuadrado según el tipo de variable analizada. Se reporta un valor de $p < 0.05$ como significativo. Software utilizado MS Excel 2007 y Stata 11 IC.

RESULTADOS:

80 RN (1.9 % de los RN del sanatorio). Masc: RENAC 53% vs 61%, $p=NS$. Gemelos: RENAC 4% vs 14%, $p=0.01$. EG < 37: RENAC 28% vs 42%, $p=0.07$. Peso < 2500: RENAC 32% vs 41%, $p=NS$. Edad de la madre > 35 años: RENAC 16% vs 45%, $p<0.000$. El 68% no tuvo diagnósticos prenatales. Trisomías: 9 (11.3%) de las cuales 7 (77%) no tenían diagnóstico prenatal. Fallecieron 7 RN (9%). El promedio de edad materna de los fallecidos fue 36 años (DE 4) vs 33 DE: (4) años de los vivos al alta.

CONCLUSIONES:

Dadas las características de nuestra Institución, la mayoría de los RN con anomalías congénitas son de bajo peso, gemelares y con edades maternas mayores a las reportadas en el RENAC-ar. Sin embargo el porcentaje de malformaciones fue similar. El registro permite obtener información importante para la investigación epidemiológica, la evaluación de intervenciones y el diseño de estrategias de prevención que permitan mejorar el diagnóstico prenatal y así brindar un mejor asesoramiento a las familias.

EVALUACION DEL GRADO DE PRECISION Y CONFIABILIDAD DEL BILICARE: UN NUEVO EQUIPO DE MEDICION TRANSCUTANEA DE BILIRRUBINA.

SP
100

Alvarez Gatti P.¹; Baston C.²; Palmieri A.³; Vecchiarelli C.⁴; Osio C.⁵

SANATORIO OTAMENDI^{1 2 3 4 5}
<otamendineo@gmail.com>

INTRODUCCION:

La hiperbilirrubinemia sigue siendo un problema en la atención del recién nacido sano. Los equipos de medición de bilirrubina en forma transcutánea como método no invasivo han demostrado ser confiables, de rápida utilización y evitan numerosas tomas de muestras de sangre por punción en los bebés. El equipo BILICARE se utiliza en nuestro Sanatorio desde 2015. Muy pocos trabajos internacionales utilizan este equipo para esta función, no habiendo estudios locales que lo validen hasta el momento.

OBJETIVO:

Evaluar la performance del BILICARE comparando sus mediciones transcutáneas con los niveles de bilirrubina plasmática

METODO:

Estudio caso control apareado. Se les realizó dosaje de bilirrubina sérica a los recién nacidos (RN) sanos ingresados durante el mes de marzo de 2016 en el sector de internación conjunta. Simultáneamente fueron medidos con el nuevo método transcutáneo BILICARE por 1 solo operador. La correlación entre los valores de ambos métodos fue analizada mediante gráficos de Bland-Altman y la prueba de Bradley-Blackwood. Software utilizado MS Excel y STATA 11 IC.

RESULTADOS:

Se realizaron 212 mediciones pareadas. El promedio de edad gestacional (EG) fue de 38 semanas (DE: 1), el peso: 3183 g. (DE: 392 g.). El valor de bilirrubina sérica promedio con el método transcutáneo: 10,1 mg/dL (DE: 2.9 mg/dL) vs. bilirrubina sérica 10.2 mg/dL (DE: 2.9 mg/dL). FIG1

muestra el gráfico de bilirrubina sérica vs. el método transcutáneo. La línea de tendencias se encuentran alineada sobre la línea de perfecta concordancia. FIG.2: El test Bradley-Blackwood no mostró diferencia estadística significativa.

CONCLUSIONES:

No se han detectado diferencias con los valores de bilirrubina sérica comparando las mediciones de bilirrubina transcutánea con el nuevo equipo BILICARE. Este equipo demostró ser útil como método de tamisaje, reduciendo las punciones de talón para las muestras de sangre en los RN. Nuevos estudios multicéntricos serán necesarios para evaluar los resultados en muestras más grandes y representativas en nuestra población.

ACOMPAÑANDO EL NEURODESARROLLO: EXPERIENCIA DE TRABAJO INTERDISCIPLINARIO



Fattore M.¹; Luongo M.²; Panizza M.³

CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL Y ESTIMULACIÓN TEMPRANA "EL NIDO"
DRA A M MENENDEZ MUNICIPALIDAD SAN ISIDRO^{1,2,3}
<majofattore@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El avance tecnológico ha logrado una mayor sobrevivencia de los RNAR y de niños con enfermedades graves. El abordaje interdisciplinario de éstos, implica un movimiento en el que las distintas disciplinas deben proponerse la construcción de una conceptualización común del problema y la elaboración de estrategias de intervención consensuadas en el abordaje clínico-teórico.

OBJETIVOS:

Describir una modalidad de trabajo en el seguimiento de neurodesarrollo (SND) con intervención desde la UCIN y descentralizado del CSAR, llevado a cabo por terapeutas de un Centro de Desarrollo Infantil y Estimulación Temprana (CDIyET), cuyo abordaje es interdisciplinario centrado en las necesidades RNAR y su familia.

MÉTODO:

Cualitativo, descriptivo.

RESULTADOS:

Desde que nace el RNAR, y su familia, comienzan un camino de acompañamiento y seguimiento por un Equipo Interdisciplinario (EI) del CDIyET (Psicóloga Perinatal, Terapeuta Ocupacional y Kinesióloga especializada en ND e intervención temprana). El objetivo de intervención desde UCIN es disminuir y/o evitar la instalación de secuelas vinculares, emocionales, y/o del ND. Luego del alta, desde el CSAR, es derivado al CDIyET en forma virtual, se otorga un turno preferencial en forma telefónica desde el CDIyET para la asistencia por 1ª vez. Una vez en el CDIyET, es admitido

por un EI (Pediatra del Desarrollo- Kinesióloga especializada en ND e intervención temprana y Psicóloga Perinatal) que observa el ND, priorizándose los vínculos tempranos y sus posibles vicisitudes; observación de la movilidad espontánea y desarrollo típico & atípico, retraso y/o desviación; interés y uso por los objetos asociado al juego. Se realiza intervención a través del asesoramiento y orientación favoreciendo un sostén facilitador. El seguimiento de variables clínicas con el transcurrir del tiempo nos permite determinar cuan transitorios o permanentes son los signos y síntomas observados, determinando el ingreso o no a tto. El intervalo de SND es variable, dependiendo de lo observado y su evolución. Los turnos posteriores se registran en un cuaderno de seguimiento y son remitidos al CSAR virtualmente. Se realizan reuniones mensuales interinstitucionales con la finalidad de articular la toma de decisiones e intervenciones. Se genera, así, una red de acompañamiento al niño y su familia, entre el CDIyET - CSAR, con el objetivo de disminuir la deserción o asistencia irregular, permitiendo la integración unificada del seguimiento.

CONCLUSIONES:

Esta modalidad nos permite transformar cada encuentro en una intervención temprana y oportuna. La interdisciplina pone en juego lo intersubjetivo de los miembros del EI, que permite tener una visión integral RNAR, optimizando el diagnóstico y la toma de decisiones, constituyendo un grupo de referencia para la familia y el equipo de salud.

RETINOPATÍA DEL PREMATURO: SITUACIÓN EN ARGENTINA EN EL AÑO 2015



Lomuto C.¹; Alda E.²; Benítez A.³; Bouzas L.⁴; Brussa M.⁵; Cattaino A.⁶; Dinerstein A.⁷; Erpen N.⁸; Galina L.⁹; Marinero S.¹⁰; Quiroga A.¹¹; Sánchez C.¹²; Sepúlveda T.¹³; Visintín P.¹⁴

MINISTERIO DE SALUD¹; GRUPO ROP-MINISTERIO DE SALUD^{2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14}
<clomuto44@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

La Retinopatía del Prematuro (ROP) es la primera causa de ceguera en la infancia en Argentina. Desde hace 12 años el Grupo ROP Argentina se propone mejorar la prevención, diagnóstico y tratamiento de ésta patología, con activa participación de neonatólogos, enfermeros y oftalmólogos ("Referentes ROP") de todo el país, llevando adelante un Programa Nacional que depende del Ministerio de Salud Nacional.

PROPÓSITO:

Describir los resultados del año 2015, basados en un registro on line

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio multicéntrico, sección transversal, consecutivo.
Población: se registraron 8.068 prematuros de los cuales 2.505 fueron < 1.500g de PN y/o ≤ 32 semanas (s) de EG y el resto ≥ 1.500 g y/o 33-36 s de EG expuestos a factores de riesgo, provenientes de 89 UCIN (8 privadas) de 24/24 Provincias (217.023 nacimientos). Variables: PN, EG, pesquisa oftalmológica, Grados de ROP, tratamiento y lugar del mismo, factores de riesgo asociados.

RESULTADOS:

La pesquisa oftalmológica fue del 91%. Presentaron algún Grado de ROP el 12,2% de los niños, pero el 27% de los < 1.500g y el 48,5% en los < 1.000g. Los casos tratados fueron el 3%, pero el 7,9% en los < 1.500g y

el 18% en los < 1.000g. En los tratados, el promedio de PN fue de 1.140g (Mediana 1.010g; RI:840-1.310g) y la EG promedio de 28 s (Mediana 28s;RI :26-30s).El tratamiento se realizó con láser en 74% y con antiangiogénicos en 26%. El 80% de los niños fue tratado en la misma Unidad y el resto fue derivado. El 20% de los niños tratados fueron Casos Inusuales (≥1.500 g y/o de 33-36 s de EG). Se registraron 4 Oportunidades Perdidas (ROP Grado IV ó V). Se encontró asociación estadísticamente significativa con ROP y la presencia de factores de riesgo como uso de Oxígeno, RCIU, Sepsis y transfusiones.

CONCLUSIONES:

A pesar de las mejoras observadas en 12 años, la ROP aún es un problema de salud en Argentina, debido especialmente a deficiencias en la prevención (Ej: control en la saturación de oxígeno y otros factores de riesgo: infeccionales, nutrición, etc.) puesto en evidencia por la presencia de Casos Inusuales y Oportunidades Perdidas.

PREVALENCIA DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO CRÓNICO EN MADRES DE PREMATUROS MENORES DE 32 SEMANAS Y 1500 G AL NACER

SP
104

Rodriguez D.¹; Ceriani Cernadas J.²; Abarca M.³; Barrueco L.⁴; Edwards E.⁵; Lesta P.⁶

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES^{1,2,3,4,5,6}

<diana.rodriguez@hospitalitaliano.org.ar>

INTRODUCCIÓN:

El nacimiento de un bebé prematuro con muy bajo peso es una situación inesperada que puede ocasionar en las madres trastornos somáticos y psíquicos. El estrés que dura 6 o más meses, denominado estrés posttraumático crónico (EPTC) es de los trastornos observados. Sin embargo, son muy escasas las investigaciones que determinaron la frecuencia de EPTC en esa población. El objetivo principal de este estudio fue determinar la prevalencia de EPTC en madres de prematuros menores de 32 semanas de gestación y menos de 1500g al nacer. Los objetivos secundarios fueron evaluar las variables relacionadas al EPTC. En esta presentación preliminar se muestran la variable principal y algunas de las secundarias.

DISEÑO:

Estudio con diseño transversal mediante una encuesta a una cohorte de madres de prematuros menores de 32 semanas y peso < 1500 g.

MÉTODOS:

Se realizó en el Hospital Italiano de Buenos Aires entre marzo de 2013 y abril de 2015. Se incluyeron madres con embarazo único. Se excluyeron madres con trastornos psiquiátricos graves y si sus bebés presentaban malformaciones congénitas mayores, padecían retinopatía del prematuro con ceguera y/o hipoacusia grave. Variable principal de resultado: prevalencia de EPTC en las madres. Variables secundarias de resultado: factores de riesgo asociados. Se definió EPTC según la cuarta edición del Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV). Para

diagnosticar EPTC se empleó la Escala de Davidson validada. Para estimar una frecuencia de EPTC de 15%, el tamaño muestral fue de 160 madres. Las encuestas se realizaron en la Clínica de Seguimiento de Prematuros, auto-administradas y controladas por profesionales previamente entrenados que no pertenecen al programa de seguimiento.

RESULTADOS:

Se encuestaron 146 madres con una prevalencia de EPTC de 44,2% (65/146). El 47% de las madres de prematuros nacidos ≤ de 28 semanas presentaron EPTC vs el 41% en los nacidos entre 29 y 31,6 semanas (p=0,21). El 52% de madres de prematuros <1000g presentó EPTC vs 32% en los que pesaron entre 1000 y 1490g siendo la diferencia significativa (p= 0,034). Las tasas de EPTC según la edad materna y edad de los niños en el momento de la encuesta no fueron significativamente diferentes.

CONCLUSIÓN:

En este estudio preliminar, la prevalencia de EPTC en madres de prematuros pequeños fue muy elevada con relación a otros estudios. El peso al nacer menor de 1000 g se correlacionó significativamente a la mayor presencia de EPTC en las madres.

¿CÓMO LES VA A NUESTROS PREMATUROS CON LA ROP?

RPD
105

Menzio M.¹; Lenzano S.²; Diorio L.³; Aldaya I.⁴; Barbato A.⁵; Rodriguez M.⁶

MATERNIDAD PROVINCIAL DRA. TERESITA BAIGORRIA^{1,2,3,4,5,6}

<moclame70@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La Retinopatía del Prematuro (ROP) es una patología emergente del cuidado intensivo neonatal, y sus consecuencias la ubican como la primera causa de ceguera infantil en Argentina. Es considerada un indicador del cuidado neonatal seguro y de calidad.

OBJETIVO:

Evaluar la incidencia de ROP en nuestra UCIN, Maternidad Provincial "Dra. Teresita Baigorria" San Luis capital, en el período comprendido entre enero 2013 y diciembre 2015.

POBLACIÓN:

Todos los recién nacidos asistidos en dicho período (propios y derivados)

MATERIAL Y MÉTODO:

Diseño observacional, retrospectivo, descriptivo. Se revisaron: Sistema Informático Perinatal (SIP), libro de Partos, Sistema de Doble Registro de ROP.

RESULTADOS:

En nuestro Servicio, en el período 2013-2015, nacieron 7644 RN. El total de internados fue de 1491 RN, con un porcentaje de menores de 1500 grs del 11,5% cuya sobrevivencia fue 74,4%, mayor en comparación con el promedio en Argentina.

Del total de RN internados, desarrollaron ROP 25 RN (1,67%). De ellos requirieron tratamiento 3 RN (2 LASER, 1 BEVACIZUMAB) (12%). Siendo los casos de ROP y LASER menor al promedio nacional.

Los casos inusuales fueron 4 RN (16%) (Resto del país 17%), y las oportunidades perdidas 0.

CONCLUSIÓN:

Consideramos que los resultados son bastante alentadores, si bien en el 2014 aumentaron los casos que requirieron LASER de 1 a 2 (ingresaron nuevas enfermeras/os al servicio y comienza la regionalización), luego, en el 2015, mejoró la situación. Los casos de ROP y LASER fueron menores al promedio nacional en este período. Pero hay que aumentar el control oftalmológico (86% OBI) y continuar con las medidas preventivas. Si bien no contamos con LASER en la provincia, no hubo que derivar los pacientes que lo requirieron en dicho período.

DOSIFICACION DE ANTIINFECCIOSOS EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL DE SALTA

SP
107

Ocaña V.¹; Velasquez M.²; Soria E.³; Sánchez C.⁴

HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL^{1,2,3}; UNIVERSIDAD NACIONAL DE SALTA⁴
<virginiaocana@yahoo.com>

INTRODUCCIÓN:

Para la prevención de eventos adversos asociados a la atención médica se requieren intervenciones sistémicas. El sistema de dispensación de medicamentos por dosis unitaria (SDMDU) ha demostrado ser el más eficiente para prevenir el riesgo asociado al uso de medicamentos. A partir de su implementación en Neonatología se pudo detectar una elevada variabilidad en las dosis de algunos antiinfecciosos.

OBJETIVO:

Contrastar sistemáticamente las dosis de antiinfecciosos indicadas según peso y edad postmenstrual con los valores teóricos calculados según el vademécum de la Unidad. Población: Neonatos internados desde el 1/12/2013 al 31/5/2014. Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal de las prescripciones de Ampicilina, Gentamicina, Amikacina, Meropenem, Imipenem, Vancomicina y Anfotericina B. Se compararon las dosis/kg/día prescritas con las teóricas y se analizó la frecuencia de desvíos positivos y negativos para cada caso empleando pruebas T pareadas.

RESULTADOS:

Para los 7 antiinfecciosos estudiados se recibieron 1255 indicaciones correspondientes a 177 pacientes. Comparando individualmente cada dosis prescrita con la calculada, se encontró que en un 21% de los casos ambas eran idénticas, en un 42% las dosis prescritas eran superiores y en 37 % eran inferiores. No se encontraron diferencias estadísticamente

significativas para Amikacina, Ampicilina, Anfotericina B e Imipenem pero fueron altamente significativas las diferencias para Vancomicina ($p < 0,0001$), Meropenem ($p=0,0006$) y Gentamicina ($p=0,0001$). Se observó que solo 5 de los 22 profesionales (23%) que prescribieron Vancomicina emplearon la dosis recomendada, 15 indicaron una dosis promedio más alta y 2 una dosis promedio más baja. Para Meropenem, 9 de 19 médicos (47%) emplearon la dosis de referencia, 5 utilizaron una dosis promedio mayor y 5 una menor. Con Gentamicina se observó que 14 de 26 médicos (53%) emplearon las dosis recomendadas, 10 usaron una dosis mayor y 2 indicaron una inferior. Discusión: La adhesión al vademécum dependió de la droga y del médico prescriptor. Esta situación estaría favorecida por la múltiple oferta de bibliografía y por factores del paciente como respuesta al tratamiento.

CONCLUSIONES:

Para la validación de las prescripciones será necesario unificar criterios. Se propone realizar el análisis de las historias clínicas para evaluar el impacto de las dosis empleadas en la evolución de los pacientes.

GASTROSQUISIS: REVISIÓN DE 24 PACIENTES NACIDOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS NEONATALES (UCIN) NIVEL 3 B DURANTE EL AÑO 2015.

RPD
109

Lavecchia C.¹; Pico Zingone A.²; Ritz A.³

HOSPITAL NACIONAL ALEJANDRO POSADAS^{1,2,3}
<claulav@live.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

La gastrosquisis (GQ) es un defecto congénito de la pared abdominal a la derecha de la línea media que permite la evisceración del intestino a la cavidad amniótica. Su incidencia es de 1 cada 4000 nacimientos vivos.

OBJETIVOS:

- 1) Definir características epidemiológicas y clínicas de los RN con GQ
- 2) Analizar tratamientos realizados y complicaciones asociadas.
- 3) Conocer la incidencia de ésta patología durante el período señalado.

TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo, transversal y observacional de los pacientes con GQ.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se analizaron el total de los pacientes con diagnóstico de GQ (24 historias clínicas) nacidos en la UCIN del Hospital Nacional A. Posadas durante el periodo comprendido entre enero a diciembre de 2015. Las variables que se consideraron fueron: características poblacionales, malformaciones asociadas, tratamiento, complicaciones y mortalidad.

RESULTADOS:

El 100% de los pacientes contaban con diagnóstico prenatal, nacieron por cesárea y no presentaron malformaciones asociadas. El 79,1% pertenecían al área de influencia del hospital. El número de nacidos vivos fue de 3336, siendo la incidencia de ésta patología el 7,1‰. El 45,8% eran primiparas y la mediana de edad fue de 19,5 años (rango de 15 a 30). La mediana para edad gestacional fue de 36,1 semanas (R 30,2-40,3) y para el peso de 2.505 gr (R 1.495-3.720). No se hallaron diferencias

entre ambos sexos. Presentaron GQ complejas 16,6%. Del total, al 70,8% se le realizó cierre 1°, diferido al 16,6% y silo de Schuster al 12,5%. La mediana de internación fue 28 días (R 1-155); el de inicio de alimentación enteral de 14 días (R 7-48), el de NPT fue de 20,5 días (R 5-77); y el de ARM fue de 9,5 días (R 1-82). Fallecieron el 25% de los pacientes. Las complicaciones más frecuentes fueron las infecciones intrahospitalarias (62,5%), colestasis (20,8%), intestino corto (8,3%) y NEC (4,1%).

CONCLUSIONES:

Parecería haber asociación entre la aparición de GQ en neonatos y madres jóvenes. La elección del cierre primario como primera opción terapéutica ha permitido mantener la mortalidad dentro de valores similares a los reportados mundialmente (16 al 25%).

IMPORTANCIA DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA DE UN HOSPITAL PÚBLICO-CABA

RPD
110

Bertani C.¹; Mato K.²; Campese G.³; Chaves V.⁴; Ricarte C.⁵; Moldovan M.⁶

HOSPITAL DURAND^{1 2 3 4 5 6}

<gabrielabertani@hotmail.com>

OBJETIVO:

Transmitir la experiencia del trabajo interdisciplinario en la Unidad de Neonatología del Hospital Durand-CABA durante el período 1/1/2015 al 31/12/2015

MATERIAL Y MÉTODO:

Registro de actuación profesional en el período antes descripto.

DISEÑO:

Retrospectivo y descriptivo desde un enfoque cualitativo de un equipo interdisciplinario durante la internación y el seguimiento postalta por consultorios externos.

RESULTADOS:

Aplicando al abordaje, una serie de indicadores del trabajo interdisciplinario, observamos en la mayoría de los casos: a) La existencia de un feedback entre el equipo de Salud de Neonatología, Psicología y Servicio Social; b) El arribo a un diagnóstico y tratamiento de los pacientes más profundo y operativo a partir de intervenciones interdisciplinarias; c) Espacios de aprendizaje para todos, articulando la propia mirada, con la de otros integrantes del equipo, que permite enriquecer el pensamiento y satisfacer la necesidad psicológica de dar sentido al propio quehacer; d) Un mayor disfrute del trabajo al percibir que los aportes pueden ser valorados y reconocidos, por sí mismos y por los otros, como parte de un proyecto; e) El desarrollo de responsabilidades compartidas ante decisiones complejas, y por lo tanto mayor contención al delegar las tareas que uno no puede desarrollar y permitir ver al paciente y su familia desde

otras ópticas, f) La construcción de una mirada global de los pacientes a partir de integrar la mirada profesional de los miembros del equipo.

CONCLUSIONES:

Los aspectos de la modalidad identificados fueron: 1) La respuesta operativa del equipo interdisciplinario a la convocatoria por parte del médico de cabecera durante la internación del niño y su familia en Neonatología (UCIN, Internación Conjunta), en la mayoría de los casos resultó ser oportuna. 2) Permitted la evaluación conjunta de la situación-problema que se planteaba, el intercambio y la toma de las decisiones. 3) El diálogo abierto e inclusivo a las distintas perspectivas entre dicho equipo, favoreció las decisiones respecto a intervenciones tales como: la inclusión de acompañantes hospitalarios, derivación a organismos de protección de derechos de niñas y adolescentes, las derivaciones a otros servicios, el alta hospitalaria con un vínculo madre/bebe fortalecido. 4) El conocimiento de la madre/padre respecto al equipo de profesionales previo al alta mejoró la accesibilidad al sistema y el vínculo con el hospital en la post alta por lo cual alienta la adherencia a controles y tratamientos. 5) La modalidad de trabajo tiene que ver con establecer espacios de intercambio interdisciplinario y promover lugares físicos concretos acordes para realizar las interconsultas. 6) La realización de talleres semanales para padres, donde se abordaron diferentes temáticas orientadas a la estimulación y capacitación de los padres en el cuidado del bebé durante la internación, funcionaron como parte del acompañamiento durante la internación y la preparación para el alta favoreciendo el vínculo madre/bebé/familia.

MENINGOENCEFALITIS NEONATAL EN POR VIRUS HERPES: REPORTE DE UN CASO

RPD
111

Aguilar A.¹; García N.²; Lajad Avellaneda G.³

HOSPITAL PAPA FRANCISCO SALTA¹; HOSPITAL PUBLICO MATERNO INFANTIL SALTA^{2 3}

<adrian.aguilar.salta@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La incidencia de meningoencefalitis herpética, es relativamente baja, 1 cada 3000 recién nacidos (RN) vivos, su morbimortalidad es elevada, más aún, si se demora el diagnóstico y el inicio del tratamiento.

OBJETIVO:

Presentar un caso clínico de meningoencefalitis herpética de adquisición perinatal y de presentación inusual.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 37 semanas, 3630 gramos, sexo femenino, que nació por parto vaginal, vigorosa, 4 controles prenatales, serologías maternas negativas y que egreso de internación conjunta como un RN sano.

Ingreso al servicio de neonatología a los 5 días de vida por presentar hiperbilirrubinemia neonatal, para tratamiento fototerápico, al momento de la internación presentaba lesiones pustulosas y costrosas en región occipital del cuero cabelludo, sin otra manifestación clínica y con la paciente en buen estado general, se asumió como impétigo del cuero cabelludo, se tomaron cultivos y se inició tratamiento con cefalotina y gentamicina, con buena evolución de las lesiones, aunque, se evidenciaron algunas lesiones vesiculosas occipitales. El examen cito-físico-químico del líquido cefalorraquídeo (LCR) fue normal y todos los cultivos negativos.

Al quinto día de internación (10 días de vida) presentó fiebre persistente, aspecto séptico y convulsiones tónico-clónicas generalizadas. Se tomaron nuevamente cultivos y muestra de LCR para realizar reacción en cadena de la polimerasa (PCR), para la detección de virus herpes simple 1 y 2, se objetivó examen cito-físico-químico de LCR patológico (200 células,

60% de mononucleares, 40% de polimorfonucleares) se roto esquema antibiótico a vancomicina, cefotaxima y aciclovir.

La posterior evolución de la paciente fue hacia la hipotonía, succión inefectiva, letargia, fiebre sostenida y convulsiones clónicas del hemisferio izquierdo, como anticonvulsivantes recibió fenobarbital y difenilhidantoina.

A los 10 días de internación (15 días de vida) se confirmó el diagnóstico de meningoencefalitis herpética, se realizó examen ginecológico de la madre, sin constatar lesiones compatibles con herpes genital.

La ecografía cerebral mostro edema. Las imágenes por resonancia magnética evidenciaron lesiones hiperintensas en ambas regiones temporales, frontal medial, ínsula y región occipital derechas. El electroencefalograma de sueño, informó desorganización del ritmo de base, espiga fronto-temporal izquierda. El fondo de ojo y las otoemisiones acústicas no mostraron alteraciones.

La paciente evolucionó en forma favorable recuperando progresivamente succión efectiva, tono muscular y movimientos activos, sin presentar nuevos episodios convulsivos a partir del quinto día de iniciado el tratamiento específico. Cumplió 21 días de aciclovir egreso y continuó seguimiento por alto riesgo.

CONCLUSIONES:

La sospecha clínica debe estar siempre presente, porque puede no haber lesiones objetivables en la madre e inicialmente el LCR puede ser normal. La presunción diagnóstica y el inicio oportuno del tratamiento específico de esta entidad, pueden disminuir significativamente su morbimortalidad.

ESTADO DE SALUD Y DISCAPACIDAD A LOS DOS AÑOS Y PROCESOS DE ATENCIÓN EN PREMATUROS EN MATERNIDADES PÚBLICAS DE ROSARIO



Levinson L.¹; Angaroni R.²; Arroyo F.³; Capoulat E.⁴; Coletto M.⁵; Lopez Condemarin P.⁶; Maccarrone A.⁷; Rossi A.⁸

HOSPITAL CENTENARIO^{1,4,7,8}; HOSPITAL PROVINCIAL²; SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPALIDAD DE ROSARIO³; HOSPITAL ROQUE SAENZ PEÑA⁵; MATERNIDAD MARTIN⁶
<lauralevinson@yahoo.com.ar>

Opción a premio

INTRODUCCIÓN:

La prematuz e ejerce una marcada influencia sobre la mortalidad infantil. Los niños prematuros poseen marcadas desventajas respecto a los recién nacidos sanos. Sus condiciones diferentes y definidas de salud los exponen a una probabilidad mayor de secuelas, patologías crónicas y muerte en la primera infancia.

OBJETIVOS:

Analizar el estado de salud de niños ex prematuros (ExPT) y con muy bajo peso al nacer, comparados con un grupo control (GC) de nacidos de término. Evaluar el proceso de atención posterior al alta hospitalaria recibida.

MÉTODOS:

Se estudió a 66 niños ExPT a los dos años de edad corregida y 49 niños de dos años nacidos sanos (todos nacidos en cuatro maternidades públicas de Rosario entre enero de 2011 y marzo de 2012). Se evaluó y comparó la frecuencia de compromiso de distintos componentes del estado de salud: desarrollo cognitivo (escala CAT/CLAMS), examen neurológico (grilla Amiel-Tisson), función motora (escala GMFS), audición, función visual y crecimiento por antropometría. Se definió la presencia o no de discapacidad moderada o grave. El proceso de atención se evaluó por datos de las historias clínicas y entrevistas a las familias.

RESULTADOS:

Se obtuvo neurodesarrollo acorde en el 75% de ExPT y en el 100% del GC ($p < 0.01$), retraso cognitivo en el 44% de ExPT y 21% GC (OR2,9; IC95%

1,2-6,9) y baja talla en el 15% de ExPT y 2% en el GC ($p < 0,04$). Hubo diferencias muy significativas de discapacidad total entre ambos grupos. En la descripción del proceso de atención de ExPT, los controles de salud fueron adecuados en un 50% y parcialmente adecuados en un 27,3%.

CONCLUSIONES:

Los pacientes prematuros presentaron mayor compromiso del estado de salud que la población control. Los factores socioeconómicos tuvieron impacto en el resultado de discapacidad. La evaluación del proceso de atención fue inadecuada en la mayoría de los pacientes

USO NO INVASIVO DE OXIDO NÍTRICO EN EL SÍNDROME DE HIPERTENSIÓN PULMONAR PERSISTENTE DEL RECIÉN NACIDO. REPORTE DE UNA SERIE DE CASOS.



Baldini L.¹; Bernatzky A.²; León Mackenzie M.³; Racioppo N.⁴; Marquez Bravo M.⁵; Mariani G.⁶

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES^{1,2,3,4,5,6}
<luisa.baldini@hospitalitaliano.org.ar>

INTRODUCCIÓN:

La hipertensión pulmonar persistente del recién nacido se caracteriza por un aumento sostenido de la resistencia vascular pulmonar, resultando en un shunt de derecha a izquierda, con hipoxemia asociada. Varios estudios han demostrado que el uso de óxido nítrico inhalado (iNO) ayuda a reducir la hipertensión pulmonar en recién nacidos a término, logrando mejor oxigenación. La forma clásica de administración de iNO es a través de un circuito cerrado añadido al respirador, llevando el iNO directamente a los pulmones. No obstante el iNO podría ser administrado por métodos no invasivos.

OBJETIVOS:

Presentar 3 casos clínicos en los que se utilizó iNO de forma no invasiva.

POBLACIÓN:

Recién nacidos a término, en Hospital Italiano de Buenos Aires y sede San Justo.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realizó una revisión retrospectiva de historias clínicas de 3 pacientes asistidos con iNO no invasivo.

RESULTADOS:

Primer caso: Recién nacido 41 semanas, 4.395 grs, nacido por cesárea. A las 6 hrs de vida comenzó con dificultad respiratoria, con requerimientos de O₂ al 100%, hipertensión pulmonar, diagnosticada clínicamente y por ecocardiograma. Por presentar buena mecánica respiratoria, se inicia iNO por halo cefálico. A las 48 hrs suspende iNO. Suspende O₂ a los 5 días

de vida. Se otorga egreso hospitalario a los 7 días de vida. A los 5 meses presentó neumotórax masivo derecho recidivante por lo que se realizó neumonectomía derecha. Resultado de la anatomía patológica: malformación congénita de la vía aérea: Malformación Adenomatoides Quística. Segundo caso: Recién nacido 40 semanas, 3.960 grs, cesárea de urgencia por bradicardia fetal. Apgar 1/6/7, líquido meconial. Presentó cuadro compatible con SALAM, requiriendo O₂ con FIO₂ 70% con adecuada mecánica ventilatoria. Presentó hipertensión pulmonar, por lo que se inició iNO por halo. Cumplió 3 días de tratamiento con iNO. A los 8 días de vida suspendió oxigenoterapia. Se otorga egreso hospitalario a los 10 días de vida.

Tercer caso: Recién nacido 37 semanas, 2.525 grs; cesárea por preeclampsia materna, apgar 9/10, a la 3 hrs de vida presentó hipoxemia, hipoglucemia e hipotermia. Se administró O₂ con FIO₂ al 100%, logrando saturación máxima 90%. A las 4 horas de vida se inició iNO por halo, presentando rápidamente descenso en los requerimientos de O₂. Se realizó diagnóstico de atresia esofágica tipo III. Al 4° día de vida se realizó corrección quirúrgica. Permaneció en ARM durante 6 días, permaneció internado por 44 días.

CONCLUSIÓN:

Es factible la administración de iNO de forma no invasiva a través de halo cefálico.

VALORIZACIÓN DEL IMPACTO DEL CURSO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN PADRES DE RECIÉN NACIDOS EN EL COMPLEJO MEDICO POLICIAL CHURRUCA VISCA

RPD
116

Farinella G.¹; Turturici M.²; Sarmiento I.³; Stalteri C.⁴; Silva N.⁵; Diaz C.⁶; Molera M.⁷

COMPLEJO MEDICO CHURRUCA VISCA^{1,2,3,4,5,6,7}

<graciela.farinella@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Los cursos de reanimación cardiopulmonar (RCP) son una actividad educativa, dirigida a padres de recién nacidos de riesgo para la prevención de la muerte por paro cardiorrespiratorio (PCR). Brindan conceptos básicos de reanimación y práctica en muñecos con el objetivo de actuar en forma precisa, ordenada y reduciendo la ansiedad en situación de emergencia. El PCR en niños extrahospitalario es infrecuente, pero con poca sobrevida y alta morbilidad. Hay estudios que han demostrado una supervivencia mayor y menos trastornos neurológicos en infantes que habían recibido alguna maniobra. La Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) recomienda que nadie fallezca sin haber iniciado RCP, este logro requiere de una intervención educacional en la población.

OBJETIVO:

Explorar el conocimiento e impacto en la confianza de padres para reaccionar ante una situación de PCR en lactantes, luego de haber realizado el curso de RCP

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio prospectivo experimental de evaluación de una intervención educativa con comparación antes-después sobre una muestra de 100 puérperas internadas en el CMPFACH-V que voluntariamente aceptaron realizar el curso. Se registrará edad, número de hijos y nivel de instrucción. Se evaluarán conocimientos con preguntas de opción múltiple antes y después de realizar el curso y la confianza ante el planteo de situaciones riesgosas y desempeño de las maniobras con muñecos.

RESULTADOS:

Observamos un bajo nivel de conocimientos pero un cambio significativo en la evaluación teórica tras la realización del curso 53.5 (11.1-88.8) vs 91.1 (61-100). Los resultados no fueron afectados por la edad, nivel educativo ni número de hijos previos.

Asimismo demostraron seguridad de actuar ante una situación de PCR en maniqués.

DISCUSIÓN:

Aunque en nuestra cohorte observamos un bajo nivel de conocimientos en este tema, se generó un cambio positivo significativo tras la realización del curso. Además demostraron seguridad al actuar ante un simulacro de PCR con los maniqués. También han manifestado gran interés en relación a temas de salud que les pueda ser cercano y útil en su vida cotidiana. Estos resultados no fueron afectados por la edad, nivel educativo ni número de hijos previos.

Dado que el PCR no siempre puede ser previsto y que tanto la posibilidad como la calidad de vida se ven beneficiadas en aquellos niños que recibieron RCP, pensamos que esta experiencia positiva, debería ser expandida a todos los padres que egresan de neonatología y a sus cuidadores.

Creemos que la implementación de un programa de entrenamiento a toda población involucrada en el cuidado de RN tendría un impacto positivo en la morbimortalidad infantil.

EXPERIENCIA CON ANTITOXINA BOTULÍNICA. REPORTE DE UN CASO

RPD
117

Cerutti N.¹; Sánchez N.²; Vaca Villarroel C.³

CLÍNICA Y MATERNIDAD DEL SOL^{1,2,3}

<natalia_cerutti@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El botulismo infantil es una enfermedad poco frecuente y potencialmente letal de no tratarse oportunamente. Su difícil diagnóstico se debe a que su presentación es similar a otros cuadros clínicos. El 90% de los casos ocurre en niños menores a 6 meses y el tratamiento específico (antitoxina botulínica equina) disminuye la morbimortalidad. La toxemia intestinal es el mecanismo etiopatogénico más frecuente.

OBJETIVO:

Destacar los beneficios del diagnóstico y tratamiento precoz del Botulismo infantil.

CASO CLÍNICO:

Lactante de 38 días, previamente sano y alimentado a pecho, ingresa a UTIN por disnea, mala actitud alimentaria e hipoactividad de tres días de evolución. Afebril, deshidratado y en insuficiencia cardiorrespiratoria recibió tratamiento para shock séptico. Laboratorio: LCR, estudios ecográficos y cultivos normales. A las 72 h. presenta hipotonía simétrica e hiporreflexia, con reflejo pupilar ausente. Al indagar, sus padres relatan estreñimiento días previos y que habitan en una vivienda en construcción. Al 6° día del ingreso se confirma toxina botulínica tipo A en heces y suero. Se indica antitoxina botulínica a 500 UI/kg/d con progresiva recuperación motora, pudiéndose suspender ARM tras 16 días. Alta tras 25 días de internación y en franca recuperación motriz.

DISCUSIÓN:

Más del 90% de los casos reportados de botulismo infantil se presentan inicialmente con hipotonía, rechazo alimentario, letargo y estreñimiento. Por ello puede confundirse inicialmente con un cuadro encefalopático o séptico, como en nuestro caso. La sospecha diagnóstica surgió ante la aparición de hipotonía, constipación y reflejo fotomotor nulo, con progreso a parálisis flácida simétrica y compromiso respiratorio. Tras la confirmación de laboratorio se administró antitoxina botulínica, de uso discutido. En nuestro paciente se acompañó de una reducción de días de ARM y estadía en UTIN, a semejanza con otros reportes de pacientes tratados.

CONCLUSIÓN:

Se debe considerar el botulismo infantil entre los diagnósticos diferenciales de los niños con parálisis flácida y propiciar el tratamiento específico en forma precoz.

MORBILIDADES DE PACIENTES RECIÉN NACIDOS PREMATUROS QUE RECIBIERON TRATAMIENTO CON INDOMETACINA. INSTITUTO DE MATERNIDAD Y GINECOLOGÍA NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES

RPD
119

Vázquez M.¹; Neme J.²; Paz A.³

INSTITUTO DE MATERNIDAD Y GINECOLOGÍA NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES^{1 2 3}

<fervazquez85@hotmail.com>

El ductus arterioso permeable (DAP), estructura vascular que conecta la aorta descendente proximal con la arteria pulmonar principal. Continúa siendo una causa importante de mortalidad y morbilidad en recién nacidos prematuros (RNPT), se produce en el 60 % de los menores de 28 semanas de edad gestacional (SEG), tras el cierre del DAP varios estudios demuestran una mejoría de la función pulmonar y de parámetros ventilatorios en RNPT con síndrome de distress respiratorio; las alteraciones cardiovasculares y del flujo sanguíneo cerebral, mesentérico y renal también revierten tras su cierre.

OBJETIVOS:

Determinar la frecuencia de los RNPT con diagnóstico de DAP entre Abril de 2015 y Enero de 2016. Describir los pacientes tratados con Indometacina según edad, sexo y peso. Determinar las morbilidades de los pacientes pretérmino tratados con Indometacina en el servicio de neonatología.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio descriptivo de corte trasversal, se incluyeron RNPT internados en la institución de 26-32 SEG con diagnóstico de DAP, las variables en estudio fueron: edad, sexo, peso, morbilidades en RNPT que recibieron Indometacina, asociación entre displasia broncopulmonar y tipo de tratamiento.

RESULTADOS:

Se observó que la frecuencia de RNPT con DAP fue del 24% (24), de los cuales 17 pacientes fueron tratados con Indometacina, el 41% (7) fueron de 30-32 SEG, el 47% (8) fueron de 1.000- 1.249 gr, el 53% (9) fueron de sexo masculino, la displasia broncopulmonar fue la morbilidad de mayor frecuencia de quienes recibieron Indometacina y no hubo asociación entre displasia broncopulmonar y tipo de tratamiento.

USO DE ÓXIDO NÍTRICO INHALADO. UNA EXPERIENCIA. INSTITUTO DE MATERNIDAD Y GINECOLOGÍA NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES.

RPD
120

Paz A.¹; Navarrete S.²; Juárez C.³; Vázquez M.⁴

INSTITUTO DE MATERNIDAD Y GINECOLOGÍA "NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"^{1 2 3 4}

<angelarominapaz@hotmail.com>

Está demostrada la utilidad del óxido nítrico inhalado (ONi) en el tratamiento de pacientes con Síndrome de dificultad respiratoria o con Hipertensión pulmonar, como vasodilatador pulmonar selectivo. Fue menester conocer los criterios empleados en la administración de ONi y los resultados finales. Los objetivos fueron: establecer los diagnósticos o condiciones clínicas de los Recién Nacidos tratados con ONi. Estimar la frecuencia de los pacientes con Hipertensión pulmonar, y gravedad de los que fueron tratados con ONi. Determinar los Índices de oxigenación al ingreso. Conocer el tiempo de administración de ONi. Evaluar la respuesta en la población estudiada. Establecer la relación entre diagnóstico de ingreso y su respuesta. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte trasversal. La población: 29 pacientes con 34 Semanas de Edad Gestacional o más, con diagnóstico de Insuficiencia respiratoria grave, Hernia Diafrágica Congénita u otro diagnóstico que requirieron administración de ONi. Se analizaron historias clínicas y registros de pacientes entre Agosto de 2013 y Diciembre de 2015. Resultados encontrados: Diagnóstico más frecuente de ingreso: Hernia Diafrágica Congénita 41% (12). El 86% (25) presentaron Hipertensión pulmonar; de los cuales 64% (16) fue moderada. El 92% (22) presentaron Índice Oxigenación hasta 30 al ingreso de la terapéutica. Duración de hasta 24 horas en el 45% (13). Respondieron al ONi, un 52% (15). No se encontró asociación significativa entre el diagnóstico de ingreso y la respuesta al ONi. Palabras claves: Óxido nítrico inhalado, hipertensión pulmonar.

SECUELAS NEUROLÓGICAS Y RESULTADOS EN EL NEURODESARROLLO A LOS 12 MESES EN NIÑOS QUE RECIBIERON TRATAMIENTO CON HIPOTERMIA CORPORAL TOTAL POR ENCEFALOPATÍA HIPÓXICO-ISQUÉMICA (EHI) NEONATAL.

PO
123

Binda M.¹; Russo G.²; Borroni R.³; Aspres N.⁴; Brundi M.⁵; Balanian N.⁶; Solana C.⁷

HOSPITAL MATERNO INFANTIL RAMON SARDÁ^{1,2,3,4,5,6,7}

<mvictoriabinda@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La EHI neonatal continúa siendo una causa importante de morbimortalidad en la infancia. Se trata de un conjunto de signos neurológicos secundarios a un episodio de asfisia perinatal. Es un proceso que puede modularse mediante neuroprotección con hipotermia corporal total, que ha demostrado disminuir la muerte y discapacidad severa.

OBJETIVO:

Describir las secuelas neurológicas y resultados en el neurodesarrollo al año de vida en pacientes con EHI moderada y grave que recibieron tratamiento con hipotermia corporal total, ingresados al programa de seguimiento del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Descriptivo, transversal. Inclusión: RNT con EHI moderada y grave que recibieron tratamiento con hipotermia corporal total evaluados al año de edad.

RESULTADOS:

Desde el inicio del programa ingresaron 18 pacientes. 13 niños fueron evaluados a los 12 meses. Se excluyó un niño judicializado. El 69,2% presentó EHI moderada y grave el 30,7%. Presentaron convulsiones las primeras horas de vida el 92,3%. El EEG durante la primera semana fue anormal en el 76,9% de los casos. La resonancia magnética cerebral

realizada entre los 7 y 10 días de vida mostró lesiones en el 46,1%. En el 38,4% de los niños se diagnosticó epilepsia antes del año de vida. La Escala de Desarrollo Psicomotor de Rodríguez evidenció coeficiente de desarrollo Normal en el 53,8% y Riesgo en el 7,6%. El 38,4% de los niños no pudo ser evaluado por métodos estandarizados por presentar severo compromiso motor y/o neurosensorial, con potenciales evocados visuales patológicos en el 30,7%.

CONCLUSIONES:

Las secuelas de la EHI afectan primordialmente a los sistemas motor y neurosensorial. También suelen asociarse déficit cognitivo, trastornos de la conducta y epilepsia. Los resultados en nuestra población muestran una tendencia similar a lo reportado en estudios internacionales respecto a tipo y grado de las secuelas y su relación con la gravedad de la encefalopatía neonatal, sin dejar de lado que la evolución a largo plazo del neurodesarrollo es multifactorial, por lo que se debe brindar a estas familias un plan de seguimiento integral mediante un equipo interdisciplinario.

DEFECTOS DEL TUBO NEURAL Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN NEONATOS NACIDOS ENTRE LOS AÑOS 2011- 2013 EN EL INSTITUTO DE MATERNIDAD Y GINECOLOGÍA NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES

RPD
126

Campos A.¹; Martínez A.²; Montanari D.³; Mortarotti N.⁴

INSTITUTO DE MATERNIDAD Y GINECOLOGÍA NRTA SRA DE LAS MERCEDES^{1,2,3,4}

<candreac_81@hotmail.com>

Las malformaciones congénitas presentan elevada morbimortalidad, siendo de interés en salud pública. Se cree que tanto factores genéticos como ambientales contribuyen a la etiología de estas malformaciones.

OBJETIVOS:

Identificar la presencia de factores de riesgo. Determinar la frecuencia de DCTN. Analizar la frecuencia de edad gestacional, sexo, peso y residencia para los niños en estudio. Relacionar dichas variables entre los RN que presenten o no DCTN. Se realizó un estudio de caso y controles. La población bajo estudio está constituida por las embarazadas y los niños que hayan nacido vivos durante el periodo 2011-2013 en el Instituto de Maternidad y Ginecología Ntra. Sra. De las Mercedes. El total de niños estudiados fueron 96. Se registraron los recién nacidos con DCTN y se tomaron a 2 recién nacidos sanos durante ese mismo periodo. Se realizó un análisis descriptivo de las variables bajo estudio y el de asociación mediante el cálculo de OR, IC 95% y test CHI-cuadrado. Se usó un nivel de significancia $\alpha=0,05$.

RESULTADOS:

Se dividió a la provincia de Tucumán en 4 regiones, de acuerdo a las áreas programáticas y se observó que el 41% (13) de los niños con DCTN pertenecen a la región este con alto índice de NBI y madres con CPN inadecuados. Se observó la edad materna de bajo riesgo en un 59% (19) de los niños con DCTN. La mayoría de estas madres pertenecen a la región este, el 37% presento enfermedades maternas y 3 se expusieron a teratógenos. De las variables Enfermedades maternas, no se encontró asociación significativa con la presencia de DCTN. Las que no presentaron

enfermedades maternas un 48% (11) fueron edades maternas de riesgo, seguidos de un igual porcentaje para madres múltiples y con 56% no presento consumo de ácido fólico. Además la mitad de ellas no presento CPN adecuados. De la variable paridad, se presentó un 47% (15) de madres secundigestas y múltiples, en los niños con DCTN. Presentaron abortos previos un 12% (4) de los niños con DCTN. En este estudio se registraron 2 casos de gemelos, uno correspondió a un trillizo con anencefalia y el otro corresponde a un gemelo con encefalocele. Ambas no presentaron consumo de ácido fólico y con presencia de enfermedades maternas. De los niños con DCTN se observó la mayor frecuencia de los recién nacidos de término (RNT) en un 84% (27). Se detectó que de los recién nacidos pretérminos (RNPT), fueron anencefálicos y con encefalocele. De los RNPT tanto anencefálicos como los que presentaron encefalocele, se detectó que las madres no presentaron CPN adecuados. En este presente estudio solo se reportaron 10 casos de mujeres, de las cuales 4 eran anencefálicas y 6 presentaron MMC, al contrario de lo que dice la bibliografía en donde los defectos altos predominan en el sexo femenino.

CONCLUSIÓN:

No se pudo determinar un factor de riesgo significativo. Esto se cree que es debido a la falta de buen registro en las historias clínicas de todos los factores. Además los RN de nuestra institución presentan madres que no poseen CPN adecuados, por lo que habría que estudiar no solo cada variable en particular sino como un todo. Se propone que dentro de las HC o carnet de nacimiento del recién nacido, se realizara un registro de los factores de riesgo presentes y con esto ayudaría a la consejería genética.

PATOLOGIA NEUROQUIRURGICA EN TERAPIA INTENSIVA NEONATAL (TIN) DE UN HOSPITAL GENERAL DE NIVEL 3 B

RPD
127

Espino S.¹; Janer M.²; Brunori E.³

HOSPITAL POSADAS^{1,2,3}

<soniaespino68@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Las alteraciones de la formación del tubo neural varía en las diferentes poblaciones entre 0,8-1/1000 nacidos vivos. La hidrocefalia es la complicación más importante de los mielomeningoceles lumbosacros. Se presenta en un 90% de los casos y se asocia a la malformación de Arnold Chiari II en un 70% de los casos.

OBJETIVOS:

Determinar la incidencia y evolución de las patologías neuroquirúrgicas en TIN.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio: Descriptivo, retrospectivo, observacional.

Se revisaron las historias clínicas de los pacientes internados en TIN con patología neuroquirúrgica desde el 1 de enero al 31 de diciembre del 2015.

RESULTADOS:

Total: 28 RN con patología neuroquirúrgica. Incidencia: 8,4/1000 RN vivo. Incidencia por patología: Hidrocefalia: 1,4/1000. Holoprosencefalia: 3,3/1000. Mielomeningocele cerrado: 0,5/1000. Mielomeningocele abierto: 3/1000.

Antecedentes perinatales: Parto: cesárea 27/28.; EG (mediana): 37 (R: 31-39); Prematuros 3/28; Peso Nacimiento (mediana): 3290 (R: 1185-4030); edad materna (mediana): 27 (R: 15-42).

Evolución: Hidrocefalia: n: 5. Derivación ventrículo peritoneal: 5, síndrome genéticos: 5, pie bot: 3, ARM: 1, pioventriculitis: 1 (SAMR), fallece: 1.

Holoprosencefalia: n: 11. Derivación ventrículo peritoneal: 5, síndrome genético: 4, ARM: 2, pioventriculitis: 2 (ABA/S. Aureus), fallecen: 2, se derivan Hospital Elizalde: 2, Síndrome Dandy Walker: 1. Mielomeningocele cerrado: n: 2; derivación ventrículo peritoneal: 1, pie bot: 1, síndrome genético: 1. Mielomeningocele abierto: n: 10, derivación ventrículo peritoneal: 6, pie bot: 1, síndrome genético: 2, Arnold Chiari II: 4. Todas las disrafias fueron intervenidas quirúrgicamente.

Todos los RN presentaron ecografía prenatal que se corroboró con la ecografía post natal.

CONCLUSIONES:

La alta incidencia 8,4/1000 RN vivos en nuestro servicio de pacientes neuroquirúrgicos se debe a que es un Hospital de nivel 3B, donde se derivan embarazadas con diagnóstico prenatal de estas patologías ya que contamos con los recursos técnicos y profesionales necesarios para ser diagnosticados y tratados neuroquirúrgicamente.

Nosotros tenemos un 58% de derivaciones ventriculoperitoneales en los mielomeningoceles difiriendo con la literatura en este periodo.

STEP NEONATAL: ALTERNATIVA QUIRURGICA PARA EL MANEJO DE ATRESIAS INTESTINALES COMPLEJAS

SP
128

Lobos P.¹; Rios P.²; Busoni V.³; Prodan S.⁴; Liberto D.⁵; Urquiza Lino M.⁶; Sanchez Clara R.⁷; Moldes J.⁸

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES^{1,2,3,4,5,6,7,8}

<pablo.lobos@hospitalitaliano.org.ar>

INTRODUCCIÓN:

Las AI complejas constituyen la causa más frecuente de síndrome de intestino corto (SIC) en nuestro medio. El tratamiento quirúrgico de las AI es un desafío p/ el cirujano neonatal, generando complicaciones que producen pérdida de masa intestinal y dependencia prolongada de nutrición parenteral (NP). Los neonatos c/ AI presentan asas yeyunales dilatadas (clava) que ocasionan sobrecrecimiento bacteriano y suboclusión intestinal por motilidad alterada. Las técnicas clásicas de tratamiento de la clava implican una ostomía o la resección de parte de la pared intestinal (modelaje), que ocasiona pérdida de superficie absorptiva. La técnica de enteroplastia serial transversa (STEP) fue descripta p/ el alargamiento intestinal en niños c/ SIC. Recientemente se ha descripto la aplicación de esta técnica p/ modelaje intestinal en neonatos con AI.

OBJETIVOS:

Reportar una nueva alternativa p/ el tratamiento quirúrgico de las atresias intestinales (AI) complejas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Análisis retrospectivo, serie de casos. Fuente: historia clínica electrónica, base de datos de Cirugía Pediátrica. Técnica quirúrgica: STEP s/ descripción original de Kim y col. (J Pediatr Surg. 2003 Jun;38(6):881-5.). Criterios de inclusión: ptes c/ AI a los que se realizó un modelaje de clava yeyunal c/ técnica de STEP. Variables estudiadas: enfermedad de base, edad y peso, longitud intestinal residual (LIR), número de cirugías, tiempo de NP, evolución nutricional, complicaciones. Todos los pacientes fueron tratados en

el contexto de un equipo multidisciplinario de rehabilitación intestinal.

RESULTADOS:

6 ptes cumplieron los criterios de inclusión; 4 c/ AI 2ª a gastrosquisis y 2 apple-peel. Mediana de edad: 11.5 días (r: 1-48). Mediana de peso: 3.565 kg (r: 2.165- 4.990). Mediana de LIR: 27.5 cm (r: 9-66). 5/6 requirieron nuevas cirugías. Complicaciones: 1 enteritis de la clava y 1 fístula enterocutánea. Seguimiento: 15.5 m (r: 1-27). Todos los ptes lograron aumentar la ingesta por vía enteral luego de la cirugía. 3/6 fueron externados con NP domiciliaria, a una edad media de 92.3 ddc, c/ un peso de 4.4 kg. 4/6 han sido rehabilitados, suspendiendo la NP. El tiempo de NP PO fue de 6 m (r: 1.5- 12). Adecuación peso/talla (media): 92.5% (r: 68-116).

CONCLUSIONES:

La resolución quirúrgica de las AI complejas es difícil y no exenta de complicaciones. Todos los pacientes en nuestra serie presentaron SIC neonatal. La preservación de superficie absorptiva mediante el modelaje con técnica de STEP permitió una buena evolución nutricional en la mayoría de los casos. El seguimiento a largo plazo por un equipo multidisciplinario especializado es fundamental para mantener los buenos resultados.

CONJUNTIVITIS NEONATAL: UNA PATOLOGÍA SUBEVALUADA

Higa M.¹; Di Bartolomeo S.²; Pennisi A.³; Janer M.⁴; Priore G.⁵; Montenegro G.⁶

HOSPITAL NACIONAL ALEJANDRO POSADAS^{1,2,3,4,5,6}

<mdhiga@gmail.com>

SP
129

INTRODUCCIÓN:

La conjuntivitis es la infección neonatal más frecuente (1,2% a 12% de las consultas). A pesar de distintos métodos de prevención, todavía persisten las conjuntivitis en el recién nacido (RN). OBJETIVO del Trabajo: 1. Establecer la incidencia de conjuntivitis neonatal. 2. Investigar la etiología. 3. Analizar los factores de riesgo asociados a CN por *Chlamydia trachomatis*.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Es un trabajo prospectivo, observacional, descriptivo y transversal de la etiología. Comparativo de la epidemiología de la conjuntivitis por *Chlamydia trachomatis* y las manifestaciones mucocutáneas (expresada en proporciones y Odds ratio respectivamente). POBLACIÓN: RN nacidos asistidos en Consultorio externo de Neonatología del Hospital Nacional "Alejandro Posadas" que consultaron por síntomas de conjuntivitis. PERÍODO: Desde octubre de 2004 a octubre de 2005 inclusive. Se completó una ficha de antecedentes perinatales y se obtuvo el consentimiento informado en todos los casos. Se tomaron muestras de secreciones conjuntivales mediante dos hisopos: Cultivo de gérmenes comunes, tinción de Gram. Investigación de *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma* (de origen genital) y virus incluyendo herpes simple. Se incluyeron los datos en el programa de Epi Info. Variables pronósticas: análisis descriptivo y proporciones. Odds Ratio, Índice de confianza (IC) 95%. $p < 0,05$.

RESULTADOS:

1- Conjuntivitis neonatal: 144 casos cumplían con los requisitos del estudio (39,6 c/1000 RNV). 2-Etiología de las conjuntivitis neonatales: *Chlamydia trachomatis*: 8%. Gérmenes comunes: 38%. Sin desarrollo: 54%. Factores asociados a *Chlamydia*: madre <20 años: OR=12,89 (IC95% 2,78-57,89) $p < 0,00005$, Primiparidad: OR= 7,94 (IC95% 1,58-76,40), edema palpebral OR 6,67 (IC95% 1,62-31,87) $p < 0,0035$ y secreción conjuntival hemorrágica 14,64 (IC95% 2,71-73,15). DISCUSIÓN: Se destaca la importancia de identificar por laboratorio el agente causal de la conjuntivitis neonatal y realizar tratamiento específico y no empírico como lo requiere *Chlamydia trachomatis*, dada las complicaciones.

COBERTURA DE LECHE MATERNA EN PREMATUROS CON UN PESO IGUAL O MENOR DE 1500 GR. A LAS 34 SEMANAS DE EDAD CORREGIDA EN LA UCIN.

Pagano C.¹; Hernandez A.²; Molina G.³

HOSPITAL ALEJANDRO POSADAS^{1,2,3}

<claudiapagano@fibertel.com.ar>

RPD
130

INTRODUCCION:

La leche humana (LH) es un tejido vivo que brinda nutrientes, elementos de defensa y sistemas favorecedores de crecimiento. Los prematuros deben recibir alimentación desde el primero día de vida y se debe minimizar los periodos de ayuno, excepto en situaciones críticas del niño; se ha observado que recibir pequeñas cantidades de L.H. ha disminuido la morbilidad a corto y largo plazo y sus secuelas asociadas así como también la tasa de mortalidad neonatal.

OBJETIVO:

Evaluar el volumen de L.H extraída de madres de recién nacidos prematuros (RNP) con un peso igual o menores de 1500gr en la UCIN del servicio de neonatología de un hospital III B. Evaluar el % de cobertura de aporte enteral con L.H en dichos pacientes a las 34 semanas de edad corregida (EC) Material y Método: Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo. Recolección de datos de registro de planillas de madres, de la cantidad de L.H extraída durante los meses de septiembre 2015 a febrero 2016 inclusive. La modalidad de extracción fue manual y/o mecánica con bombas extractoras en el área de lactancia materna. Se incluyó los RNP con un peso igual o menor a 1500gr realizando una revisión retrospectiva del aporte enteral a las 34 semanas de EC de las indicaciones médicas de las historias clínicas de cada paciente. Criterio de exclusión: Neonatos con imposibilidad de alimentarse precozmente por causa enteral, respiratoria u otras, madres que presentaron inhibición de la lactancia. Resultados: El

100% de las madres incluidas asistieron al área de lactancia. Volumen de L.H. obtenida durante el periodo observado: 3264ml. Mediana de peso: 1355gr (860-1500). Mediana de Edad gestacional 31 semanas (26-33). 14 pacientes tuvieron una cobertura de L.H. de 100%, 4 de 60%, 3 entre el 40 y 50% y 6 -40%.

CONCLUSIÓN:

Periodo de estudio de 6 meses de todos los recién nacidos vivos prematuros de un peso igual o menor a 1500gr se incluyeron 27 neonatos entre 26 y 33 semanas de EG, se concluyó que más del 50% de los pacientes tuvieron una alimentación con leche de sus madres del 100% y esto se logró debido a las estrategias institucionales dirigida a incrementar la cobertura de L.H. de los prematuros incorporando capital humano y equipamiento en un hospital amigo de la madre y el niño.

DESARROLLO MOTOR EN EL PRIMER AÑO DE VIDA EN UNA COHORTE DE NIÑOS PREMATUROS DE ALTO RIESGO

**SP
131**

Caram M.¹; Elias Grané M.²; Perez M.³; Miceli S.⁴; D'Urso M.⁵

HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS - TUCUMAN; FACULTAD DE MEDICINA (UNT)^{1,3,4};
 HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS - TUCUMAN²; FACULTAD DE MEDICINA (UNT)⁵
 <emiliac1067@yahoo.com.ar>

Los niños nacidos prematuros (NNP), por su historia perinatal de riesgo biológico, poseen alto riesgo de presentar trastornos del desarrollo en las áreas motoras. Esto requiere una mayor especialización para detectarlas oportunamente. Con la incorporación al equipo de seguimiento, de un kinesiólogo especializado, la evaluación de esta área fue sistematizada y ordenada.

OBJETIVOS:

1) Analizar el desarrollo motor de NNP desde el ingreso al programa, hasta alcanzar marcha independiente. 2) Relacionar el desarrollo alcanzado (marcha independiente) con las características perinatales y la 1° evaluación. Diseño de estudio: descriptivo, de corte longitudinal. Test exacto de Fisher.

POBLACIÓN:

NNP ingresados al programa de seguimiento, en 2011 < de 32 semanas (s) de Edad Gestacional (EG) y < de 1500 g.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Evaluación con test de Amiel Tizon: tono activo, tono pasivo y reflejos. Las variables estudiadas: EG, peso (P), talla (T) y perímetro craneano (PC) al nacer. Control adecuado: una evaluación por trimestre. Definiciones: normal, APM (atraso de pautas madurativas) y anormal. Desertor: faltó a más de 3 controles.

RESULTADOS:

99 NNP ingresaron en 2011. 47% mujeres; 68% pesó entre 1000 y 1500g; EG entre 28 y 32 s y 17% pesaron menos de 1000g con EG menor a 28 s. Las medias de P, T y PC: 1260g, 38cm y 27,5cm, respectivamente. Al final del primer año desertaron 16%. A los 12m, el 26% de los NNP tenía control adecuado, y el 52% incompleto. El 68% de NNP logró marcha independiente, a una media de edad de 15,5 meses de edad corregida. El 12% que no caminó, más tarde, a los 2 años, fueron diagnosticados como parálisis cerebral. Habían comenzado rehabilitación antes de los 12 meses de edad. Según T. exacto de Fisher no hubo asociación significativa entre la evaluación anormal en el 1° trimestre y la falta de marcha independiente. De los niños que no caminaron, 9% presentaron P mayor a 1000g al nacer.

CONCLUSIONES:

La mayoría de los NNP caminaron a la misma edad que los nacidos de Término. El retraso en primer trimestre no pronostica retraso de marcha. No se encontró asociación entre datos perinatales de riesgo y logro de marcha independiente.

HIPOTERMIA TERAPÉUTICA EN NEONATOS: VALORACIÓN DEL NEURODESARROLLO AL AÑO DE EDAD DE LOS PACIENTES DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE GCBA

**SP
133**

Sepulveda Figueroa M.¹; Buraschi M.²; Valera M.³; Berazategui J.⁴; Beloso I.⁵; Rapp E.⁶; Tavosnanka J.⁷

HOSPITAL JUAN A FERNANDEZ^{1,2,3,4,5,6,7}
 <atsal@fibertel.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

La encefalopatía hipóxica isquémica (EHI) es la causa más frecuente de muerte o daño neurológico alejado en los recién nacidos (RN) de término. La hipotermia terapéutica es el estándar de cuidado para la EHI moderada-severa. En los consultorios de seguimiento de recién nacidos de alto riesgo del Hospital "Juan A. Fernández" (HJAF) se realiza el control pediátrico mensual y la evaluación neuromadurativa mediante examen neurológico y escala Bayley III a los 6 y 12, 24 meses de edad y posteriormente con test TEPSI, WIPSI, WISC.

OBJETIVOS:

Describir los resultados neuromadurativos al año de edad de los pacientes ingresados al programa de hipotermia
 Población: Niños de 1 año de edad a los que se les realizó hipotermia al nacimiento, se encuentren en seguimiento.

MATERIAL, MÉTODOS, RESULTADOS:

Descriptivo, serie de casos. Desde 3 de Junio de 2011 y hasta el 8 de marzo de 2015, ingresaron al programa 34 RN (1 niño falleció durante el tratamiento con hipotermia, 4 antes del alta y 1 posterior al alta) de los 28 sobrevivientes 5 niños se perdieron en el seguimiento (2 no ingresaron al programa y desertaron antes del año de vida). Se informan los resultados de los 23 pacientes que se encuentran en seguimiento. Se realizó evaluación neurológica y test BAYLEY III al año de vida.

CONCLUSIONES:

Se observan resultados alentadores al año de vida en niños con EHI ya que en la valoración un alto porcentaje de pacientes tuvo puntajes normales en cada una de las áreas, aunque el tratamiento implementado no fue efectivo en la totalidad de los pacientes.
 Los pacientes deben continuar su seguimiento multidisciplinario hasta la edad escolar para pesquisar trastornos más sutiles.

BAYLEY III	PUNTAJE AREA COGNITIVA	PUNTAJE AREA COMUNICACION	PUNTAJE AREA MOTORA
NORMAL	20 (86.9%)	15 (65.21%)	17 (73.91%)
RIESGO	1 (4.34%)	4 (17.39%)	4 (17.39%)
ANORMAL	2 (8.69%)	4 (17.39%)	2 (8.69%)

SEPSIS NEONATAL TEMPRANA (SNT) POR ESTREPTOCOCCO GRUPO B (EGB). EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA INTRAPARTO (PAI).

SP
136

Di Gruccio A.¹; Vázquez L.²; Pedraza A.³; Prudent L.⁴

CLINICA Y MATERNIDAD SUIZO-ARGENTINA^{1,2,3,4}

<adigruccio@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El EGB es uno de lo más importante agentes causante de SNT. En Argentina, en el año 2004 el Ministerio de Salud Pública (MSAL) publica la primera norma nacional para la prevención de SNT por EGB. Nuestro objetivo fue evaluar el impacto de estas recomendaciones en la prevención de la SNT por EGB.

MATERIAL Y METODOS:

Desde Enero 1994 a Diciembre 2013, analizamos las SNT microbiológicamente documentadas por cultivos de sangre y/o LCR, en las primeras 72 hs de vida. Comparamos 2 periodos: PI (1994-2004), y PII (2005-2013) antes y después de la publicación de las recomendaciones del MSAL. Para el análisis estadístico se uso Stata 8 y se aplicó X2 con RR (CI 95%), para una p<0.05 como significativo.

RESULTADOS:

Hubo 123.834 nacidos vivos (RNv) desde 1994-2013, de los cuales 23.790 fueron ingresados en la unidad de cuidados intensivos neonatales. (UCIN). La incidencia global de SNT por EGB fue de 0.13%.

Tabla 1: Incidencia de SNT por EGB global

	Period I N (%)	Period II N (%)	p	RR	CI 95%
RN vivos	59422	64412			
Episodios de SNT	44 (0.07)	40 (0.06)	0.42	1.09	0.89-1.34
EGB	13 (0.02)	4 (0.01)	0.019	1.59	1.22-2.07
Bacilos Gram (-)	10 (0.02)	17 (0.01)	0.255		

Tabla 2: Incidencia de SNT por EGB del total de ptes ingresados a la UCIN

	Period I N (%)	Period II N (%)	p	RR	CI 95%
Ingresos UCIN	10613	13177			
Episodios de SNT	44 (0.41)	40 (0.30)	0.151	1.17	0.96-1.44
EGB	13 (0.12)	4 (0.03)	0.008	1.72	1.32-2.23
Bacilos Gram (-)	10 (0.09)	17 (0.13)	0.428		

CONCLUSION:

Hubo una reducción estadísticamente significativa en la incidencia de SNT por EGB, posterior a la implementación de las recomendaciones del MSAL para su prevención.

HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGENITA: IMPORTANCIA DE LA PESQUISA NEONATAL, A PROPÓSITO DE 3 CASOS DETECTADOS EN 2015

RPD
137

Pasalacqua C.¹; Fernandez Ventaberry V.²; Rafin C.³; Smithius F.⁴; Oneto A.⁵; Maccallini G.⁶; Martín Alonso M.⁷; Aranda C.⁸; Stível M.⁹; Pasalacqua C.¹⁰

HTAL. DURAND^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10}

<pasalacqua@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La Hiperplasia Suprarrenal Congénita (HSC) es un desorden endócrino potencialmente letal que ocurre aproximadamente en 1/15000 recién nacidos. En el 90-95 % de los casos es por déficit de la enzima 21 hidroxilasa. Enfermedad autosómica recesiva causada por mutaciones en el gen CYP 21 que resulta en una insuficiente síntesis de cortisol y aldosterona, y una excesiva síntesis de andrógenos. Su forma clásica se presenta como perdedora de sal (70 %) o virilizante simple. La pesquisa neonatal para HSC se realiza a través de la determinación de 17 OH Progesterona (17OHP) en sangre seca sobre papel de filtro. El objetivo del Programa de Pesquisa Neonatal (PPN) es detectar las formas severas perdedoras de sal para prevenir la crisis hidrosalina, acortar el período de asignación de sexo en las niñas afectadas y las consecuencias de la virilización tanto en varones como en mujeres.

OBJETIVO:

Presentación de tres recién nacidos (RN) varones que se internaron en el servicio de neonatología por recitación a través del PPN en el año 2015.

MATERIAL Y MÉTODO:

3 RN citados por PPN por presentar 17OHP elevada en tarjeta para su edad gestacional. Al ingreso en Cuidados Neonatales, con diferentes expresiones clínicas, se les extrajo sangre para ionograma y dosaje de 17OHP en suero extraído como test confirmatorio. Confirmado el diagnós-

tico con 17OHP elevadas, en los 3 casos con valores mayores de 60ng/ml (VN hasta 7ng/ml), iniciaron tratamiento sustitutivo con Hidrocortisona 15 mg/m², 5 α Fludrocortisona 0,1 mg/día y ClNa 2 gr/día. Actualmente los pacientes se encuentran en seguimiento, 2 de ellos con resultados del estudio molecular, confirmado y el tercero a la espera de los resultados.

CONCLUSIÓN:

Destacar la importancia del PPN en el diagnóstico temprano de esta enfermedad, para realizar el tratamiento adecuado en los primeros días de vida, minimizando la morbimortalidad, especialmente en los recién nacidos varones quienes tienen mayor probabilidad de ser subdiagnosticados.

INFORMACIÓN SOBRE LACTANCIA DURANTE EL EMBARAZO

Conti R.¹; Tortosa G.²; Herrera R.³; Boccaccio C.⁴; Fernandez A.⁵; Sposaro N.⁶; Sesarego V.⁷; Klatt R.⁸

MATERNIDAD SARDÁ¹²³⁴⁵⁶⁷⁸

<roxanaconti@hotmail.com>



INTRODUCCIÓN:

En los 10 pasos de la Iniciativa Hospital amigo de la Madre y el Niño de OMS, el paso 3 se refiere al derecho de la mujer embarazada a recibir información y apoyo para la lactancia materna precozmente durante el control obstétrico. En los Cursos de Preparación integral para la Maternidad este punto está contemplado, pero en nuestra Institución la concurrencia a dicho curso no supera el 10% de los partos realizados anualmente. Por otro lado el examen mamario precoz complementario de la información sobre lactancia permite detectar patologías de las mamas previas y riesgo de patologías malignas por interrogatorio de antecedentes familiares así como características anatómicas de la mama que podrían dificultar el establecimiento de la lactancia.

OBJETIVOS:

Evaluar las características del control prenatal y de las intervenciones precoces en la atención de nuestras pacientes en relación a lactancia materna.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Población: Se plantea entrevistar a todos los pacientes presentes en sala de espera de pediatría, cuyas madres acepten participar de una encuesta semiestructurada diariamente entre el 1 de marzo y el 31 de julio de 2015.
Criterio de inclusión: Ser RN de término sano no perteneciente a ningún seguimiento particular con edades comprendidas entre 25 y 40 días.
Criterio de exclusión: Internación del niño por causa neonatal o materna.
 Madre adolescente

Herramienta: Se diseñó una encuesta semiestructurada cuyos objetivos a evaluar fueron:

- Cumplimiento del paso 3
- Cumplimiento del paso 4
- Decisión de amamantar durante el embarazo
- Información sobre lactancia
- Satisfacción materna con respecto a su lactancia actual
- Requerimiento de consultas en el consultorio de lactancia post alta

RESULTADOS:

Se realizaron 254 encuestas. El 46% de las madres refieren que no se le revisaron los pechos durante el embarazo y el 44% refiere no haber recibido información sobre LM.

El 85% de las madres refiere haber tomado la decisión de amamantar durante el embarazo.

El 62% de la primera puesta al pecho ocurre en la camilla de partos. Observamos que el 92% tiene LME al alta y 85% al mes de vida.

CONCLUSIONES:

De los resultados se desprende la necesidad de realizar intervenciones para mejorar las prácticas de salud relacionadas con la LM durante el embarazo y la importancia de realizar intervenciones multidisciplinarias en la atención de las embarazadas (enfermería, obstétricas, obstetras), creando nuevas estrategias para aumentar la asistencia al cursos de preparación para la maternidad.

NEUROBLASTOMA RETROPERITONEAL CONGENITO A PROPOSITO DE UN CASO

Martínez M.¹; Blanco Pool S.²; Paredes C.³

SANATORIO ALLENDE¹²³

<mariasol_88@hotmail.com>



INTRODUCCION:

Neuroblastoma es el tumor sólido extracranial más frecuente en la infancia, 20% de neoplasias neonatales. Neuroblastomas congénitos: detectados durante el embarazo (mayoría en tercer trimestre de gestación) o primeros días de vida.

Sitios de presentación: glándula suprarrenal (35%), retroperitoneo (30-35%), mediastino posterior (20%). La clínica varía dependiendo del tamaño del tumor, localización, diseminación y secreción hormonal. El pronóstico depende de características biológicas y clínicas del tumor. En menores de un año, con bajo contenido en DNA, sin amplificación del N-myc, alta expresión de TRK, tejido rico en estroma, pequeño tamaño y no diseminados se asocian a mejor respuesta y pronóstico favorable.

PRESENTACION DEL CASO:

RNT, masculino, madre 34 años, secundigesta, secundípara, embarazo controlado, no complicado.

En ecografía en tercer trimestre de gestación presenta una masa tumoral retroperitoneal, confirmada mediante RMN, entre riñón izquierdo y columna vertebral con infiltración espinal L1-L3. Probable neuroblastoma. Examen físico: tumoración palpable lumbar izquierda, desde espina iliaca posterosuperior a reborde costal, indurada, no desplazable, no dolorosa. Paraplejía con arreflexia en MMII.

RMN: lesión polilobulada, sólida, paravertebral izquierda, se extiende hacia interior del canal raquídeo y protruye a región paraespinal derecha desde D9 a L5-S1, infiltrando la suprarrenal.

Biopsia por punción: células pequeñas, redondas y azules, con inmuno-

histoquímica: Synaptofisina: Positivo; Cromogranina: Positivo/Negativo; NSE: Positivo; CD56: Positivo; CD99: Negativo.

Otros: enolasa 300, LDH 1094. RNM cerebral normal. Centellograma con MIBG normal. N-Myc amplificado negativo.

Se realiza quimioterapia con buena evolución clínica, masa tumoral no palpable y mejoría en motilidad de MMII. Alta a los 37 días. Actualmente gran mejoría clínica, deambulando mediante férulas posturales. RMN de columna: No se identifican lesiones en canal vertebral, dilatación quística del saco dural a nivel lumbar, cono medular retraído. Alteración en la disposición de las raíces de la cola de caballo. RMN abdominal y pélvica normal.

DISCUSION:

Debido al uso rutinario y a un mayor acceso al seguimiento ecográfico prenatal, es posible un aumento en el diagnóstico de lesiones suprarrenales. Una masa sólida detectada después de las 32 semanas de gestación tiene un 95% de probabilidades de corresponder a un neuroblastoma. Mayoría de NB congénitos presentan marcadores biológicos favorables asociadas a un pronóstico favorable.

Los protocolos de tratamiento consideran la etapificación de acuerdo al INSS y al comportamiento de los marcadores biológicos. La mayoría de neonatos con tumores primarios localizados son sometidos a biopsia excisional. Pacientes con riesgo intermedio tienen muy buen pronóstico con sobrevida de 90% luego de quimioterapia.

Es un problema de salud pública que conlleva la importancia de la búsqueda de screening diagnósticos, pudiendo usarse la medición de metabolitos de catecolaminas en orina siendo un cribado fácil y barato.

EL SEGUIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO DE ALTO RIESGO. UNA MIRADA INTEGRAL DESDE EL TRABAJO SOCIAL

RPD
141

Tortarolo A.¹; Tobalo Garay E.²; Bosco M.³; Gentile M.⁴

HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARIE LUDOVICA¹; HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARIA LUDOVICA^{2,3,4}
<adrianat_68@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El Servicio Social se inserta en los equipos de atención de neonatología. La intervención se fundamenta desde tres dimensiones: Esencial: derecho a la vida, a tener y a estar con su familia. Fundamental: identificar al niño como sujeto social y no como sujeto de prácticas. Concreto: niños con patología crónica, con cuidados progresivos y especiales a largo plazo.

OBJETIVOS:

- Favorecer el abordaje integral del niño, considerando los aspectos de salud, territoriales y socio-familiares.
- Fomentar el trabajo en red en corresponsabilidad con las instituciones intervinientes.
- Promover la inclusión social del niño según los marcos legales vigentes.

POBLACIÓN:

32 niños nacidos pretérmino de 30 semanas de gestación, <de 1500 grs. Período 2013-2015.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Entrevistas semiestructuradas. Coord. sectoriales e intersectoriales para acceso e inclusión en las políticas públicas. Regiones sanitarias: XII 1; XI 15; X 2; VII 2; VI 6; V 5; II 1. Edad materna: Menores de 18 años: 4
Mayores de 18 años: 28
Situación laboral paterna: Estable: 9
Inestable: 17

Sin reconocimiento paterno: 7

Cuidadores del niño:

Madre sola: 11

Madres adolescente solas: 4

Madre y padre solos: 5

Madre con referentes familiares: 11

Madre fallecida: 1

Coordinaciones sectoriales: tiene mayor prevalencia la coordinación con los centros de salud, luego con los Hospitales locales y/o zonales y en tercer término las secretarías de salud municipales.

Coordinaciones intersectoriales: tiene mayor prevalencia las coordinaciones con las Áreas de Desarrollo Social de los Municipios y con los Servicios Niñez. Posteriormente se realizan con los registros civiles, Desarrollo Social Nacional, Juzgado de Familia.

CONCLUSIONES:

De las familias abordadas se visualiza que la constante en la limitación en la atención ambulatoria integral y a largo plazo esta relacionada con: Labilidad en la de capacidad de respuestas –políticas públicas, accesibilidad, respuesta local, lazos familiares precarios, garantía de derechos vulnerados-vivienda digna, atención de salud, plan alimentario etc. El sostén del seguimiento ambulatorio se presentó en aquellas situaciones donde se pudo realizar un abordaje en corresponsabilidad con el nivel local y donde referentes significativos acompañaron el proceso de atención.

CRECIMIENTO EN ADOLESCENTES CON PESO AL NACER ≤ 1500 G

SP
142

Brundi M.¹; Kasten L.²; Borroni R.³; Schapira I.⁴; Vivas S.⁵; Galindo A.⁶; Benítez A.⁷; Aspres N.⁸

MATERNIDAD SARDA^{1,2,3,4,5,6,7,8}
<monicabrundi@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El seguimiento de prematuros de muy bajo peso al nacer en la infancia y la adolescencia es importante para detectar problemas de crecimiento y desarrollo a largo plazo. Los niños con una ganancia de peso insuficiente en los primeros años de la vida presentan un peor desarrollo cognitivo, por el contrario los que ganan peso excesivamente, tienen riesgo de presentar síndrome metabólico en la adultez.

OBJETIVO PRINCIPAL:

Evaluar peso, talla e IMC de adolescentes MBPN y relacionarlo con sus mediciones hasta los 3 años de edad.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo : adolescentes de 13 a 18 años. PN ≤ 1500g incluidos en el programa de seguimiento de nuestro hospital entre los años 1993-1998. Se excluyeron malformaciones congénitas secuelas neurológicas severas e IIU

RESULTADOS:

70 adolescentes 47 mujeres y 23 varones. EG 30±3 sem, PN 1159±222g. BPEG24%, mujeres 67%. La población se dividió: grupo 1 25-28sem, grupo 2 29-31sem, grupo 3 ≥32sem.

El grupo 2 presento mejor crecimiento en peso y talla a los 3 años, a la edad promedio de 16 años continua con mejor crecimiento en peso, en cambio en talla los tres grupos se comportaron en forma similar con diferencia -0.20 de Z score. BPEG realizaron catch up en peso y talla a los 2 años pero a los 3 años no alcanzan a los de peso adecuado. Los PAEG lo realizan antes del año.

Comparando peso y talla a la edad X de 16 años con el percentil 50 de la OMS, en peso la diferencia en mujeres fue 1.6 Kg y varones 2.10. En talla la diferencia fue 4 cm. en mujeres y 5 cm. en varones. El IMC fue normal en 65,7%, el 13% sobrepeso y 21,4% bajo peso *2 mujeres >30

	IMC Normal	IMC Bajo	IMC Sobrepeso/obesidad
N° de niños (%)	46(65,7)	15(21,4)	9(13)
IMC X	21,01	17,1	29,09
Mujeres media(n)	21,08(27)	17,2(10)	29,39(6)*
Varones media n)	21,03(15)	17,4 (3)	28,70(3)

CONCLUSIONES:

Los niños de EG más pequeñas y con BP presentan peor recuperación de peso y talla a los 3 años, con crecimiento similar a la edad X de 16 años. El seguimiento de estos niños durante la infancia y la adolescencia es importante para detectar problemas de bajo peso y/o sobrepeso que pueden asociarse a trastornos cognitivos y síndrome metabólico en la adultez.

SÍNDROME DE BECKWITH WIEDEMANN. A PROPÓSITO DE UN CASO.



Bianco N.¹; Rames A.²; Bravo C K.³; Kussrow C.⁴; Ybarra J.⁵

INSTITUTO MÉDICO DE LA COMUNIDAD^{1,2,3,4,5}

<nancybianco_0080@hotmail.com>

INTRODUCCION:

El síndrome de Beckwith-Wiedemann es un cuadro polimalformativo congénito cuya frecuencia es de 1:14000 nacimientos, sin diferenciación de sexos.

Los hallazgos clínicos presentan un espectro variable, existiendo formas con expresión completa e incompleta. Se consideran criterios clínicos mayores (macroglosia, defectos de la pared abdominal (onfalocele, hernia umbilical, diástasis de los rectos) y peso prenatal y/o postnatal superior al P90) y menores (pliegues en lóbulo auricular, nevus flammeus facial, hipoglucemia, hipotonía, nefromegalia y hemihipertrofia).

El 90 % de los casos son esporádicos y sin ninguna anomalía cromosómica demostrable. El resto (10 %) muestran un patrón de herencia autosómica dominante con ligamiento en el cromosoma 11p15. Siendo las translocaciones e inversiones típicamente de herencia materna, mientras que las duplicaciones son de origen paterno.

La gran mayoría de los pacientes tienen un desarrollo físico e intelectual normal. Es preciso realizar pruebas periódicas durante los primeros años de vida para descartar la presencia de tumores embrionarios principalmente en presencia de visceromegalias o hemihipertrofia.

OBJETIVO:

Presentar el caso de una patología poco frecuente, demostrando las características fenotípicas que hacen sospechar su diagnóstico.

DESCRIPCION DEL CASO:

Paciente femenina RN de 36 semanas de EG, peso 3200 gr (P95), talla 47cm (P90), PC 33cm (P90), APGAR 7/8; primera gesta de madre de 33

años sin patologías relacionadas con la gestación; que ingresa al servicio de neonatología por presentar distress respiratorio y onfalocele, el cual se resuelve quirúrgicamente al segundo día de vida. Requiere oxigenoterapia en forma intermitente por taquipnea superficial. Cumple antibióticoterapia 10 días con hemocultivos negativos.

Presenta regular succión por lo que se complementa alimentación por SOG.

Al examen físico presenta hipotonía generalizada, macroglosia, fisura del velo del paladar, peso al nacer > P90, nevus flammeus facial y pliegues auriculares.

Ecografías cerebral y abdominal no evidencian alteraciones. Ecocardiograma normal.

Cariotipo 46 XX.

CONCLUSION:

El síndrome de Beckwith Wiedemann en una entidad poco frecuente con características fenotípicas específicas que la diagnostican aun si el cariotipo es normal.

UTILIZACIÓN DE UN INSTRUMENTO SISTEMÁTICO EN LA BÚSQUEDA DE INTERVENCIONES EFECTIVAS PARA MEJORAR LA PRÁCTICA DE HIGIENE DE MANOS



Rearte M.¹; Agustinovich V.²; Alvarez M.³; Martinini M.⁴; Toscano C.⁵; Villa S.⁶; Lazarte R.⁷; Gallo E.⁸

INSTITUTO DE MATERNIDAD Y GINECOLOGIA NTRA SRA DE LAS MERCEDES^{1,2,3,4,5,6,7,8}

<mariaclaudiarearte@gmail.com>

Opción a premio

INTRODUCCIÓN:

La Higiene de Manos es la medida primaria para disminuir las Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud, esta acción simple es primer desafío global de la Seguridad del Paciente según la OMS. La falta de cumplimiento de los profesionales de la salud es un problema en los servicios críticos. El propósito es implementar ciclos de mejora efectivos y optimizar la práctica de HM.

OBJETIVO:

1. Realizar un diagnóstico de situación en relación a la práctica de HM en el servicio de Neonatología. 2. Desarrollar Ciclos de Mejora en HM.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se aplicó el instrumento para HM de la OMS (Marco de Autoevaluación de HM) desde el 3 de noviembre de 2014 al 31 de marzo del 2015. Un Equipo Interdisciplinario constituido por Neonatólogos, Enfermeras, Infectólogos, Enfermera en Control de Infecciones analizó 5 componentes: Cambio de Sistema, Formación y aprendizaje, Evaluación y Retroalimentación, Recordatorio en el Lugar de Trabajo y Seguridad Institucional.

La evaluación se categorizó en 4 niveles: Inadecuado, Básico, Intermedio y Avanzado según OMS, se desarrollaron intervenciones y al finalizar el ciclo se evaluó con el mismo instrumento.

Estudio Prospectivo, descriptivo de intervención.

RESULTADO:

La evaluación inicial arrojó como resultado un Nivel Básico (165 puntos) correspondiendo a: Cambio de Sistema (100/100), Formación y aprendizaje (20/100), Evaluación y Retroalimentación (10/100), Recordatorio en el Lugar de Trabajo (25/100) y Seguridad Institucional (10/100). Las intervenciones realizadas fueron: Redistribución del Alcohol en gel, Elaboración del Proceso de HM, Capacitación, Implementación de caja pedagógica, Elaboración del video tutorial, actualización, confección y distribución de cartelera, formación del equipo multidisciplinario encargado de HM, entrega de material bibliográfico, aplicación de indicadores de cobertura y resultado de capacitación.

La autoevaluación pos-intervención fue Nivel Intermedio (255): Formación y aprendizaje (70/100), Evaluación y Retroalimentación (60/100), Recordatorio en el Lugar de Trabajo (70/100) y Seguridad Institucional (55/100).

CONCLUSIONES:

Las múltiples intervenciones realizadas posterior al diagnóstico de situación, permitieron avanzar a un nivel intermedio. El desafío a futuro es mantener en el tiempo estos logros y optimizar la práctica.

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CAPACITACIÓN DE ENFERMERÍA EN INSERCIÓN Y MANTENIMIENTO DE PICC

RPD
146

Villa S.¹; Agustinovich V.²; Martinini M.³; Neme J.⁴; Toscano C.⁵; Gallo E.⁶; Rearte M.⁷

INSTITUTO DE MATERNIDAD Y GINECOLOGIA NTRA SRA DE LAS MERCEDES^{1,2,3,4,5,6,7}

<silvinabvilla@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Dado la elevada cifra de sepsis de comienzo tardío en niños menores de 33 semanas de edad gestacional 24,4% (n=23) y su elevada frecuencia asociada a la uso de catéteres centrales 35,7% días catéteres central se plantea la necesidad de Protocolizar el Procedimiento de Inserción de PICC y Elaborar un Programa capacitación para el equipo de Enfermería.

OBJETIVOS:

1. Elaborar e Implementar un Programa de Capacitación en Inserción y Mantenimiento en PICC destinado al personal de Enfermería
2. Definir indicadores de capacitación.

MATERIAL Y MÉTODO:

Población: personal de enfermería de atención directa en Servicio de Neonatología en UCI y UTI desde el 01/04/2014 al 04/11/2014. Se dividió la población total 145, en dos grupos: G1:74 Enfermeros recibieron capacitación en Inserción y Mantenimiento de PICC y G2:71 Enfermeros recibieron capacitación en Mantenimiento de PICC.

La protocolización del procedimiento consistió en la elaboración de: Indicaciones medicas para colocación de PICC, Guía para elección del catéter, Kit de inserción, Lista de cotejo en inserción, mantenimiento y Protocolo de curación del sitio de inserción, apertura del sistema y retiro del catéter. La capacitación se organizó en dos etapas: 1ª Etapa: Inserción y 2ª Etapa: Mantenimiento. Duración: 45 días, Modalidad: exposición oral interactiva con entrega de material bibliográfico, en horario laboral (mañana, tarde y noche).

La evaluación cognitiva consistió en una modalidad escrita, objetiva, base estructurada, tipo múltiple opción. Se consideró aprobado a un puntaje superior a 60%; con aplicación de dos tipos de evaluaciones independientes: inserción y mantenimiento.

Diseño: prospectivo y descriptivo.

RESULTADOS:

La cobertura de capacitación en Inserción y Mantenimiento (G1) 96% (n=74) y cobertura de capacitación en mantenimiento (G2) 89% (n=71) Los evaluados de G1 aprobaron 89% (n=51) en Inserción y el 84% (n=49) en Mantenimiento.

Los evaluados del G2, mantenimiento, aprobaron 75% (n=31).

CONCLUSIONES:

En relación al elevado número de recurso humano en enfermería, la cobertura de capacitación y evaluación fue óptima. Se plantea la necesidad de continuar esta línea de investigación para poder medir el impacto en la reducción de las IACS.

CUIDADOS PALIATIVOS PERINATALES: APORTES DE UNA INTERVENCIÓN TEMPRANA

RPD
147

Doumic L.¹; Kiman R.²; Acosta F.³; Serlin J.⁴; Marino A.⁵; Aguilar M.⁶

HOSPITAL NACIONAL PROF. ALEJANDRO POSADAS^{1,2,3,4,5,6}

<lara@doumic.com.ar>

ANTECEDENTES:

Los avances científico-tecnológicos en Obstetricia permiten una detección cada vez más precoz de patologías y malformaciones complejas que ponen en riesgo la viabilidad del feto. Los Servicios de Obstetricia y Neonatología del Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas percibieron la oportunidad de incorporar los Cuidados Paliativos, con la finalidad de minimizar situaciones de sufrimiento físico y emocional tanto en el feto, recién nacido, como en las madres y equipos primarios tratantes.

OBJETIVOS:

Describir las intervenciones efectuadas por el Equipo de Cuidados Paliativos Pediátricos ante un diagnóstico perinatal de patología amenazante para la vida. Identificar diferencias en el seguimiento según el momento de la solicitud de interconsulta (prenatal o postnatal).

MÉTODOS:

Estudio observacional, descriptivo. Revisión del total de historias clínicas de pacientes derivadas durante un año (septiembre 2014/octubre 2015) por el Servicio de Obstetricia, que presentaban un diagnóstico perinatal de patología amenazante para la vida del feto. Las variables cuantitativas se presentan como medida de tendencia central y variables categóricas como medidas de frecuencia (porcentajes). Se utilizó Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 11.5 (2002) para el análisis estadístico.

RESULTADOS:

Fueron derivadas 101 embarazadas con una mediana de edad de 24 años (14 y 41a). La edad gestacional osciló entre 13 y 39 semanas, de las cuales

55 tuvieron seguimiento por parte del equipo, 49 desde la etapa prenatal y 6 postnatal. Del total de pacientes en seguimiento, 19/55 no fueron presentadas en Medicina Fetal, atendándose por primera vez en consultorio ambulatorio. De las 55 pacientes vistas, 16 bebés permanecieron con vida, de los cuales 10 fueron dados de alta, 5 continuaron en seguimiento con el equipo, y 1 s/d. Fallecieron 39, 13 prenatal, 9 en parto, y 17 en la UCIN (11 con patologías quirúrgicas). 12 tuvieron seguimiento en duelo, y todas fueron derivadas en la etapa prenatal. De las 27 pacientes que no tuvieron seguimiento en duelo, 15 bebés fallecieron en la UCIN, 4 en sala de partos, y 8 prenatalmente, que fueron vistos una sola vez sin evaluarse adherencia. 18/55 tuvo buena adherencia. Los diagnósticos abarcaron: malformación cerebral, cardiopatías complejas, feto polimalformado, mielomelingocele, gastrosquisis, hidrops fetal, síndromes genéticos, y malformaciones quísticas.

CONCLUSIÓN/DISCUSIÓN:

Cuando los cuidados paliativos se aplicaron tempranamente en el curso del embarazo, el dispositivo interdisciplinario se centró en el manejo de la "incertidumbre diagnóstica y/o pronóstica" y en propiciar la incorporación de "este bebé" en el relato de la historia familiar. La continuidad en el seguimiento permitió operar sobre la búsqueda de sentido: ¿por qué a mí?, el duelo por el "hijo imaginado". Estas construcciones fueron de vital importancia para la prevención de un duelo complejo posterior. Se desprende así, la necesidad de elaborar una planificación en conjunto entre los Cuidados Paliativos Pediátricos y los Servicios de Obstetricia y Neonatología, que abarque la problemática emergente del aumento de las patologías obstétricas.

CUIDADOS ESENCIALES AL RECIÉN NACIDO DEL HOSPITAL PAPA FRANCISCO. SALTA. 2015

Martínez Benicio G.¹; Vides Argota S.²

HOSPITAL PAPA FRANCISCO^{1,2}

<g-benicio2011@hotmail.com>



Opción a premio

INTRODUCCIÓN:

Durante la internación postparto la enfermera realiza una valoración física continua a la madre y al recién nacido, proporciona educación y guía para el cuidado del RN. Las actividades que se le realizan al bebé son el primer baño, cuidado del cordón umbilical, alimentación del Recién Nacido, vínculo entre el RN y sus padres, sueño y descanso.

OBJETIVO:

Conocer los cuidados que reciben los RN, en sus primeras 48 horas de vida extrauterina.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo de corte transversal. La muestra fue constituida por 50 binomios durante la estancia en la Internación Conjunta, en el período de Octubre-Noviembre de 2015. Se aplicó un cuestionario administrado como encuesta sobre los Cuidados del RN realizados por las madres.

RESULTADOS:

De la muestra estudiada, el promedio de edad fue de 25,9 años, y un DS + 2,33 años. 68% de mujeres se realizaron un control adecuado del embarazo. 72% correspondió a Parto Vaginal y 28% a Cesárea. El promedio de peso de los neonatos fue de 3260 gramos, con un DS + 170 gramos.

94% de las madres alimenta con LME, 52% lo realiza a demanda, 86% lacta con una frecuencia adecuada. 90% conocen la posición Sentada. 64% realizaron curación del ombligo; 82% no conocen los signos de

infección del ombligo. 10% realizan baños a sus hijos; 34% realiza la higiene de los pezones para la alimentación. El momento de lavado de manos, con mayor frecuencia fue "Antes de tocar al bebé" (98%). 60% señaló como temperatura normal el rango de 36,3° a 37,2° C. El signo de enfriamiento más reconocido son las manos frías (64%). Frente a la hipotermia, 44% lo abriga con mantas o le agrega prendas. 84% realiza COPAP; 34% desarrolló Felicidad. 64% utilizan posición decúbito lateral para el descanso del bebé. 84% nombró signos de alarma. La coloración de la piel más reconocida es "Rubicundo" (52%).

CONCLUSIONES:

Al relacionar las variables mediante test de Fisher; para Cuidados frecuentes en el RN y Paridad existe una diferencia significativa, las madres multiparas, otorgan mayor importancia a los cuidados. Asimismo, la relación de Cuidados frecuentes en el RN y Edad, la mayor edad de la madre, favorece el nivel de cuidados. Al analizar Cuidados frecuentes en el RN e Instrucción, a mayor instrucción alcanzada por la madre, mejoran los cuidados que se brinda.

INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES NIVEL IIIB DE UN HOSPITAL DEL CONURBANO BONAERENSE DURANTE EL AÑO 2015

Boucau N.¹; Fernández Lausi A.²; Freire V.³; Gregorio G.⁴

HOSPITAL NACIONAL PROF. DR. ALEJANDRO POSADAS^{1,2,3,4}

<nboucau@yahoo.com.ar>



INTRODUCCIÓN:

Las infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS) constituyen una problemática sanitaria, debido a la elevada morbimortalidad que conllevan, lo que hace necesario investigar su magnitud, distribución y mecanismos causales.

OBJETIVOS:

Analizar incidencia, localización, gérmenes predominantes y grado de resistencia bacteriana en la UCIN.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio observacional, descriptivo, prospectivo realizado en el período Enero-Diciembre de 2015 en una UCIN con 50 plazas, de las cuales 1/3 corresponde a terapia intensiva de alta complejidad.

RESULTADOS:

Durante dicho período ingresaron 741 recién nacidos. La población de RN pretérmino menores de 1500 g fue del 3,2% y los RN con anomalías congénitas fueron el 7%, lo que trajo aparejado el aumento de los procedimientos invasivos y la prolongación de los días de internación. La relación enfermero/paciente no fue la establecida por norma en varios momentos del período observado.

El 22,5% de los pacientes padeció una IACS. La localización más frecuente fue la bacteriemia y los microorganismos predominantes fueron: SCN 34,3% (100% metilino R), A. baumannii 29,5% (100% con resistencia a carbapenemes) y S. aureus 10% (77% metilino R).

Se registró un brote por *Acinetobacter baumannii* multirresistente durante los meses de agosto y septiembre.

CONCLUSIONES:

Es indispensable tener un programa de vigilancia de las IACS para poder implementar estrategias que permitan reducir la infección y estar alerta a la aparición de microorganismos multirresistentes, adecuar los esquemas antibióticos empíricos iniciales según la epidemiología local y trabajar para implementar programas de uso racional de antibióticos.

DIFERENCIAS EN CARACTERÍSTICAS PERINATALES Y POSTNATALES DE PARTO PRETERMINO MÚLTIPLE (PPM) Y PARTO PRETÉRMINO ÚNICO (PPU) EN NIÑOS <1500 G

SP
151

Fiorentino A.¹; Cuneo Libarona M.²; Aspres N.³; Brundi M.⁴; Schapira I.⁵; Kasten L.⁶; Vivas S.⁷; Zaid R.⁸; Binda V.⁹

HOSPITAL MATERNO INFANTIL R SARDA^{1 2 3 4 5 6 7 8 9}

<marialucreciacuneo@gmail.com>

El parto pretérmino múltiple (PPM) podría ser un factor de riesgo en la morbi-mortalidad perinatal. Aproximadamente 1 en 10 partos múltiples nacen con < de 32 semanas de edad gestacional (EG) vs 1 en 100 en partos únicos. El objetivo de este estudio es comparar resultados perinatales y postnatales entre PPM y PPU en niños <1500g.

MÉTODOS:

Se registraron datos de las historias clínicas de los niños pretérmino <1500g nacidos en el hospital Sarda (CABA) entre 2010 y 2014. La muestra se dividió en PPM y PPU. Se calcularon medias+/-DS, RR (IC), se utilizó test de T o Wilcoxon para comparar medias de variables continuas u ordinales, Chi2 ó Fischer para las proporciones y regresión de Cox para comparar la duración del amamantamiento. Se utilizó excel y MedCALC 16.2.1 (MedCalc Software, Ostend, Bélgica).

RESULTADOS:

De 343 RNPT (0.99% del total de nacimientos), 63 fueron gemelares (18.3%) entre 2010-2014. No hubo diferencias significativas entre el peso de nacimiento (PN) del grupo PPM (1176g+/-235) y el grupo PPU (1192+/-211) ni en la EG (PPM 28.9+/-4.1; PPU 29.2+/-2.5) de ambos grupos (T Test, p>0.05). Tampoco en los RR (IC) de coeficiente de desarrollo (normal vs riesgo o retraso, Escala de Evaluación de Desarrollo Psicomotor de Rodríguez et al., 1978) a los 12m de edad corregida (ECO), presencia de alteraciones metabólicas, control del embarazo, infección ovular, maduración pulmonar, bajo peso, presencia de enteritis, NEC, DBP, SDR, sepsis, asfíxia, ROP, convulsiones o HIC. Tampoco se registraron diferencias en

grado de DBP, tipo de alimentación al alta (pecho o mixta vs fórmula) y a los 4m (Chi2, p>0.05). A los 8m hubo diferencias significativas con mayor proporción de pecho o mixta en PPU (Fisher, p=0.04) pero no a los 12 m (Fischer p> 0.05). Interesante fue hallar mayor número de sujetos de sexo femenino en PPM (PPM 65% F y 35% M; PPU 46% F y 54%M; Chi2, p<0.02). No se observaron diferencias en días de ayuno, de alimentación parenteral, de recuperación de PN, de ARM, de oxigenoterapia; o de peso al alta a los 4m, 8m, 1 año y 2 años de ECO (Wilcoxon, p>0.05), así como en el tiempo de amamantamiento (regresión de Cox, p>0.05).

CONCLUSIÓN:

En este estudio no se encontraron diferencias significativas en variables perinatales y postnatales entre PPM y PPU de niños <1500g. Sólo se halló mayor proporción de bebés que amamantan (pecho o mixto) a los 8m en PPU y mayor número de mujeres en PPM. En el futuro se deberían estudiar diferencias por subgrupo de PN (<=999 vs >=1000) con una muestra suficiente de gemelares.

HERPES NEONATAL: EXPERIENCIA DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 AÑOS

RPD
152

Camacho Baldívieso A.¹; Janer M.²; Romero E.³; Pagano C.⁴; Cabral G.⁵

HOSPITAL POSADAS^{1 2 3 4 5}

<kalekitta@gmail.com>

Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas. Servicio de Neonatología. Servicio de Virología. Introducción: La infección neonatal por el virus herpes simplex (VHS) tiene una elevada morbi-mortalidad. La incidencia de infección neonatal por VHS en algunos países desarrollados está alrededor de 1/3500 partos. En el 80% de los casos la infección es debida al VHS-2. La primoinfección materna conlleva afectación del 30-50% de los fetos y en las reinfecciones se afectan entre el 1 y el 5%. Sólo un 15- 20% de las madres presentan sintomatología durante la infección.

OBJETIVO:

Presentar la incidencia y evolución de recién nacidos (RN), con diagnóstico de herpes neonatal.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio Retrospectivo Descriptivo Observacional. Se revisaron las historias clínicas de pacientes internados en el servicio de neonatología del Hospital A. Posadas, con diagnóstico de herpes neonatal durante el período 1/1/09 al 31/12/15. Viroológico: confirmación diagnóstica PCR para Herpes en LCR y de lesión cutánea. Resultados. Total: 12 RN con herpes neonatal.. INCIDENCIA GLOBAL: 0,4/1000 RN vivo en nuestra población en 7 años. Edad de inicio: 1ª semana 3/12; 2ª semana 4/12; 3ª semana 5/12. Antecedentes perinatales: Edad materna (media): 23 (rango19-31); Parto / cesárea 10/12; Ruptura artificial de membranas 11/12; Edad gestacional (media) 37 (rango36-39); Serología materna (VDRL -Chagas-HVB AgS) negativas, HIV 1/12 positiva. Motivo de consulta: síndrome febril 9/12; convulsiones 1/12; dificultad respiratoria 1/12; cutáneo 1/12. Laboratorio patológico: reactantes de fase aguda: 6/12; LCR-histoquímico: 5/11; CPK

CPK-MB masa 2/12; PCR Herpes+ LCR 10/11; PCR Herpes+ enterovirus+ 1/11; PCR herpes+ lesión cutánea 1/12.(herpes tipo 2). Estudios por imágenes patológicas: Ecografía cerebral 5/11; EEG 5/11; RNM cerebral 1/3. Evolución: ARM 4/12; convulsiones: 5/12;cutáneo 1/12;fallece 2/12. Tratamiento: Aciclovir 60 mg /Kg. / día, 21 días. Ninguna mamá presentó lesiones vaginales compatibles con Herpes.

CONCLUSIONES:

Damos a conocer la alta incidencia registrada en nuestro servicio, 0,4/1000 RN vivos .Tiene importancia ya que la alta sospecha y la instalación precoz del tratamiento lleva a mejores resultados.

VALORACIÓN NUTRICIONAL EN UNA POBLACIÓN DE PREMATUROS \leq A 1250 G INCLUIDOS EN UN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

PO
153

García S.¹; Bernal P.²; Vecchiarelli C.³; Osio C.⁴

SANATORIO OTAMENDI^{1,2,3,4}

<hardineros@hardineros.com>

INTRODUCCIÓN:

Las estrategias nutricionales en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCIN) en pacientes de muy bajo peso, continúan sin brindar un crecimiento adecuado, presentando en su mayoría retardo del crecimiento extrauterino (RCEU).

OBJETIVO:

Determinar la prevalencia de RCEU en una población \leq 1250 gr, y describir las morbilidades asociadas.

MÉTODO:

Estudio descriptivo de corte transversal. Se seleccionó una muestra aleatoria de 30 pacientes sobre 61 elegibles, incluidos en un protocolo de investigación realizado en nuestra UCIN desde 01/08/2013 al 31/12/2015. Se realizó la valoración nutricional y el análisis de la morbi/mortalidad de esta población.

RESULTADOS:

Se registraron 1351 ingresos a UCIN. 61 (4.5 %) pacientes tuvieron peso \leq 1250 gr. De la muestra de 31 pacientes, 4 fallecieron (12,9%). 12 (44.4 %) se mantienen igual puntaje Z y con igual percentilo. y 15 (55,6%) pacientes aumentaron el puntaje Z con descenso al percentilo 3. El puntaje z con respecto del peso al alta fue de -2.56 ± 0.9 . Las morbilidades fueron Membrana hialina en 20 (74,1%). Enterocolitis necrotizante en 4 (14,8%), Ductus en 16 (59,3%), Sepsis en 9 (33,3%), Displasia Broncopulmonar en 10 (37,0%) y Hemorragia intraventricular en 7 (25,9%).

CONCLUSIONES:

En esta población las diversas morbilidades asociadas incrementan la RCEU al egreso mas allá de las estrategias nutricionales implementadas. Futuros estudios multicéntricos serán necesarios para obtener mayor información de esta población de muy bajo peso.

PREVALENCIA DE RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO EXTRAUTERINO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL

SP
154

Vecchiarelli C.¹; García S.²; Echavarría A.³; Tejero S.⁴; Osio C.⁵

SANATORIO OTAMENDI^{1,2,3,4,5}

<hardineros@hardineros.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

A pesar de la implementación de la nutrición temprana parenteral y enteral, la restricción de crecimiento extrauterino (RCEU) aún sigue siendo una problemática difícil de resolver.

OBJETIVO:

Determinar la prevalencia de la RCEU en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN) según peso al nacer.

MÉTODO:

Estudio de corte transversal descriptivo en el que se incluyeron todos los pacientes ingresados a la UCIN desde 01/01/2015 al 31/12/2015. Para la evaluación del crecimiento se utilizaron las curvas de Fenton.

Se seleccionó una muestra aleatoria de 40 pacientes en dos grupos: grupo A \leq 1500 g y grupo B: $>$ 1500 g y $<$ 2000 g. Se estudiaron peso, longitud corporal y perímetro cefálico al nacer y al alta. Todos recibieron el soporte nutricional según normas preestablecidas en servicio.

RESULTADOS:

En el período de estudio se registraron 708 ingresos a UCIN. En el Grupo A el puntaje z para el peso (P) fue de $-2 \pm 1,8$, el puntaje z para longitud corporal (LC) fue de $1,68 \pm 1,3$ y de perímetro cefálico (PC) $-1,08 \pm 0,5$; con respecto al Grupo B el puntaje z para el P fue de $-1,72 \pm 0,9$, para LC puntaje z de $-2,32 \pm 0,8$ y para PC $-1,69 \pm 1,2$, estas mediciones fueron en el momento del alta.

CONCLUSIONES:

Se observa que la población de los prematuros muy bajo peso $<$ 1500 g presentan mayor RCEU que la población $>$ de 1500 g, las diferentes morbilidades pre y post natales favorecen esta situación, a pesar de implementar estrategias nutricionales adecuadas y oportunas. Se requieren futuros estudios con mayor cantidad de pacientes y multicéntricos que permitan evaluar esta población.

EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE HIPOTERMIA CORPORAL TOTAL, SERIE DE CASOS

SP
155

Robledo V.¹; Pena F.²; Montero F.³; Tain J.⁴; Vecchiarelli C.⁵; Osio C.⁶
SANATORIO OTAMENDI^{1,2,3,4,5,6}

<soporte@hardineros.com>

INTRODUCCIÓN:

La Encefalopatía Hipóxico Isquémica (EHI) Moderada o Severa se presenta en 1 de 1000 RN vivos, con más del 25 % de secuelas neurológicas (10 a 25% de los niños con parálisis cerebral) y con mortalidad del 10 al 60 %. Existe evidencia que el tratamiento con Hipotermia en pacientes con EHI es beneficioso a corto y largo plazo con reducción del compromiso severo del neurodesarrollo.

OBJETIVO:

Describir la experiencia en el tratamiento de la EHI con Hipotermia Corporal Total (HCT) en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Durante el período entre Octubre de 2010 y enero de 2016 nacieron 20350 RN de los cuales 23 reunieron los criterios de ingreso en (HCT) con edad gestacional \geq a 35 semanas, con evento agudo de asfixia perinatal y antes de las 6 hs de vida, con equipo BLANKETRON III durante 72 hs. Se realizó examen clínico neurológico, soporte controles clínicos y de laboratorio según protocolo, ecografía cerebral en primeras 24 hs de vida, polisomnografía luego del recalentamiento y RNM.

RESULTADOS:

En los RN estudiados la edad gestacional media fue de 39 semanas (r36-39), la media de peso fue de peso de 3249g (r2800-4100), 18 RN requirieron ventilación convencional, 4 CPAP y 1 Halo. El 52 % de los RN presentaron convulsiones tónico clónicas clínicas y uno en trazado de polisomnografía. Complicaciones frecuentes fueron hipocalcemia y

anemia. La ecografía cerebral mostró signos de edema en todos los casos, 80 % de las polisomnografías se informaron con desorganización y 23 % de las RNM fueron patológicas. El tiempo de internación promedio fue de 20 días. Los pacientes continuaron en seguimiento con controles de fondo de ojo, controles auditivos que fueron normales y Test de Bayley III en 9 pacientes con valores entre 87 a 95 (promedio para la edad), en 6 pacientes está pendiente el informe (se notificará a la brevedad), 4 RN no tienen la edad para la evaluación, en 2 pacientes el compromiso del neurodesarrollo es severo, 2 fallecieron.

CONCLUSIÓN:

La incorporación de la Hipotermia tuvo un resultado favorable, coincidente con la evidencia, se observó respuesta al tratamiento en la EHI moderada. Es importante la continua y dinámica capacitación del personal, asignar un grupo de trabajo para la internación y el seguimiento de estos pacientes.

CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A PROCEDIMIENTOS INVASIVOS EN LA UCIN NIVEL III B PERIODO ENERO-DICIEMBRE 2015

SP
157

Boucau N.¹; Fernandez Lausi A.²; Freire V.³; Gregorio G.⁴
HOSPITAL NACIONAL PROF. DR. ALEJANDRO POSADAS^{1,2,3,4}

<nboucau@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

Los avances en el manejo neonatal permitieron aumentar la sobrevida y mejorar el pronóstico de los recién nacidos de alto riesgo. Es primordial mantener un plan de vigilancia de infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS) que permita prevenir las complicaciones que estas ocasionan.

OBJETIVOS:

Analizar la tasa de infecciones relacionadas a procedimientos invasivos de los recién nacidos internados en la UCIN nivel III B. Describir las estrategias implementadas para lograr su disminución.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio prospectivo. Período: enero-diciembre de 2015. Análisis de datos mediante el software VIHDA. Población: 741 recién nacidos, 629 nacidos en nuestro hospital y 112 derivados. UCIN de 50 unidades. Se calcularon las tasas de utilización de procedimientos, los episodios de infección y las tasas de infección asociadas a procedimientos (catéter venoso central (CVC), ARM y catéter urinario (CU)).

RESULTADOS:

El índice de utilización de procedimientos fue

RN peso(g)	ARM %	CVC %	C. U %
<1000	44,28	32,31	1,74
1000-1500	32,25	28,62	5,22
1501-2500	16,43	25,02	6,62
>2500	14,69	21,79	9,83
TOTAL	22,7	25,69	6,68

MES	Episodios de infecciones	MES	Episodios de infecciones
Enero	17	Julio	11
Febrero	19	Agosto	19
Marzo	22	Septiembre	14
Abril	18	Octubre	12
Mayo	11	Noviembre	8
Junio	9	Diciembre	7

En el 1er. trimestre se detectó un aumento en las tasas de IACS.

Estrategias implementadas:

- Ø Revisión de las recomendaciones de prevención y control.
- Ø Capacitación del personal, programada e incidental.
- Ø Conformación de un equipo exclusivo para el manejo y colocación de los catéteres venosos centrales y administración de nutrición parenteral.

Se observó una disminución de un 50% en el número de casos. En junio se comienza con cultivos de vigilancia. En agosto y septiembre se registró un brote por microorganismos multirresistentes ascendiendo las tasas de infección a 6,21%, con el 76% de los pacientes colonizados. Se implementó la cohorte y aislamiento in situ y se reforzaron las medidas de prevención, disminuyendo el número de pacientes colonizados a un 12,5% y la tasa global de IACS asociada a procedimientos a 2.62%.

CONCLUSIONES:

El programa de vigilancia permitió detectar precozmente los brotes y realizar intervenciones oportunamente. Las tasas continúan en valores superiores a los deseables. Dada la causa multifactorial de estos eventos es esencial el compromiso institucional.

EXPERIENCIA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA CON UN MÉTODO ALTERNATIVO EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE LACTANCIA DE LA MATERNIDAD SARDÁ.

PO
158

Conti R.¹; Fernandez A.²; Herrera R.³; Sposaro N.⁴; Ferrara V.⁵; Klatt R.⁶; Boccaccio C.⁷

MATERNIDAD SARDÁ^{1,2,3,4,5,6,7}

<roxanaconti@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El 92% de los pacientes egresan de nuestra maternidad con lactancia materna exclusiva (LME). Si bien el 85% continúa con LME al mes de vida, muchos de ellos son atendidos en el consultorio de lactancia, derivados por déficit de peso, dificultades en la prendida al pecho o afecciones mamarias que dificultan la lactancia y favorecen el destete precoz. La temprana introducción de sucedáneos de la leche materna conlleva el riesgo de morbimortalidad para estos niños durante el periodo neonatal y pediátrico, riesgos para la salud materna, y gran impacto en la salud pública debido al costo económico para la sociedad.

OBJETIVO:

Sostén de la LME con ganancia adecuada de peso utilizando un método alternativo de alimentación que no interfiera con la succión al pecho.

POBLACIÓN:

Recién nacidos de término (RNT) sanos con déficit de peso y/o dificultades en la lactancia atendidos en nuestro consultorio entre enero y marzo de este año.

MÉTODO:

Se capacita a las madres en el método de extracción manual y en técnicas alternativas para ofrecer el complemento de leche humana extraída (LH) y/o fórmula láctea (FL). Las técnicas utilizadas son:

- Vasito (V): Se utiliza un vaso o taza pequeña. Se posiciona al bebé semisentado sobre la falda, sosteniendo su cabeza y espalda en posición erecta y apoyando suavemente el vasito en el labio inferior, se inclina hasta que la leche toque los labios.

- Dedo-jeringa (D-J): Se introduce un dedo en la boca del bebe, preferentemente el meñique, con el pulpejo hacia el paladar, logrando que el niño/a succione, mientras se vierte leche con una jeringa pequeña en la comisura labial.

RESULTADOS:

Se atendieron 233 pacientes de los cuales fueron seguidos 74 a los que se les ofreció V y/o D-J. De ellos el 64% recibió sólo LH y el 36% LH+FL como aporte complementario además del pecho materno. Se recomendó extracción manual luego de cada toma del pecho. El aporte de FL, cuando se indicó, fue en todos los casos de 30 ml tres veces al día. El aumento promedio diario en pacientes complementados con LH fue de 52 gr/día y de 50 gr/día con LH+FL. El tiempo en recuperar el peso de nacimiento fue de 13,7 días en los paciente con LH y de 19,8 días con LH+FL. El 85% de los pacientes logró LME.

CONCLUSIONES:

Los métodos de V y D-J son aceptados por la totalidad de los pacientes atendidos, mostrando un adecuado progreso de peso. Un alto porcentaje logró una LME utilizando estos métodos de alimentación alternativa.

COMO ACOMPAÑAR UN DESENLANCE FATAL CON LA ILUSIÓN DE AYUDAR A LA VIDA. INFORMACIÓN IMPORTANTÍSIMA PARA EL EQUIPO PERINATAL.

RPD
159

Estevanel A.¹; Descalzo M.²; Tierno M.³; Tula C.⁴; Comparato C.⁵

HOSPITAL Y MATERNIDAD SANTA ROSA^{1,2,3,4,5}

<amestevanel@gmail.com>

Se presenta el caso clínico del embarazo de madre de 27 años G3C2, sana, controlado, inmunizado, serología para TORCH actualizada, a quien en la semana 17 de la gesta se le efectúa diagnóstico de ANENCEFALIA, dándole diagnóstico y pronóstico del embarazo. La señora acompañada por su familia decide continuar en el embarazo hasta su finalización, dado que está decidida a donar del cuerpo de su hijo lo que se considere útil al INCUCAIBA, ya que considera que esa es la forma de atenuar el dolor de un diagnóstico letal por una esperanza de vida en otro recién nacido. Producida la cesárea en el año 2013, nace RN masculino, de 37 semanas, PN: 2800 gr, vigoroso, quien vive 63 horas en el servicio de Neonatología del hospital, en todo momento el niño es acompañado por su familia, quien lo tiene en brazos y oportunamente alimenta por sonda orogástrica. Se aprovecha ese tiempo para dar aviso al INCUCAIBA, con quienes se acuerda efectuar los estudios necesarios, y efectuar la ablación tal como solicita su madre una vez producido el fallecimiento –DONANTE CADAVERÍCO– dado que con peso superior a 2,5 Kg., sirven tal lo notificado por esta entidad las válvulas cardíacas, que servirán a los Bancos de Homoinjertos, para tratamiento de patologías cardíacas neonatales. Así se pudo desde el compromiso de Maternidad Segura y Centrada en la Familia acompañar la decisión de la madre y dar dentro de lo onminoso del desenlace acompañar con un final esperanzador. El procedimiento fue realizado en la Institución, la familia siempre contó con la contención de todo el equipo perinatal, incluido servicio de Psicología. La sra. volvió a dar a luz un RN normal en enero del 2016.

TRANSFERENCIA DE PACIENTES EN UNA UNIDAD NEONATAL

Di Meola M.¹; Arbio S.²; Goldsmit G.³; Fariña D.⁴; Rodríguez S.⁵

HOSPITAL DE PEDIATRÍA S.A.M.I.C. "PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN"^{1,2,3,4,5}

<eugedimeola@hotmail.com>

PO
161

INTRODUCCION:

El proceso de transferencia clínica (Handover - Hand off) implica un traslado de la responsabilidad profesional en el cuidado de un paciente; la comunicación entre profesionales en esta etapa debe asegurar continuidad y seguridad en la atención. Es en general un proceso informal, no estructurado, en el cual se describe aumento de la frecuencia de errores.

OBJETIVOS:

Valorar y estandarizar el proceso de transferencia de RN internados entre diferentes sectores de una UCIN de alta complejidad.

POBLACION:

La unidad de estudio fueron los episodios de transferencia entre sectores del área de neonatología del Hospital Juan P. Garrahan (intensivo, intermedia y recuperación neonatal). Periodo de estudio: 7/2014 a 6/2015.

METODOS:

Estudio observacional y prospectivo; se administraron entrevistas dirigidas a los neonatólogos y enfermeros que transfirieron y que recibieron al RN de cada sector. Se evaluó para cada transferencia el nivel de conocimiento profesional asociado a características clínicas, de diagnóstico, tratamiento y situación familiar de cada paciente. Los resultados se resumen como porcentajes de falta de conocimiento para cada aspecto (del que transfiere y del que recibe) y la diferencia entre ambas como la pérdida de información asociada a la transferencia. Las mediciones se realizaron antes y después de la aplicación de una planilla de transferencia estandarizada (periodo pre y post-intervención).

RESULTADOS:

Se analizaron 100 transferencias pre-intervención (fase I): 89% programadas, 72% en el turno mañana, 73% estuvieron a cargo de médicos de planta y 27% de residentes. En el periodo post-intervención (fase II) se evaluaron 62 transferencias: 61% programadas, 48% en el turno tarde, 68% a cargo de un médico de planta y 32% de residentes. En la fase I se observó una pérdida de información promedio del 28% (entre 20 a 44%) para aspectos tales como situación familiar, estudios pendientes o tratamientos, informe a los padres. En la fase II la pérdida de información disminuyó significativamente al 2% (entre 0 a 8%) (valor $p < 0,001$). En el caso de la transferencia entre enfermeros, las diferencias fueron menos marcadas y la pérdida de información promedio fue desde el 12% al 10% en cada fase.

CONCLUSIONES:

Durante la transferencia de neonatos internados se pierde información de valor, y el uso de planillas estandarizadas parece haber reducido la pérdida. Si bien este efecto pudo haber estado asociado al desarrollo del proyecto, se requieren mediciones adicionales para evaluar la sustentabilidad del cambio.

UTILIDAD DEL MONITOREO DE FUNCIÓN CEREBRAL DURANTE LA APLICACIÓN DE HIPOTERMIA TERAPÉUTICA SELECTIVA EN RECIÉN NACIDOS CON ENCEFALOPATÍA HIPÓXICO ISQUÉMICA

Ahumada L.¹; Ferreyra M.²; Gurevich D.³; Rognone A.⁴; Mitrano A.⁵; Oga M.⁶; Bolzán M.⁷; Paez L.⁸; Sánchez P.⁹; Latorre S.¹⁰; Palacios P.¹¹; González G.¹²; Faner A.¹³; Micolo M.¹⁴

HOSPITAL MISERICORDIA^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14}

<luisahumada@gmail.com>

PO
163

INTRODUCCIÓN:

La encefalopatía hipóxico-isquémica (EHI) es una causa importante de daño neurológico en niños con una incidencia de 1-3 casos x 1.000 RN. Distintos ensayos clínicos y metanálisis han demostrado que la hipotermia terapéutica (HT) reduce la mortalidad y la discapacidad. En el 2012 iniciamos un programa de Neuroprotección Cerebral para lo cual se adquirieron un equipo de HT selectiva y un Monitor de función cerebral (MFC) para el manejo de la EHI.

OBJETIVO:

Presentar nuestra experiencia sobre el uso del Monitoreo de Función Cerebral en neonatos con EHI tratados con HT cerebral selectiva como predictor de evolución neurológica a corto y mediano plazo.

POBLACIÓN:

Recién nacidos con EHI con criterios de inclusión para HT nacidos en el Hospital Nuestra Señora de la Misericordia (HNSM) o derivados de otros centros de la ciudad de Córdoba.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo, retrospectivo, realizado en el HNSM, entre enero de 2012 y Febrero de 2016. Equipos utilizados: Sistema OLYMPIC COOL-CAP[®] y Olympic CFM 6000 Natus (Monitor de EEG de amplitud integrada, de 1 canal, continuo). Todos los pacientes con criterios de EHI moderada o severa fueron colocados en el MFC antes de las 6 horas de vida y posterior a la HT según su condición clínica. Se utilizaron electrodos invasivos en la mayoría de los pacientes. Los datos obtenidos se obtuvieron de las historias clínicas y de los registros grabados en el MFC. Se utilizó la clasificación de severidad desarrollada por Naqeeb y col. que clasifica en Normal (N) o continuo, Moderado (M) o discontinuo y Severo (S) que, a su vez, incluye:

descargas de Supresión (DS), Bajo voltaje (BV) y voltaje plano (VP). Las convulsiones se clasificaron en aisladas, múltiples o estado epiléptico. Los niños fueron seguidos posterior al alta por equipos especializados y evaluados, además, por RNM cerebral.

RESULTADOS:

Se incluyeron 32 pacientes que cumplían los criterios de HT, 24 (75%) se les realizó simultáneamente MFC durante un promedio de 83 horas (16- 136). El aEEG al ingreso fue normal en 10, 5 presentaron compromiso moderado y 9 severo. 14 (58%) tuvieron convulsiones en el aEEG, la mayoría fue múltiples o estado epiléptico. Al finalizar la HT: 8 normalizaron su trazado aEEG, 8 tenían compromiso moderado y 8 persistieron con depresión severa. De estos últimos, 6 fallecieron, 1 presentó una evolución normal y el restante desertó del seguimiento. De los moderados, 5 normales, 1 hipotonía global, 2 desertaron. De los que egresaron con aEEG normal, 6 fueron normales, 1 hipotonía global y 1 con retraso leve. Sólo 1 paciente que al ingreso presentó aEEG severo (DS) mejoró al egreso y evolucionó sin secuelas en el seguimiento. Episodios convulsivos sin actividad clínica se detectaron en el 6 (40%) de los casos.

CONCLUSIONES:

Los resultados demuestran la utilidad del aEEG como predictor de secuela grave o muerte posterior o durante la HT. La mortalidad y la posibilidad de secuelas neurológicas están muy incrementadas en los pacientes que persisten con un EEG luego del procedimiento. Permite la detección de convulsiones no clínicas y la respuesta al tratamiento. Se requiere ir adquiriendo más experiencia en estas tecnologías para mejorar su aplicación en neonatos con EHI.

RESIDUO GÁSTRICO Y ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

PO
165

Galletti M.¹; Camoia E.²; Carrascal M.³; Fernandez Jonusas S.⁴; Mariani G.⁵

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES^{1,2,3,4,5}

<maria.galletti@hospitalitaliano.org.ar>

INTRODUCCIÓN:

La enterocolitis necrotizante (ECN) es una enfermedad multifactorial, con una elevada mortalidad. El principal factor de riesgo es la inmadurez del tracto gastrointestinal asociado a la prematurez. La relación entre ECN e intolerancia enteral (IE) es controvertida. La IE es común en el RNPT, se manifiesta por residuo gástrico (RG), vómitos o distensión abdominal. El RG podría ser una consecuencia benigna de la inmadurez y disminución de la motilidad intestinal, o bien podría ser un signo clínico temprano de la ECN. Si bien esta relación no está claramente definida, la medición rutinaria del RG es una práctica habitual en nuestra Unidad.

OBJETIVO:

Evaluar la asociación entre la presencia y el volumen acumulado de RG y el desarrollo de ECN.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio de casos y controles. Se consideraron casos los pacientes con ECN estadio II-III de la clasificación de Bell modificada. Ellos fueron apareados con controles por edad gestacional (EG) y peso de nacimiento (PN), con una relación caso-control 1:2. Se incluyeron RNPT menores de 1500 g, nacidos entre 2010 y 2015. La variable principal de exposición fue la presencia de RG, definido como > 4 ml/kg. Recabamos también el volumen acumulado (VRG) previo al diagnóstico.

RESULTADOS:

De 292 RNPT, el 10% presentó ECN. Incluimos 19 casos y 38 controles. La EG fue $27,4 \pm 2,9$ semanas y PN 893 ± 234 g. No hubo diferencias entre PN y EG entre casos y controles. El 68% de los pacientes presentó ECN avanzada (estadio IIIB), siendo la mortalidad entre los casos del 42%. La mediana de edad al diagnóstico fue de 8 días (IIC 7-13). El 36% de los pacientes con ECN y el 34% de los controles presentaron RG (p 0,84). El 47% de los casos comenzó con RG el día del diagnóstico de ECN, siendo la mediana de 1 día previo al diagnóstico. (IIC 0-4). No encontramos asociación entre RG y ECN (OR 1,2 IC95% 0,35-3,5). La mediana del VRG para los casos fue de $4,5 \pm 6$ ml y para los controles $6,9 \pm 1,5$ ml (p 0,57).

CONCLUSIÓN:

No encontramos asociación entre RG y ECN. El RG podría ser reflejo de una dismotilidad propia del RNPT. La medición rutinaria del RG previo a cada alimentación es una práctica que podría discontinuarse.

REPERTORIO DE MOVIMIENTOS GENERALES COMO METODO DE EVALUACION NEUROLOGICA EN RECIEN NACIDOS Y LACTANTES PRETERMINO

SP
166

Pena F.¹; Moreno Presotto A.²; Oreiro H.³; Fiorentino A.⁴; Muzaber L.⁵

HOSPITAL NACIONAL ALEJANDRO POSADAS^{1,2,3,4,5}

<fabiaras@fibertel.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

Numerosas investigaciones han demostrado la fiabilidad y la validez del método de observación de Prechtl, expresándose con altos valores de sensibilidad y especificidad, que superan la validez de los exámenes neurológicos tradicionales. El valor predictivo de esta técnica en relación con el desarrollo neurológico es muy alto, en especial para niños nacidos pretérmino.

OBJETIVO:

Observar, describir y categorizar el repertorio de movimientos generales del recién nacido, desde el nacimiento hasta 20 semanas postérmino, a fin de determinar su utilidad como herramienta complementaria del examen neurológico.

MÉTODO:

Estudio exploratorio, prospectivo, descriptivo. Se utilizó como herramienta de evaluación, el método Prechtl de observación del Repertorio de Movimientos Generales del Recién Nacido. Observacional, con filmaciones. La población de estudio consistió en 70 recién nacidos, con edad gestacional menor a 37 semanas, nacidos en el Hospital Nacional Prof. A. Posadas desde Junio hasta Diciembre 2014. Se realizaron 222 grabaciones de vídeo, en diferentes etapas evolutivas (Etapa Pretérmino/Writhing/Fidgety). Los datos postnatales de los bebés fueron registrados para su posterior análisis.

RESULTADOS:

Se evidencia en la población participante, un alto número de niños con movimientos generales anormales, siendo más frecuentes los movimientos anormales del tipo Pobre Repertorio en las etapas evaluadas pretérmino y Writhing mientras en la etapa Fidgety se evidenció un mayor número de movimientos Fidgety Anormales.

CONCLUSIONES:

La detección de anomalías en los Movimientos Generales de los bebés puede ser marcador temprano de daño cerebral cuya manifestación clínica podrá evidenciarse recién en años. Los métodos clínicos siguen siendo la mejor herramienta en neurología para anticipar la posibilidad de riesgo futuro en neurodesarrollo permitiendo la gestión apropiada de las estrategias de abordaje terapéutico en caso de considerarse necesario.

RESULTADO DE SEGUIMIENTO A LOS 5 AÑOS DE EDAD DE UNA POBLACIÓN DE NIÑOS PREMATUROS NACIDOS EN UNA MATERNIDAD PUBLICA

RPD
168

Gabai P.¹; Perez Z.²; Caram M.³; Trujillo S.⁴; Nieva C.⁵

PUBLICO^{1,2,3,4,5}

<paubeagab@hotmail.com>

INTRODUCCION:

Los avances tecnologicos científicos en cuidados perinatales dieron paso a la mayor sobrevivencia de prematuros, en especial a menores de 1500 gr. Estos bebes egresan de las UTIS., crecen y se desarrollan dependiendo de su morbilidad (problemas físicos, nutricionales, sensoriales, del desarrollo, cognitivos) por lo que es esencial un seguimiento multidisciplinario a largo plazo para acompañar, prevenir, diagnosticar y tratar futuras secuelas neuromadurativas.

POBLACION:

Todos los menores de 1500 gr. y/o menores de 32s. nacidos en maternidad publica entre el 2008 y 2009 que cumplieron seguimiento de 5 años.

MATERIAL Y METODO:

Revisión de historias clínicas. Estudio retrospectivo, descriptivo de corte transversal.

RESULTADOS:

96 niños completaron el seguimiento, con las siguientes características perinatológicas: sexo (v42,m54), según peso de nac. menos de 1000 gr. 26%; entre 1001 y 1499 gr. 60% y mayores de 1500 gr. 13%, según Eg. menores de 28-28%; entre 29 y 32-54% y mayores de 32s 15%; con bajo peso al nacer 14%. Los resultados obtenidos a los 5 años –Estado nutricional según IMC– Adecuados 62%, Sobrepeso 4%, Obesidad 3%, Riesgo nutricional 18% y bajo peso 11%. Talla baja 13%; Perimetro cefalico pequeño 9%. Evaluación visual: no realizaron 13%, normal 41%, anormal 44% de los cuales usan anteojos el 48% y 4,6% son ciegos. Evaluación auditiva:

no realizaron 23%, con diagnóstico de hipoacusia 7% de los cuales 4 están equipados y el resto en trámite. Con certificado de discapacidad 16 pacientes. Diagnóstico de desarrollo: 22 niños presentan alteraciones del desarrollo: parálisis cerebral 12; 2 con ceguera, problemas de conducta y aprendizaje, 3 trastorno de espectro autista, 1 baja visión, 2 retraso del lenguaje y 3 retraso global no diagnosticado. Escolarización: asisten a escuela común 77%; a escuela especial 8% y 15% no ingresaron todavía.

CONCLUSION:

El seguimiento del niño prematuro y su familia implica un enfoque interdisciplinario y a largo plazo para poder abarcar al niño en todos sus aspectos neuropsicosocial para su mejor inserción socioescolar. El control evolutivo de los niños con secuelas o riesgo potencial deberían extenderse durante toda su infancia y adolescencia para evitar fracasos escolares con la cooperación de los padres y la sociedad.

DETECCIÓN DE TRASTORNOS EN LA INTEGRACIÓN SENSORIAL EN NIÑOS NACIDOS PRETÉRMINO

SP
169

Oreiro H.¹; Moreno Presotto A.²; Fernandez S.³; Fiorentino A.⁴

HOSPITAL NACIONAL PROFESOR ALEJANDRO POSADAS^{1,2,3,4}

<voreiro@intramed.net>

INTRODUCCIÓN:

La teoría de la integración sensorial sugiere que la habilidad de los niños para percibir e integrar las sensaciones a través de los sistemas táctil, vestibular, propioceptivo, olfativo, gustativo, auditivo y visual les permitirá desarrollar luego habilidades motrices, cognitivas y lingüísticas necesarias para lograr una adaptación adecuada al medio. El déficit de procesamiento sensorial ocasiona dificultades en el aprendizaje, desarrollo y comportamiento.

OBJETIVOS:

Evaluar el perfil sensorial de niños nacidos prematuros con edad gestacional menor o igual a 32 semanas, con peso nacimiento menor o igual a 1500 gr.

METODOLOGÍA:

Se realizó el seguimiento de 20 bebés de 45 días a 6 meses de edad corregida, durante período junio/noviembre de 2013 en el consultorio de seguimiento de niños nacidos pretérmino del Hospital Nacional Prof. A. Posadas.

Se utilizó como método de evaluación el cuestionario sobre Perfil Sensorial para padres o tutores diseñado por Winnie Dunn, PhD, OTR, FAOTA. Este brinda información sobre el procesamiento visual, vestibular, táctil, auditivo y sensitivo oral dividiéndolo en cuadrantes: Bajo Registro, Buscador de Sentidos, Sensibilidad Sensorial y Evitador de Sensaciones. Mediante el uso de una tabla con rangos predeterminados se clasifica a los pacientes en performance Típica o Atípica (2 DS del promedio del grupo de validación).

RESULTADOS:

El cuadrante de Bajo Registro presentó la mayor cantidad de casos 62%, el cuadrante de Buscador de Sentidos concentró la menor cantidad 15%. Los dos cuadrantes restantes mostraron una distribución similar. Resultado atípico en múltiples cuadrantes un 35%.

CONCLUSIONES:

Un gran porcentaje de bebés presentaron una respuesta sensorial atípica. El niño que nace prematuro pierde la contención del útero materno placentero, se interrumpe el desarrollo y maduración neurosensorial que continuará en el hostil y necesario ambiente de la UCIN. Recrear y hacer cuidado sensorial del niño con el contacto piel a piel, empleo de "nidos" y cambios posturales que organicen el esquema corporal, asesoramiento parental en las actividades de la vida diaria y modulación de la sobrecarga de estímulos, ayuda a promover el desarrollo neuromadurativo apropiado.

EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA, DESARROLLO INTELECTUAL Y CONTEXTO SOCIOCULTURAL EN NIÑOS DE 5 Y 6 AÑOS CON ANTECEDENTES DE PREMATUREZ

**PO
170**

Caram M.¹; Sanna V.²; Rojas A.³; Miceli S.⁴; Perez M.⁵; Pastorino G.⁶

HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS - TUCUMÁN; FACULTAD DE MEDICINA (UNT)^{1,4,5}; FACULTAD DE MEDICINA (UNT)²; HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS - TUCUMÁN; INSTITUTO DE MATERNIDAD NTRA. SRA. DE LA MERCED³; HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS - TUCUMÁN; CENTRO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA⁶
 <emiliac1067@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

Los niños prematuros menores de 1500g pueden presentar problemas del desarrollo o de conducta que deben ser pesquisados y tratados oportunamente. En este estudio se utilizaron pruebas de screening para evaluación objetiva.

OBJETIVOS:

1) Determinar la madurez mental e identificar problemas de conducta: 3) evaluar educación materna (EM) y riesgo social de las familias.

POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODOS:

Niños de 5 y 6 años, escolarizados, que son controlados en Consultorio de seguimiento de prematuros, Hospital de niños de Tucumán, durante 2015. Datos de Historia clínica (HC): Edad gestacional (EG), peso de nacimiento (PN), hemorragia intraventricular (HIV) displasia broncopulmonar (DBP) y retinopatía del prematuro (ROP). Para datos Sociales: 1) Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), 2) EM 3) Criterios de Equidad de la OMS (CE-OMS), clasifica las familias: bajo, mediano o alto riesgo (BR, MR y AR). Para desarrollo mental se usó test del Dibujo de la Figura Humana (DFH). Los resultados se relacionan con CI: bajo, límite bajo, normal-bajo, normal, normal-alto, alto o superior. Para conducta se usó Cuestionario de capacidades y dificultades 4 a 17 años (Strengths and Difficulties Questionnaire - SDQ,) aplicado a las madres: investiga 25 atributos, positivos y negativos que abarcan 5 áreas: problemas de conducta, hiperactividad,

síntomas emocionales, problemas con compañeros y conducta prosocial. Se clasifica en normal, límite o anormal. Estudio de corte descriptivo. Análisis descriptivo observacional.

RESULTADOS:

Se analizaron las HC de 30 niños que completaron los estudios, (17 mujeres). Datos perinatales (PN): Media de Peso, 1175 g; \geq a 1000g, 27%; EG \geq 28 Sem, 40%; entre 29 y 32 sem, 50%; con Bajo peso al nacer 20%. DBP 43%, Sin HIV 43% y 10% HIV grado 3. Con ROP, 50%, grado máximo 7%. Datos sociales: NBI 10%, EM: 90% primaria completa. CE-OMS: MR 18% y BR 82%. Resultados del DFH: 1 niño se negó a dibujar; 3% límite bajo 13% normal bajo; 57% normal y 23% normal alto. SDQ (N:28): Puntaje global: Normal, 2 (7%); Límite, 3 (11%); Anormal, 23 (82%). Puntaje por escalas, resultó Anormal: relación con los pares 50%, hiperactividad, 36%; emocional, 32%; conducta, 25%. Conducta prosocial, 99% normal.

DISCUSIÓN:

En la población de niños estudiada se observó bajo porcentaje de BPEG y de patologías perinatales severas. El riesgo ambiental también resultó bajo y no parecerían tener influencia en los resultados de DFH. La mayoría resultó con madurez mental dentro de los rangos de normalidad. Importante prevalencia de problemas de conducta, desviaciones que podrían interferir con los aprendizajes.

ROP EN EL HOSPITAL LARCADE: INTERACCIÓN ENTRE EL ÁMBITO PÚBLICO Y EL PRIVADO

**RPD
171**

Pozzi Azzaro M.¹; De Stefano E.²; Crespo Nano C.³; Lukasiewicz M.⁴; Christophersen F.⁵; Jones C.⁶; Puccio M.⁷; Rivero P.⁸

CLÍNICA DE OJOS DR. NANO^{1,2,3,4,5,6,7,8}
 <mariana.pozzi.azzaro@gmail.com>

OBJETIVOS:

Mostrar a la comunidad científica el trabajo realizado en la unidad de neonatología del Hospital Raul F Larcade en el partido de San Miguel. Dicho trabajo se realiza gracias a la interacción entre la actividad del hospital público, la Fundación Oftalmológica Hugo D Nano y la Clínica de Ojos Dr. Nano. Consiste en el screening, seguimiento, tratamiento y rehabilitación de los neonatos con retinopatía del prematuro (ROP).

MATERIALES Y MÉTODOS:

Desde el año 2011 al día de la fecha se realiza el screening semanal de los pacientes prematuros y con factores de riesgo para desarrollar la enfermedad. Se controlan hasta observar la vascularización completa y normal de la retina. Los pacientes que requieren tratamiento con fotocoagulación laser, son tratados en la unidad de neonatología con un láser portátil bajo el monitoreo de un neonatólogo. Luego del alta de la neonatología, son controlados por consultorio externo en la Clínica de Ojos Dr. Nano. Aquellos pacientes tratados, o con evolución no favorable que requieran estimulación temprana/rehabilitación realizan dichas actividades en la fundación oftalmológica Hugo D. Nano.

RESULTADOS:

Período: Desde Septiembre del 2011 hasta Diciembre 2015.
 Paciente Evaluados: 219

No ROP 177 (81%)	Necesitaron Tratamiento: 9 (4% del total evaluados) Evolución favorable: 8 (89% del total tratados) Evolución desfavorable: 1 (11% del total tratados): rehabilitación
ROP 42 (19%)	

CONCLUSIÓN:

Queremos resaltar la importancia de la detección y tratamiento de esta patología para prevenir la ceguera. También nos parece importante transmitir que la interacción entre el sector público y el sector privado es posible y en este caso necesaria para poder cumplir con esta importante función y sortear con todos los problemas que cada caso en particular requiere.

MORBIMORTALIDAD DE RECIÉN NACIDOS CON MENOS DE 1500 GR POR SUBGRUPOS DE PESO Y POR AÑO EN EL HOSPITAL PUBLICO MATERNO INFANTIL DE SALTA EN UN PERIODO DE 6 AÑOS

SP
172

Soria E.¹; Aguilar A.²; Maidah T.³; Galvan P.⁴; Davalos T.⁵; Lajad A.⁶; Venticola L.⁷

HOSPITAL PUBLICO MATERNO INFANTIL SALTA^{1,3,4,5,6,7}; HOSPITAL PUBLICO MATERNO INFANTIL SALTA; HOSPITAL PAPA FRANCISCO SALTA²
<etelsoria@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

En el HPMI de Salta anualmente nacen unos 8500 RN de los cuales el 2,4 % pesa menos de 1500 gr. La evaluación de la morbilidad, es una herramienta de gestión, que permite establecer puntos de comparación de los resultados, evaluar el impacto de las mejoras de la atención, establecer prioridades y costos.

OBJETIVO:

Caracterizar la mortalidad y conocer la frecuencia de las morbilidades de los RN con un peso menor a 1500 gr, que nacieron en HPMI desde el 1 de enero de 2010 hasta el 31 de diciembre de 2015, para establecer una línea de base del problema por grupo de peso.

MÉTODO Y POBLACIÓN:

Estudio observacional, descriptivo retrospectivo. Se incluyeron todos los RN de 500 gr y menos de 1500 gr que nacieron en el HPMI, vivieron más de 24 hs. Desde el 1 de enero de 2010 hasta el 31 de diciembre de 2015. Se excluyeron partos domiciliarios, malformados y RN trasladados a otras instituciones. Se analizaron 4 grupos: de 500 gr menos de 750 gr (P1); 750 gr menos de 1000 gr (P2); 1000 gr menos de 1250 gr (P3) y 1250 gr menos de 1500 gr (P4). Los datos se procesaron en planillas Excel.

RESULTADOS:

En el periodo de 6 años se analizaron 820 RN.

MORBIMORTALIDAD RN MENORES DE 1500 GR POR GRUPO DE PESOS EN 6 AÑOS

	P1		P2		P3		P4	
	80	202	223	315	n	%	n	%
Nacimiento por cesárea	35	43,8	98	48,5	118	52	189	60
Corticoides prenatales	40	50	142	70	162	73	210	67
RCP	59	73,8	122	60	73	32	85	27
Surfactante	70	87,5	181	89,6	160	72	131	42
CPAP en sala de parto	10	12,5	32	15,8	66	30	95	30
ARM tiempo promedio/DE	11,6	4,4	15,6	3,2	9,2	4,8	5,3	1,5
DAP	42	52,5	88	43,6	83	37	61	19
Sepsis tardía	24	30	113	56	91	40,8	91	29
Escapes de aire	0	0	8	4	5	2,2	2	0,6
HIC grado III-IV	22	27,5	32	16	17	7,6	17	5,4
NEC	13	16,25	25	12,4	14	6,2	12	3,8
ROP	3	3,75	38	18,8	13	5,8	9	2,8
DBP	19	24	108	53,5	98	44	77	24,4
Mortalidad precoz	42	52,5	43	21,3	22	10	13	4,1
Mortalidad tardía	16	20	34	16,8	16	7,2	11	3,5
Mortalidad pos natal	8	10	14	7	6	2,7	6	2
Tiempo de hospitalización EV promedio/DE	71,1	38,8	85,5	6	62,4	4,8	39,3	7,2
Sobrevivientes	14	17,5	110	54	166	74,4	284	90

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ESTUDIADA POR AÑO Y EN SUBGRUPOS

	<750 gr	750 - <1000	1000 - <1250	1250 - <1500	Total
2010	6	33	30	33	102
2011	8	22	29	58	117
2012	8	31	35	42	116
2013	23	35	44	65	167
2014	17	45	45	72	179
2015	18	36	40	45	139
Total	80	202	223	315	820

CONCLUSIONES:

La mortalidad de la población objetivo no disminuyó en el transcurso del tiempo aun con la mayor intervención en la UCIN y la reanimación en sala de partos. Los resultados ayudaran a la gestión del cuidado perinatal que depende también de las expectativas de la supervivencia y de la frecuencia de las morbilidades secuelas.

PROYECTO: "APRENDAMOS JUGANDO" (IMPORTANCIA DEL TRABAJO INTERDISCIPLINARIO EN EL PACIENTE NACIDO PREMATURO Y SU GRUPO FAMILIAR EN UN ÁREA DE ALTO RIESGO SOCIO-AMBIENTAL)

RPD
173

Tobar F.¹; Lencina M.²; Puentes Duberti S.³; Curia A.⁴; Dominguez P.⁵; Salvatierra A.⁶

HOSPITAL EVA PERON DE TUCUMAN^{1,2,3,4,5,6}

<flortobar@gmail.com>

Opción a premio

INTRODUCCIÓN:

Desnutrición, bajo peso al nacer, prematuridad, enfermedades, problemas sociales-emocionales, violencia, maltrato y abuso familiar, hacen que un gran número de niños que, aunque no tienen trastornos neurológicos, no sigan el ritmo de desarrollo esperado para la edad, con un riesgo potencial-evidente, relacionado con un bajo score en las áreas socioemocional y cognitiva. En el Consultorio de Seguimiento de Niños nacidos Prematuros y Alto Riesgo de nuestro Hospital, nos enfrentamos con esta realidad. En parte se debe a que sus familiares no tuvieron experiencias de juego o socialización adecuadas que puedan transmitir en forma positiva a estos niños. Ante la necesidad de una intervención más temprana y oportuna posibles en el período crítico del desarrollo, nos planteamos como equipo interdisciplinario la creación de una herramienta donde la terapéutica se implementara a través de la experiencia con los padres y sus familias: los talleres de Promoción del Desarrollo Infantil "Aprendamos Jugando", donde, a través del juego, se planteaban sus realidades de vida y se trabajaban valores. Somos el único hospital que realiza en Tucumán estos talleres enteramente elaborados y conducidos por la interacción de Seguimiento (Neonatología), Servicio Social y Nutrición. Queremos relatar la experiencia vivida, su impacto en el medio familiar y sus opiniones sobre los talleres, con repercusión favorable en lo cognitivo y socioemocional.

OBJETIVO:

Posibilitar a los padres encontrar sus propias herramientas a partir de la experiencia personal de juego y, a través de este, incentivar y favorecer la interacción con sus hijos, basado en el fortalecimiento del vínculo y el trabajo de los valores.

POBLACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN:

32 niños nacidos prematuros (PN1500grs. o >), entre 12-24 meses de edad en seguimiento en forma conjunta con Servicio Social. Pertenecen al Área Programática Este de Tucumán, de alto riesgo socio-ambiental.

DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA:

5 Talleres mensuales, implementados y monitoreados por el mismo staff. Se los invitaba al "taller de juegos" por mensaje de texto a sus celulares. TALLER 1: El valor de ser uno mismo. TALLER 2: Alimentación saludable. TALLER 3: Obra de teatro: El Valor de La Familia. TALLER 4: La lectura y relato. TALLER 5: El valor de la Navidad más allá del credo.

RESULTADOS:

En el cuestionario que ideamos, los padres calificaron los talleres con 9-10 (MUY BIEN), escribieron frases positivas (ver trabajo) y evidenciaron esos cambios. Test de TADI: optimizaron puntajes en las áreas socioemocional y cognitiva.

EVALUACIÓN:

Hubo enriquecimiento interpersonal y profesional; reconocimiento en el otro. Aprendizaje óptimo. La intervención sobre los padres puede favorecer la evolución cognitiva y socioemocional. En definitiva, la promoción humana tan ansiada en términos de equidad e igualdad para formar una sociedad unida, saludable y sustentable, tanto personal como social. Y nosotros lo hemos vivenciado con resultados altamente positivos para esas familias y el equipo interdisciplinario.

LUXACIÓN CONGÉNITA DE RODILLA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Masachessi L.¹; Cardetti M.²

CLINICA MATERNIDAD CERHU^{1,2}

<lauramasachessi@yahoo.com.ar>



INTRODUCCIÓN:

La luxación congénita de rodilla (LCR) se caracteriza por un desplazamiento anterior de la tibia en relación con el fémur. Más frecuente en el sexo femenino. La incidencia (0.017 casos por mil nacidos vivos) es de 1 por 100000 casos en relación con la luxación congénita de cadera (LCC). Existen 3 tipos: recurvatum grave, subluxación y luxación. Puede ser uni o bilateral. Se ha relacionado con factores mecánicos (oligoamnios, posición de nalgas), malformaciones del ligamento cruzado anterior, alteraciones genéticas, anomalías congénitas musculoesqueléticas y de otros sistemas. El tratamiento se basa en la reducción manual con yeso en flexión hasta alcanzar los 90°, luego fisioterapia. El tratamiento quirúrgico es discutido.

OBJETIVO:

Breve revisión de una entidad poco frecuente que produce diversos grados de discapacidad en la rodilla de los niños.

CASO CLÍNICO:

Recién nacido(RN) producto de una gestación sin patología, parto eutócico a término, peso acorde a la edad gestacional. Presenta inestabilidad de rodilla derecha (LCR II monoarticular derecha), se realizó reducción en sala de recepción y control 24 hs logrando 90° de flexión. Se coloca yeso para mantener la misma, mas movimientos para ejercitar. Luego férula digital para cambiar yeso, a los 7 días. A los 15 se examina rodilla, estable. Ecografía sin lesiones, ligamentos indemnes. A los 26 días de vida se continúa con férula que se deja en forma nocturna para evitar

relaxacion.Buena evolución, rodilla estable al mes. A los 4 meses de vida concurre a control,sin episodios de relajación,se da alta y controles eventuales.Inicia marcha al año de vida,completamente normal.

CONCLUSIÓN:

El mayor interés de este trabajo es destacar una anomalía muy rara, con escasa referencia bibliográfica, cuyo mal manejo desde el inicio, trae aparejado importante discapacidad. Su diagnóstico, en las primeras horas, es sencillo y clave; con un buen examen físico del RN en sala de recepción. El neonatólogo deberá evitar que se produzca mayor luxación, sujetando la rodilla, estabilizando la articulación y en lo posible reducirla; de esta forma el paciente tendrá mejor pronóstico en cuanto al tratamiento futuro. El mismo debe iniciarse en las primeras 24/48 hs, por traumatólogo. Las LCR debidas a mala posición intrauterino suelen evolucionar satisfactoriamente como el caso de nuestra paciente.

REGIONALIZACIÓN Y CORREDOR SANITARIO UN DESAFÍO POSIBLE.

Sada M.¹; Bonaventura L.²; Bentivegna L.³; D'esposito J.⁴; Flores D.⁵; Romano C.⁶; Herrera A.⁷; Bustamante D.⁸; Valanza K.⁹; Morales A.¹⁰; Delgado F.¹¹; Cossio P.¹²; Bersetche A.¹³; Castro M.¹⁴; Barranco L.¹⁵; Albanese N.¹⁶; Bertis Y.¹⁷; Del Rio L.¹⁸

MATERNIDAD ESTELA DE CARLOTTO^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18}

<julisada77@yahoo.com.ar>



INTRODUCCIÓN:

La regionalización significa el desarrollo dentro de un área geográfica determinada de un sistema de salud materno y perinatal coordinado y cooperativo en el cual merced a acuerdos establecidos entre instituciones y equipos de salud y basándose en las necesidades de la población, se identifica el grado de complejidad que cada institución provee con el fin de alcanzar los siguientes objetivos: una atención de calidad para toda las gestantes y los recién nacidos, utilización tecnológica requerida y de personal altamente entrenado y a un costo de efectividad razonable. Nuestra maternidad de nivel IIB trabaja en red con el Hospital Posadas nivel IIIB y el Hospital M Y L de la Vega nivel IIIA, realizando el traslado de pacientes hacia la alta complejidad y desde la alta complejidad.

OBJETIVO:

Mostrar los resultados obtenidos en el corredor sanitario con la distribución de pacientes de acuerdo a la complejidad requerida.

POBLACIÓN:

214 pacientes trasladados por la red neonatal desde enero 2015 a diciembre 2015.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Trabajo retrospectivo descriptivo.Registro en planilla destinada a tal fin.

RESULTADOS:

El total de pacientes trasladados fue de 214. El 83% de los traslados fue hacia la baja complejidad (el 62% provino del Hospital de Moreno y el

48% del Hospital Posadas) con un promedio de 14 días de internación y un 12% al alto riesgo y un 5% de traslados para interconsultas.

El 84% de los pacientes trasladados a nuestra maternidad fueron prematuros o bajo peso en etapa de recuperación nutricional y el 16% pacientes de término que necesitaba tratamiento de luminoterapia principalmente. Si clasificamos la población recibida por peso al nacer: 7%<1000g, 18%1000g-1499g, 27%1500g-1999g, 26% 2000g-2499g, 9% 2500-2999,3%>3000. Y por EG al nacimiento 34%<32 sem, 62% entre 32 y 36,9 sem y 4% >37 sem.

Los motivos de traslado al alto riesgo fueron principalmente patología respiratoria 56%, prematuridad 18%, neurológica18%, malformaciones congénitas 6%.

CONCLUSIÓN:

El trabajo en red nos permite que cada paciente sea atendido en la complejidad que corresponde favoreciendo no solo el buen uso del recurso tecnológico y humano con los menores costos que esto implica sino también permitiendo a los pacientes y sus familias que son atendidos en la menor complejidad permanecer en un espacio donde se favorece la entrada irrestricta de los padres, el encuentro de las familias, fortalecimiento de la lactancia, la detección de problemas sociales y apoyo psicológico a través del equipo multidisciplinario.

Los distintos niveles de complejidad de atención no deben significar menor calidad sino que cada paciente debe recibir la atención que por su riesgo le corresponde.

EVOLUCIÓN DE RECIÉN NACIDOS CON GASTROSKISIS ATENDIDOS EN EL ÁREA DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL DE PEDIATRÍA J.P GARRAHAN

PO
176

Gutiérrez S.¹; Arbio S.²; Cannizzaro C.³; Cernadas C.⁴

HTAL DE PEDIATRÍA J.P.GARRAHAN^{1,2,3,4}

<susanahgutiérrez@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

Las malformaciones congénitas (MC), constituyen la 2da. Causa de muerte neonatal. La gastroskisis (Gx) es una MC frecuente con tasas de morbimortalidad aun elevadas. Existen controversias respecto del manejo más apropiado e incertidumbre sobre los factores de riesgo perinatal.

OBJETIVO:

Describir las características principales y la evolución de una cohorte de RN con Gx atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital de Pediatría J.P. Garrahan (HG).

MÉTODOS:

Análisis descriptivo, retrospectivo de las variables obtenidas de las historias clínicas de RN con Gx atendidos entre Junio 2008 y Mayo de 2013 en la UCIN HG. Análisis estadístico: Las variables descriptivas se resumieron con medidas acordes a su distribución. El análisis de potenciales confundidores se realizó con el Modelo de regresión de COX . Stata 12.

RESULTADOS:

Ingresaron 144 RN con Gx, El 70,8% con diagnóstico prenatal. Cesárea 80%. Sobrevida al egreso 90.2%. Mortalidad global fue 9,7% y de estos, el 42.8% sin control prenatal. Las variables analizadas como potenciales predictores de mortalidad fueron: Presencia de control prenatal, Edad Gestacional, Peso al nacer, Vía de parto, tipo de gastroskisis. La única variable estadísticamente significativa en el análisis univariado y multivariado fue falta de Control Prenatal (HR:3,13 ; I de C del 95% 1,08-9).

CONCLUSIÓN:

La falta de control prenatal aumento el riesgo de mortalidad por 3,13. Los pacientes que tienen diagnóstico prenatal reciben mejores estrategias de cuidado, tienen menor mortalidad que quienes nacen y son derivados sin previsiones. Un mayor número de pacientes permitirá establecer el efecto sobre la evolución a largo plazo.

TERMINACIÓN ELECTIVA TEMPRANA EN GASTROSKISIS: EVALUACIÓN DE UNA SERIE DE CASOS.

RPD
177

Capelli C.¹; Russo D.²; Keller R.³; Etchegaray A.⁴; Musante G.⁵

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL^{1,2,3,4,5}

<mccapelli@gmail.com>

Los neonatos con gastroskisis pueden requerir nutrición parenteral e internaciones prolongadas. El intestino fetal herniado puede injuriarse con la exposición al líquido amniótico o la constricción vascular a nivel del defecto pudiendo complicar la evolución y resultados postnatales. La terminación temprana ha sido recomendada para prevenir la injuria pero podría incrementar las complicaciones asociadas a la prematuridad. En nuestro centro implementamos desde el 2009 la terminación electiva temprana (34-35s) en casos de gastroskisis simple (según Molik et al). La evidencia disponible en la actualidad es insuficiente y la indicación permanece controvertida.

OBJETIVO:

Evaluar los efectos de la terminación temprana en casos de gastroskisis simple sobre los días para alcanzar alimentación enteral total (150ml/kg/d), días de NPT y días de internación.

MÉTODOS:

Análisis retrospectivo de los casos de gastroskisis tratados en nuestro centro entre 6/2008 y 6/2015.

RESULTADOS:

Sobre 7 casos nacidos con gastroskisis se realizó terminación electiva en 4.

En todos los casos se realizó maduración pulmonar fetal, permanecieron entre 1 y 7 días en ventilación mecánica y ninguno recibió surfactante. Tres casos nacieron de manera "espontánea" a las 32, 34 y 37 sem. de EG siendo sus resultados similares a los del otro grupo.

CONCLUSIÓN:

En nuestra pequeña serie de pacientes el nacer entre las 34 -35 semanas no empeoró la evolución clínica. Más aún, nuestros resultados se comparan favorablemente con la mayoría de las series clínicas reportadas tanto con terminación electiva temprana como con nacimiento espontáneo. Si bien la evaluación de nuestros casos habilita a considerar esta estrategia como potencialmente segura, hará falta esperar resultados de estudios controlados en marcha para sacar conclusiones válidas.

Tabla 1. Terminación electiva temprana

Caso	Tipo parto	EG (sem)	Peso Nac. (g)	Días NPT	D. Alim. enteral total (d)	D. Internación (d)
1	cesárea	34	2225	25	25	31
2	cesárea	34	1800	14	19	24
3	cesárea	34	2745	17	17	21
4	cesárea	35	1972	17	19	21

RESULTADOS A CORTO Y MEDIANO PLAZO DE LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE NEUROPROTECCIÓN CON HIPOTERMIA PARCIAL EN RN DE ≤ 36 SEMANAS DE EG

RPD
178

Gurevich D.¹; Ahumada L.²; Ferreyra M.³; Sánchez P.⁴; Sánchez L.⁵; Micoló M.⁶; Smariñuk M.⁷; Moreno G.⁸; Otamendi M.⁹; Viarengo L.¹⁰; González G.¹¹; Moglia M.¹²; Palacios P.¹³; Molina V.¹⁴

HOSPITAL MISERICORDIA^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14}

<deborita26@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La encefalopatía hipoxico-isquémica (EHI) es una causa importante de daño neurológico. En estudios clínicos, la hipotermia terapéutica (HT) ha demostrado reducir la mortalidad y la discapacidad mayor. Durante el año 2012, se incorporó en Nuestro Servicio un equipo de Hipotermia Cerebral Selectiva y de monitoreo de función cerebral y se inició un Programa de Neuroprotección Cerebral (Neuroprote-Cba) con el Hospital Misericordia como centro de referencia provincial. Presentamos nuestra experiencia.

OBJETIVO:

Presentar los resultados de la aplicación de Hipotermia Terapéutica Selectiva en neonatos con EHI en la ciudad de Córdoba.

POBLACIÓN:

Recién nacidos de la Provincia de Córdoba que ingresaron al Programa (ver Material y Métodos).

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio descriptivo, retrospectivo, realizado en los pacientes ingresados al Programa Neuroprotección en el HNSM, entre junio de 2012 y febrero de 2016. Criterios de Inclusión (similar a guías internacionales): Recién nacidos ≥ 36 semanas de edad gestacional y peso > 1800 gramos de Nacimiento. Evidencia de asfixia. Evidencia de EHI moderada o severa por clínica y Electroencefalograma de Amplitud Integrada (aEEG).

RESULTADOS:

Se incluyeron 32 pacientes que ingresaron al programa. El 65,6% fueron derivados. Los nacimientos fueron en un 47% por parto vaginal, 10% instrumentado por Forceps y 43% por cesárea. El PN fue de 3392,7

(± 410) (2850 – 4580) y EG promedio de 39 sem. (36 – 41). El puntaje de Apgar varió de 0-5 (1er min) y 0-7 (5to min). El total de los pacientes requirieron reanimación avanzada: 44% VPP, 19% VPP más intubación endotraqueal y 37% VPP más intubación endotraqueal más drogas. 25 tuvieron EHI grado II y 7 grado III. El estado ácido-base de cordón (EAB) fue de pH= 6,96 (6,77-7,16). El Déficit Base (DB) de cordón osciló entre -19 y -39. Fueron monitorizados un total de 24 pacientes, de los cuales 11 aEEG al ingreso fue normal; en 6 presentaron compromiso moderado y 7 severo. Al finalizar la HT: 5 normalizaron su trazado EEG, 3 persistieron con depresión severa. 7 pacientes fallecieron durante el tratamiento por fallo multiorgánico, 1 falleció posterior al alta, las convulsiones clínicas o por EEG fueron detectadas en 11 pacientes (34%). A 8 de los pacientes se les realizó RMN antes del año de vida, resultando alterada una de ellas, siendo éste un paciente al que se le diagnosticó un síndrome genético (asociado a retraso psicomotriz severo). De los pacientes sobrevivientes 21 continúan en seguimiento, 1 falleció posterior al alta, y 3 discontinuaron el seguimiento. 3 presentan retraso psicomotriz, 1 de ellos leve, los últimos 5 que ingresaron al programa están en seguimiento por Neurorehabilitación, el resto han sido dados de alta con desarrollo acorde.

CONCLUSIÓN:

Los resultados de nuestra experiencia son similares a lo publicado en la literatura. La mortalidad y la posibilidad de secuelas neurológicas están muy incrementadas en los pacientes que no mejoran el EEG luego del procedimiento.

SHOCK SEPTICO POR ENTEROVIRUS

Machera F.¹; Gomero J.²; Llanes J.³; Becerra A.⁴; Junius L.⁵

HIGA EVA PERON^{1 2 3 4 5}

<florenia.machera@gmail.com>

RPD
179

INTRODUCCIÓN:

Los enterovirus son virus de la familia Picornaviridae, con cuatro grupos principales, todos ellos patógenos: coxsackie grupos A y B, echovirus y poliovirus. La infección causada tiene un amplio espectro desde cuadros asintomáticos, hasta infecciones diseminadas y graves. En una cuarta parte de los casos se presenta en forma de cuadro séptico, con afectación multiorgánica. La existencia de hepatitis y coagulopatía es de mal pronóstico, generalmente asociado a la aparición de hemorragias en órganos vitales. El contagio se produce de persona a persona, por vía fecal-oral u oral-oral, por vía transplacentaria o por exposición durante el parto a sangre o a secreciones maternas.

En casos graves se puede desarrollar meningoencefalitis, hepatitis con necrosis e insuficiencia hepática y coagulopatía con afectación miocárdica llevando a la muerte.

El método diagnóstico de elección es la PCR por ser ésta específica, sensible y rápida (12 – 24 hs). El virus se aísla de sangre, orina, LCR, heces y secreciones nasofaríngeas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Revisión de caso clínico del H.I.G.A Eva Peron (San Martín) 2016 RNT / PAEG (38 sem/3296gr) sexo masculino, apgar 8/10. Comienza con dificultad respiratoria por lo que se interna en neonatología, con diagnóstico de Hipertensión pulmonar severa. Requiere ARM por 5 días e inotrópicos por 4 días. Al 7mo día con evolución favorable, cumpliendo tratamiento ATB presenta registros febriles asociados a

deposición líquida con clínica compatible de sepsis y laboratorio con leucocitosis y plaquetopenia. Reingresa en ARM, se aumenta espectro ATB y se indica inotrópicos. Posteriormente presenta sangrado activo generalizado (coagulopatía y falla hepática), hipotensión grave, edemas y crisis hipertónica. Debido a la mala respuesta terapéutica frente a la sepsis, se indica gammaglobulina en dos oportunidades. Se envía muestra de sangre a virología del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez con rescate de Enterovirus. La infección se autolimita y el paciente evoluciona favorablemente.

CONCLUSIÓN:

La finalidad de presentar este caso radica en poder identificar como causa etiológica al enterovirus en un paciente neonato de pocos días de vida, con síndrome febril, sepsis y falla hepática.

VENTILACIÓN MECÁNICA EN SERVICIOS DE NEONATOLOGÍA: CARACTERIZACIÓN DE SU EMPLEO DESDE LA PERSPECTIVA CLÍNICA Y TECNOLÓGICA.

RPD
180

Morcillo N.¹; Bellani P.²; Fariña D.³

HOSPITAL GARRAHAN^{1,2,3}

<nicolasmorcillo@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La modernización de la ventilación mecánica (VM) permitió la utilización de diferentes modalidades ventilatorias, como: Ventilación Mandatoria Intermitente Sincronizada (SIMV), Asistido Controlada (AC), Presión de Soporte (PS), Volumen Garantizado (VG), Ventilación de Alta Frecuencia (VAF), entre otros. En nuestro país ha habido un importante aumento de ventiladores de última generación; sin embargo no hay datos de cómo estos respiradores se encuentran operando en nuestras Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).

OBJETIVOS:

Evaluar las características tecnológicas y clínicas relacionadas con el empleo de la VM en diferentes UCIN de la República Argentina.

METODOLOGIA:

Encuestas prospectivas realizadas a 125 UCIN de nuestro país. Se realizaron 3 encuestas, la primera para recolectar datos locales y luego 2 encuestas de corte transversal con 4 meses de intervalo. Se incluyeron en el estudio todos los pacientes en VM invasiva al momento del corte. Los datos de los pacientes fueron recolectados por el investigador designado en cada centro y luego ingresados a una herramienta de encuesta por vía web. Los datos numéricos son expresados mediante medias, medianas y sus respectivos desvíos estándar o cuartiles. Los datos categóricos se describen como proporciones.

RESULTADOS:

Respondieron la encuesta 111 UCIN (87%) de 21 provincias (86 públicas y 25 privadas), se registraron 1012 respiradores en uso. El 43% de los centros tiene respiradores en desuso por fallas técnicas y 22% por falta de capacitación. Ingresaron al estudio 430 RN ventilados; la media de edad gestacional fue de 31,4 semanas y el 55% eran <1500g. La media de días en VM al momento del estudio fue de 11,9. El 66,5% de los pacientes ingreso a VM por causa respiratoria. Las medias de los parámetros de VM fueron: PIM: 16; PEEP: 5; Ti: 0,4; FR: 31; FiO2: 40%. La media de saturación fue 93%, y un 8,8% de <34 semanas presentaban al momento de la encuesta una saturación >95%. El modo ventilatorio más utilizado fue SIMV+PS 45,8%; 24,8% recibían VM sincronizada con sensor de flujo proximal. El 24,5% de los pacientes estaban ventilados en modo IMV. La media de PCO2 fue 44,8 mmHg, 16% tenía PCO2 <35mmHg y 4,3% > 65mmHg.

CONCLUSIONES:

Este es el primer trabajo que evalúa la VM en la República Argentina. Hay un gran número de respiradores en las diferentes UCIN. A pesar de la utilización de respiradores de última generación, pocos pacientes se benefician de la sincronización y la utilización del sensor de flujo proximal.

COMPLICACIONES ASOCIADAS AL USO DE CATETERES

RPD
181

Paz Rodríguez E.¹; Velasco M.²

CLINICA MODELO DE MORON^{1,2}

<elkygpaz@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Los catéteres son herramientas imprescindibles en el manejo del neonato enfermo. Las complicaciones asociadas a su uso aumentan la morbi-mortalidad.

OBJETIVO:

Reportar 4 casos clínicos que muestran complicaciones poco frecuentes asociadas al uso de catéteres.

CASOS CLINICOS:

CASO 1. Prematuro de 32 semanas, con peso de 1.545 gr., apgar 7/8. Estuvo en ARM 48 horas. A los 11 días de vida se colocó vía percutánea, 2 french, doble lumen, en miembro inferior derecho para nutrición parenteral. A las 48 horas presento parocardiopulmonar, sin respuesta a maniobras de reanimación, se realiza punción pericárdica, se obtiene líquido compatible con NPT. Evolución favorable, egreso a las 36 semanas de edad postconcepcional.

CASO 2. Prematuro de 30 semanas, con peso de 800 gr., apgar 8/9. ARM 48 horas. A los 2 días de vida se colocó una percutánea, 2 French, doble lumen, en miembro superior derecho, para nutrición parenteral. A las 72 horas reingresa en ARM por apnea, en el control radiológico se observa derrame pleural, se drena, y se obtiene líquido compatible con nutrición parenteral. Evoluciona favorablemente, egresa a las 36,4 semanas de edad postconcepcional.

CASO 3. Prematuro de 36 semanas, con peso de 2.450 gr., apgar 9/10. Ingresó en ARM por hipertensión pulmonar severa, se le realizó cana-

lización umbilical arterial con catéter 3 french, 1 lumen y venosa con catéter 4 french, doble lumen. Requirió óxido nítrico y alta frecuencia, con buena respuesta. A las 72 horas, comienza con cianosis a predominio de miembros inferiores con disminución de pulsos y anuria. En la ecografía abdominal se evidencia trombo en aorta abdominal, se inicia tratamiento con factor activador tisular del plasminógeno, presenta hemorragia pulmonar masiva y fallece.

CASO 4. Prematuro de 34 semanas, con peso de 2.200 gr., apgar 8/9. Estuvo en CPAP por 72 horas. A los 3 días de vida se coloca una percutánea, 2 french, 1 lumen, en miembro inferior izquierdo para alimentación con nutrición parenteral. A las 48 horas se observa hiporeactividad, reticulado generalizado, es policultivado, se obtiene en la punción lumbar líquido compatible con nutrición parenteral. Evoluciona favorablemente, egresa a las 36 semanas de edad postconcepcional.

COMENTARIOS:

El uso de catéteres en las terapias neonatales es un recurso frecuente y necesario asociado, en ocasiones, a complicaciones potencialmente fatales. Como neonatólogos, ante el deterioro brusco sin causa evidente deberíamos tenerlas presente para actuar inmediatamente.

HIPOTERMIA TERAPÉUTICA EN NEONATOS. 5 AÑOS DE EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE CABA

Valera M.¹; Berazategui J.²; Tavosnanska J.³; Saa G.⁴; Sexer H.⁵; Roldan L.⁶; Gendra M.⁷; Bossi G.⁸; Basso G.⁹; Gacio S.¹⁰; Beloso I.¹¹; Villalba C.¹²; Sepulveda T.¹³; Buraschi M.¹⁴

HOSPITAL FERNANDEZ^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14}

<valeramariana@gmail.com>

**PO
182**

INTRODUCCIÓN:

La encefalopatía hipóxica isquémica (EHI) es la causa más frecuente de muerte o daño neurológico alejado en los recién nacidos (RN) de término. La hipotermia terapéutica es el estándar de cuidado para la EHI moderada-severa (EHI M-S). El servicio de Neonatología del Hospital "Juan A. Fernández" (HJAF) incorporo esta terapéutica en 2010 mediante la implementación de un programa de hipotermia para la prevención del daño cerebral de los RN.

OBJETIVOS:

Describir los resultados y complicaciones de los pacientes ingresados al programa durante el tratamiento con hipotermia. Población: RN con EG ≥ 36 semanas y PN ≥ 1800 gramos con EHI M-S nacidos en cualquiera de los Hospitales de CABA y/o GBA que recibieron hipotermia terapéutica.

MATERIAL, MÉTODOS, RESULTADOS:

Descriptivo, serie de casos. Desde junio de 2011 y hasta marzo de 2016, ingresaron al programa 47 RN (40 realizaron hipotermia activa selectiva (Cool Cap® Natus) y 7 hipotermia corporal total (Amrra Term®), a todos se les realizo monitoreo de la función cerebral con aEEG (CFM) (OLYMPIC CFM 6000® y OBM® -Natus). TABLA I DATOS DEMOGRAFICOS. N = 47. Mediana IQR {25-75}/n(%): PESO 3190g {2850-3650}/EG 39sem {38-40}/ APGAR 1' 2 {1-2}/APGAR 5' 4 {3-5}/VAGINAL 21 (45.65)/FORCEPS 4 (8.51)/CESAREA 22 (46.81)/BRADICARDIA FETAL 11(23.40)/PERIODO EXPULSIVO PROLONGADO 1 (3.70)/DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA 4 (14.81)/PROLAPSO DE CORDON 2 (7.40)/CIRCULAR DE CORDON 2

(7.40)/LIQUIDO AMNIOTICO MECONIAL 18 (38.30)/NACIDOS EN HJAF 17(36.17)/DERIVADOS 30 (63.83). TABLA II CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS A HT. n = 47. Mediana {IQR 25-75}/n(%):HORA DE INGRESO A HT 5 {4-6}/TEMPERATURA CENTRAL AL INGRESO 34.7°C {34-35}/pH 6.89 {6.8-7}/EB 17.81{15-21}/SARNAT & SARNAT MODERADO 33 (70.21)/MUERTE DURANTE EL TRATAMIENTO 1 (2.13)/MUERTE POSTERIOR AL TRATAMIENTO 6 (12.77)/CONVULSIONES GENERALIZADAS 35 (74.47)/CFM TRAZADO DE BASE NORMAL 12 (25.53)/CFM TRAZADO DE BASE MODERADAMENTE ANORMAL 11 (23.40)/CFM TRAZADO DE BASE SEVERAMENTE ANORMAL 20(42.55)/ECOGRAFIA CEREBRAL PATOLOGICA (ECP) 14 (35)/RNM DE CEREBRO NORMAL 18 (40)/RNM DE CEREBRO PATOLOGICA (RNMCP) 13 (28.89). TABLA III COMPLICACIONES ASOCIADAS AL TRATAMIENTO CON HT. n = 47 (%):NINGUNA 22(46.81)/COAGULOPATIA 22 (46.81)/TROMBOCITOPENIA 11 (23.40)/HIPOKALEMIA 4 (8.51).

CONCLUSIONES:

Fue factible implementar el programa, realizar el seguimiento de los pacientes y sostenerlo en el tiempo. La mortalidad neonatal por el tratamiento fue nula y las complicaciones reportadas similares a las publicadas. Se logró recibir al 93% de los neonatos que solicitaron derivación. Es fundamental contar con estadísticas sobre la prevalencia e incidencia de EHI. Ante los beneficios del tratamiento, es necesario concientizar a los sistemas de salud sobre el mismo.

LAS FAMILIAS DE LOS RN INTERNADOS Y LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA. LA EXPERIENCIA DE 5 AÑOS DE UNA MATERNIDAD SEGURA Y CENTRADA EN LA FAMILIA. HOSPITAL PUBLICO MATERNO INFANTIL (HPMI) DE SALTA

Soria E.¹; Uriburu L.²; Travaini V.³; Toconas S.⁴; Tealdi A.⁵

HOSPITAL PUBLICO MATERNO INFANTIL SALTA^{1 2 3 4 5}

<etelsoria@gmail.com>

**RPD
183**

INTRODUCCIÓN:

En el HPMI de Salta nacen por año un promedio de 8600 RN, es centro de referencia y recibe derivaciones, también de provincias vecinas. La unidad de neonatología adhiere a los principios de la Maternidad Segura y Centrada en la Familia, facilita la participación de los padres en pases de sala, visita de abuelos y la visita de hermanitos. Un equipo prepara el pre ingreso, con actividades informativas y lúdicas. La integración de la familia, cada vez adquiere más protagonismo y aceptación, colabora en la seguridad del paciente, mejora la relación médico paciente, los cuidados integrales y la calidad de la sobrevida.

OBJETIVO:

Describir el ingreso de los hermanitos a Neonatología, el impacto en las familias, en el RN internado y en el equipo de salud, desde la implementación del programa el 1° de enero 2011 hasta el 31 de diciembre 2015.

MÉTODO Y POBLACIÓN:

Estudio cuali-cuantitativo, observacional retrospectivo. Población: Todos los hermanos de los RN internados, que ingresaron a la Unidad de Neonatología desde el 1° de enero 2011 hasta el 31 de diciembre 2015, sus familias y el equipo de salud que asiste al RN internado. Los datos se recogieron de las planillas de visitas y del buzón de sugerencias. Se analizó en Excel

RESULTADOS:

Se registraron 176 visitas y 1628 hermanos recibieron el pre ingreso en este periodo.

Tabla de distribución de las características de las visitas por año

	2011	2012	2013	2014	2015
Rn visitados/RN internados (proporción)	1/3	1/3	1/3	2/3	2/3
Hermanos por visita que reciben preparación pre ingreso (Promedio)	7,2	8,77	9,5	10,25	10,5
Edad en años de los hermanos que visitan (Promedio)	8,4	8,5	9,05	9,06	9,18

Tabla con expresiones espontáneas de familias que junto a hermanos ingresaron a Neonatología

Expresiones espontáneas de las familias	Frecuencia absoluta n°	Frecuencia relativa %	Frecuencia acumulada %
Ayuda a entender la evolución del RN internado	110	31	31
Baja la ansiedad, mejora la espera y tolerancia al informe médico	83	23,5	54,5
Ayuda a involucrarse en el cuidado del RN	80	22,7	77,2
Mejora la relación familiar al volver al hogar disminuyendo los reclamos por ausencias	80	22,7	100
<i>Total</i>	353	100 %	

Tabla con expresiones espontáneas del equipo de salud que asiste a RN visitado por hermanitos

Expresiones del equipo de salud	Frecuencia absoluta n°	Frecuencia relativa %	Frecuencia acumulada %
Ayuda a entender la evolución del RN internado	45	29	29
Baja la ansiedad, mejora la espera y tolerancia al informe médico	43	28	57
Las familias se involucran en el cuidado del RN	40	26	83
Mejora el seguimiento del RN pos alta	27	17	100
<i>Total</i>	155	100	

CONCLUSIONES:

Desde que el programa se implementó aumentó el ingreso de los hermanitos en relación a los RN internados. Con respecto al impacto en las familias, más del 50% expresa que las visitas con los hermanos, ayudan a disminuir el estrés y mejoran la relación entre los miembros de la familia y con el equipo de salud.

IMPLEMENTACIÓN DE UNA LISTA DE CHEQUEO PARA EL CUIDADO DE LOS CATETERES CENTRALES

Mariani M.¹; Bersetteche J.²; Ayala M.³; Duro E.⁴

SANATORIO SARMIENTO^{1,2,3,4}

<mamariani@intramed.net>

SP
184

Opción a premio

Los catéteres centrales (CC) son instrumentos básicos y de uso corriente en neonatología. Sin embargo su uso no está exento de riesgos y va asociado a morbilidad y mortalidad. Dentro de las complicaciones del uso se encuentran las infecciones asociadas a catéteres centrales.

Dado el impacto en la morbilidad y mortalidad de las infecciones vinculadas al uso de los mismos, nos propusimos implementar estrategias en equipo para intentar disminuir la tasa de infección asociada a catéteres (SaC).

OBJETIVO:

Revisar los resultados de la implementación de una estrategia de cuidado de catéteres centrales en RN menores de 33 semanas.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio de intervención prospectivo y de análisis comparativo, realizado en la UCIN del Sanatorio Sarmiento.

Partiendo de la tasa de SaC del año 2013, se realizó una intervención longitudinal durante el año 2014. Se analizaron los resultados obtenidos y se compararon los dos periodos. Los datos se obtuvieron del análisis de los registros perinatales cargados en el programa informático que usa la unidad (Red Siben).

La intervención consistió en trabajar en la instrucción de todo el equipo de salud, informando sobre: los resultados de la unidad, nuestros resultados en comparación con otras unidades, las normas básicas de cuidados recomendadas internacionalmente, la importancia práctica de los catéteres, la carga de las complicaciones ocasionadas por el uso necesario de los mismos y finalmente la intención de mejorar los resultados con una estrategia conjunta, usando una lista de chequeo.

Luego de la instrucción y consenso donde tomaron parte y responsabilidad todos los integrantes del equipo (el servicio de mucamas, enfermería y médicos), la estrategia consistió en implementar una lista de chequeo a la cual debieron adherirse todo el personal. Todos los intervinientes en los procedimientos cumplieron y firmaron las listas que se archivaron y controlaron.

RESULTADOS:

La tasa de sobrevida global de la unidad fue de 95,2 y de 96% en el año 2013 y 2014 respectivamente.

En el año 2013 hubo 4,7 SaC por cada 1000 días paciente

En el año 201 se reportaron 1,6 SaC. por cada 1000 días paciente

La tasa de infección asociada a cateteres por cada 1000 días catéteres bajo de 11 a 5,6.

CONCLUSIÓN:

La estrategia para disminuir la tasa de infección implementada por el equipo de salud. Obtuvo resultados satisfactorios con respecto a la comparación con nuestros mismos resultados del año anterior.

Consideramos que la instrucción, el consenso, la participación del equipo, y la vigilancia participativa de la norma implementada fue una forma correcta y en este caso satisfactoria, para poder mejorar los resultados de infecciones por catéteres centrales en nuestros pacientes.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO EN PREMATUROS MENORES DE 1500 GRAMOS. ¿CUÁL ES NUESTRA REALIDAD A TRES AÑOS DE LA INSTITUCIÓN?

Menzio M.¹; Diorio L.²; Lenzano S.³

MATERNIDAD PROVINCIAL DRA. TERESITA BAIGORRIA^{1,2,3}

<moelame70@hotmail.com>

SP
185

INTRODUCCIÓN:

La Maternidad Provincial Dra. Teresita Baigorria, de la ciudad de San Luis, centro de derivación provincial y de gestión pública, fue inaugurada en el año 2013, y categorizada por Nación como 3 B al final del 2014. Nuestro Servicio de Neonatología, con una antigüedad de más de 20 años, cuenta con 19 unidades de UCIN, 15 camas en Residencia para Madres, 30 camas en el Sector de Internación Conjunta, Consultorio de Seguimiento y Vacunatorio. El Recurso Humano está compuesto por 13 profesionales médicos, 50 enfermeros (17 licenciados, 27 enfermeros universitarios y 6 auxiliares), 1 kinesióloga, 2 fonoaudiólogas, más Psicología y Servicio Social que trabajan en forma conjunta.

OBJETIVOS:

Evaluar tasa de incidencia de la población menor de 1500 gramos, a 3 años de funcionamiento de una nueva Maternidad categorizada 3B, sector público de la ciudad de San Luis.

POBLACIÓN:

Todos los prematuros menores de 1500 gramos nacidos en nuestra Institución y derivados del interior y otros centros, en el periodo comprendido desde el 1 de enero de 2013 al 31 de diciembre del 2015.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo descriptivo, con base de datos recogidos de las historias clínicas, SIP y libro de partos.

RESULTADOS:

En dicho periodo el total de partos fue de 7644, con un 30,3% de cesáreas. El 6,9% fueron pacientes de 37 semanas (527), 7% prematuros tardíos (539), 1,71% menores de 1500grs (131), (48% menores de 1000grs y 52% entre 1000 y 1500grs). Del total de prematuros tardíos 1,16% correspondieron a 34 semanas (89), 1,7% (130) a 35 semanas y 4,2% (320) a 36 semanas.

El total de RN internados fue de 1491, el 11,53% fueron menores de 1500grs (172), el 40,11% correspondió a menores de 1000grs (69). El 76,15% nacieron en nuestra institución y el 23,85% fueron derivados.

La mortalidad global de esta población fue de 25,58% (44), del cual el 77,27% (34) fueron menores de 1000grs y el 22,72% (10) entre 1000 y 1500grs.

Sobrevida en menores de 1500grs fue del 74,41%, el 50,72% corresponde a los menores de 1000grs y el 90,29% entre 1000 y 1500grs.

CONCLUSIÓN:

Según este análisis podemos rescatar un aumento significativo de menores de 1500grs a partir del año 2014, momento en que se implementó la regionalización y categorización de nuestro servicio. Nuestra sobrevida y mortalidad están dentro del promedio nacional, pero debemos mejorar condiciones de asistencia, traslado (prematuro in útero), corticoides prenatales, nutrición materna y sistema de registro.

SÍNDROME DE HIPOVENTILACIÓN CENTRAL CONGÉNITA Ó MALDICIÓN DE ONDINE: ESTUDIO DE SU MUTACIÓN GENÉTICA Y SEGUIMIENTO EN LA CIUDAD DE BAHÍA BLANCA.

RPD
186

Luciano B.¹; Duran G.²; Quintana D.³; Olivero L.⁴; Fontao R.⁵; Streitenberger E.⁶; Alda E.⁷

HOSPITAL PRIVADO DEL SUR^{1,2,3,4,5}; IACA⁶; HOSPITAL PRIVADO DEL SUR⁷
<biancaluciano@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El Síndrome de Hipoventilación Central Congénita (SHCC) es una enfermedad rara (1/200.000 RN) caracterizada por un inadecuado control autónomo de la respiración, con escasa sensibilidad a la hipercapnia e hipoxemia. Es una enfermedad caracterizada por el riesgo de muerte durante el sueño. De herencia autosómica dominante, deriva de una mutación heterocigota del gen PHOX2B. Con adecuado apoyo familiar y atención multidisciplinaria, el paciente puede llevar una vida relativamente normal.

CASO CLÍNICO:

Recién nacido de término, 3660g; cesárea sin trabajo de parto. Apgar 9/10. Madre 42 años, nulípara, embarazo controlado. Ingresó a UTIN a la hora de vida por presentar crisis de cianosis en internación conjunta con su madre. Recuperación inmediata, pero ante reiterados episodios de apnea ingresó en asistencia respiratoria mecánica (ARM) al 5º día de vida. Se descartó sepsis neonatal precoz. Acido láctico y amoniemia normales. Pesquisa neonatal ampliada normal. Presentó convulsión clónica en hemicuerpo derecho. Repitió episodios ante signos hipoxémicos. La tomografía computarizada y angio-resonancia magnética mostraron trombosis del seno venoso izquierdo. Se medicó con heparina de bajo peso molecular sin modificar su cuadro clínico evolutivo. La polisomnografía no aportó datos concluyentes por dificultades técnicas en su trazado. Su dependencia con la ARM se manifestaba en momentos de sueño. Se realizó traqueostomía. La capnografía demostró retención de CO₂ durante el sueño. Se solicitaron estudios (ES) orientados a una

mutación genética relacionada con el SHCC. Considerando que el 90% de los afectados son heterocigotas para una expansión de trinucleótidos localizada en el exón 3 del gen PHOX2B, se estudió la secuencia de dicho gen disponible en GenBank y utilizando el programa Exon Primer, se diseñaron un par de primers para amplificar el entorno de la mutación. Se observó el pico correspondiente al alelo normal y uno de mayor tamaño correspondiente al alelo expandido. Se analizaron los ADN de sus progenitores. El estudio determinó que era una mutación de novo (padres no afectados). El paciente permaneció internado durante 6 meses. Alta con internación domiciliaria y ARM durante el sueño en la actualidad.

DISCUSIÓN:

El SHCC ó Maldición de Ondine es un defecto primario del control autónomo de la respiración durante el sueño. La fisiopatología podría explicarse por trastorno en la integración de la información proveniente de los quimiorreceptores, probablemente a nivel del tronco encefálico. El principal diagnóstico diferencial es con las hipotonías musculares. Para realizar diagnóstico es necesario demostrar por capnografía la presencia de hipoventilación, con respuesta ventilatoria ausente o atenuada ante hipercapnia y/o hipoxemia. La confirmación es la mutación del gen PHOX2B. El objetivo del tratamiento es asegurar una ventilación adecuada durante el sueño. Es indispensable su seguimiento clínico y atención multidisciplinaria para proporcionar un tratamiento integral y detectar complicaciones. La terapia génica podría representar su futuro terapéutico.

PERFORACIÓN INTESTINAL ESPONTÁNEA LOCALIZADA: A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD
188

Falco M.¹; Cardetti M.²; Brezigar A.³; Verges E.⁴

CLÍNICA MATERNIDAD CERHU^{1,2,3,4}
<bel_falco@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Avances en el tratamiento de los prematuros de muy bajo peso han logrado prolongar la vida de estos mismos. Como consecuencia se ha producido un aumento de recién nacidos afectados por patologías del tubo digestivo.

La perforación interstinal localizada se define como la presencia de una única perforación rodeada de un intestino de aspecto macroscópicamente normal.

OBJETIVO:

Describir la presentación clínica y evolución de un recién nacido pretermino que presento una perforación intestinal espontánea.

Gemelar Biamniótico bicorial, recién nacido pretermino femenino, Peso 1470 grs. EG 31 semanas.

Embarazo controlado, maduración completa. Cesárea RPM de 36 hs de evolución y gemelar. Madre de 33 años, G1 P1 C0 A0, embarazo controlado. Serología negativa.

Nacimiento: apgar 7/9. Llanto espontáneo. sin reanimación. Comienza con leve distres. Se administra oxígeno libre. Se traslada a UTIN.

Ingresó a UTIN. Hemodinamicamente compensada. Presenta distres respiratorio transitorio. Sin oxígeno. Se indican antibióticos. A las 48 hs de vida presenta abdomen distendido, disminución de ruidos hidroaéreos, se solicita radiografía de abdomen simple de pie, sin evidencias de aire distal. Se decide ayuno y conducta expectante.

Al 5º día de vida abdomen distendido, tenso. Progresivo deterioro del estado general. Rx abdomen, se observa neumoperitoneo. Interconsulta con cirujano infantil e ingresa en ARM.

Se realiza intervención quirúrgica, laparotomía de urgencia. Diagnóstico perforación intestinal única, perforación a 20 cm de la válvula ileocecal. Hipoperfusión distal y sufrimiento de asas, líquido meconial en cavidad peritoneal. Se reseca porción necrótica, ileostomía en caño de escopeta. Comienza aporte trófico al 8º día post operatorio. Abundantes pérdidas por ostomía, insuficiencia intestinal, indicándose leche hidrolizada por gastroclisis y nutrición parenteral prolongada.

Cierre quirúrgico de ostomía, al mes y 22 días de internación. Paciente ingresa a quirófano con un peso de 1740 gramos, EG 38,4. Reinicia aporte enteral trófico al sexto día post operatorio de cierre de ostomía. Alta sanatorial con 67 días, peso 2270 grs. Buen estado general. Alimentación pecho.

CONCLUSIÓN:

Recién nacido con pocos factores de riesgo para perforación intestinal espontánea. Seguimiento continuo, ayuno ante sospecha de patología gastrointestinal. Seguimiento clínico, diagnóstico y abordaje quirúrgico temprano aseguraron sobrevida del paciente sin complicaciones graves.

UTILIDAD DE LA TÉCNICA DE TINCIÓN PLACENTARIA EN LOS RESULTADOS PERINATALES DE EMBARAZOS MÚLTIPLES MONOCORIALES, SERIE DE CASOS.

POB
189

Gordillo J.¹

MATERNIDAD DE TUCUMAN¹
<bonigordillo@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

Las principales y exclusivas complicaciones de las gestaciones múltiples monocoriales (síndrome transfundido, restricción selectiva del crecimiento intrauterino, secuencia anemia policitemia,) se deben a la particularidad de su placenta. La tinción placentaria nos brinda información excepcional sobre el resultado perinatal.

OBJETIVOS:

Determinar la utilidad de la tinción placentaria en el análisis de los resultados perinatales de embarazo gemelares monocoriales.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Casos clínicos: 1- paciente de 38 años G3p2, con Diagnóstico de Rciu Tipo III (Doppler arteriar Umbilical flujo diastólico alternante) del F2 con finalización por cesárea programada a las 32 semanas, con dos Rn vivos sexos masculinos pesos RN1 1580 grs Apgar 8/9 y RN2 990 gr Apgar 8/9. 2- Paciente de 32 años G3p2 con Embarazo múltiple Monocorial - Triamniótico cuyas ecografías informaban crecimiento armónicos de los tres fetos, se decide finalización a las 35.4 semanas por cesárea programada con nacimientos de tres RN sexos femeninos pesos: RN1 2020 grs, Rn2 2140 grs y Rn 3 1745 grs. Técnica: La técnica consiste en: alumbramiento cuidadoso para evitar lesiones a las mismas con identificación mediante un reparo de ambos cordones. Colocación en una batea con solución fisiológica y 1 ampolla de heparina. Posterior conservación en una bolsa plástica en heladera, sin ningún conservante. Inspección macroscópica con descripción del número de vasos y el tipo de inserción de cada cordón. Sección de cordones a 5 cm de su inserción. Lavado de la placenta

con agua fría, separación del amnios de la placa coriónica y remoción de la sangre de los vasos superficiales por expresión hacia el cordón. Canalización de las venas y una arteria de los cordones con colores contrastantes, con catéter de 2.5 F, e inyección de colorante (1/3 colorante no vital y 2/3 solución fisiológica). Fotografía de la placenta. Registro del tipo y número de anastomosis. Análisis de la territorialidad placentaria correspondiente a cada feto. Para finalizar la placenta se remite para estudio anatomopatológico.

RESULTADOS:

Se pudo constatar mediante la tinción placentaria: Caso clínico 1 la distribución del territorio placentario con escaso porcentaje para el RN2 que presentó la complicación de Rciu así como se pudo explicar que por la existencia de la A-A de >2mm éste logró permanecer por un período prolongado desde el diagnóstico al nacimiento con doppler patológico tipo III de la arteria Umbilical ya que le funcionaba como transfusión de rescate. Cabe destacar la importancia de esto último en el pronóstico de ese gemelo por la asociación de dicha anastomosis con Leucomalacia periventricular. Caso 2: se pudo explicar, siendo éste de muy escasa casuística a nivel mundial) como una única placenta pudo dar como resultado a tres Rn armónicos en peso y Hematocritos.

CONCLUSIÓN:

La tinción placentaria permite la interpretación de los resultados perinatales.

EXPRESIÓN CLÍNICA INFRECIENTE EN LACTANTE MENOR CON VIH

RPD
190

Giesenow A.¹; Esposito M.²; Asís L.³; Giusti G.⁴; Demaria J.⁵; Listello V.⁶; Riga C.⁷

CLINICA Y MATERNIDAD DEL SOL^{1,2,3,4,5,6,7}
<inagiesenow@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El 10% de infecc. mundial por VIH afecta a < de 15 años de los cuales 95% lo adquiere por vía vertical siendo diagnosticados postnatalmente. Los RNpT, BPN y la infección tardía del embarazo constituyen un factor de riesgo de dicha transmisión. Presentamos un lactante <, prematuridad tardía, reinternaciones, plaquetopenia aguda persistente, hemorragia digestiva alta. RT-PCR confirma diagnóstico de VIH.

CASO CLÍNICO:

Pac. 47 días ingresa por sind.febril. Internac. previas: prematuridad y ALTE. Lab: PCR(-), Hb 7,50 gr/dl, GB: 7.300 mm³ (NS 32%, E 3.4%, B 0,1%, L 52.3%, M 12.2%), Pla. 82.000. ETF y abd.: normales. Recibe Atb y transf.GRS. Cultivos (-). Al 5º día presenta hemorragia digestiva alta: Hb 10 gr/dl, PCR(+) 14 mg/L, Pla. 58.000, App 90%, Kp 45". Recibe PFC, pla. se rota atb. Continúa sangrado gástrico, plaquetopenia. VDRL(-) Toxo IgG(+) Ig M(-) Chagas(-) AgHBs(-) IgGCMV(+) IgM(-) IgG VH1(+) IgM (-) VHC(-) Ac anti-VIH 1 madre y pac. (+). RNA VIH-1, RT-PCR > de 10.000.000 copias/ML. Linf. totales: 51,2%(4403/mm³), Cd4: 10% (440/mm³), Cd8: 43% (1893/mm³). RELACIÓN Cd4/Cd8 : 0.23. Tto. ATRV. Endoscopia: gastritis erosiva hemorrágica. PCR orina CMV(+). Ganciclovir.

DISCUSIÓN:

La trombocitopenia es común en niños y adultos con VIH a diferencia del lactante <. Puede ser aguda o crónica, por destrucción directa de megacariocitos, respuesta inmunológica (PTI) y sequestro esplénico. Responde a TARV y corticoterapia. BPN y RNPT constituyen un grupo de riesgo especial por dificultad dx y biodisponibilidad de las drogas. El sangrado gastrointestinal en pac. con VIH es < del 1%. Se ha asociado a < sobrevida. Niños VIH (+) e infecc. por CMV, Cándida y Herpes han derivado en esofagitis erosiva, vasculitis, isquemia e infarto de colon, intest.delg. y menos frecuente estómago. El CMV es marcador de SIDA y principal infección oportunista en infecc.VIH.

CONCLUSIÓN:

El VIH infantil suele manifestarse con síntomas inespecíficos, recurrentes y raramente a nivel gastrointestinal. Trombopenia persistente y presentaciones no habituales obligan a descartarlo.

ENVÍO DE INFORMACIÓN DE LOS EGRESOS (EG) DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE NEONATOLOGÍA (UGCN), PERÍODO 2011-2016. INTEGRACIÓN AL MÓDULO NEONATAL DEL SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL PARA LA GESTIÓN (SIP GESTIÓN) PARA MONITOREAR EL DESEMPEÑO DE UNIDADES NEO

**SP
191**

Nieto R.¹; Torres M.²; Silveti M.³; Ruiz D.⁴; Rapetti M.⁵; Monla C.⁶; Del Barco M.⁷

DIRECCIÓN NACIONAL DE MATERNIDAD E INFANCIA¹; UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE NEONATOLOGÍA HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL DE SALTA^{2,3,4,5,6,7}
 <rmnieto@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La Dirección Nacional de Maternidad Infancia desarrollo el modulo neonatal del SIP Gestión ante la necesidad de contar en un breve plazo con una herramienta útil para obtener datos de las unidades neonatales de nivel III B. A las unidades que ya disponían de un sistema de registro se les solicito enviar la información en un formato compatible.

OBJETIVOS:

- Describir la transferencia de datos al registro de la Dirección Nacional de Maternidad Infancia.
- Evaluar los aspectos del sistema de información que posibilitan el registro de datos.
- Describir la evolución de los indicadores de resultados propuestos.
- Documentar la experiencia, para que pueda difundirse y ser utilizada por otros centros asistenciales.

DISEÑO:

Estudio descriptivo analítico.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Los registros electrónicos y la tecnología permiten obtener información de la hospitalización. Las planillas se enviaron en forma mensual en formato Excel a Secretaria de Planeamiento, Dirección de Maternidad e Infancia Provincial, y dinamisipgestión@gmail.com en la Dirección Nacional de Maternidad Infancia se consolidan y se analizan para integrar los informes nacionales.

Los indicadores seleccionados: sobrevida categorizada por intervalos de peso al nacer, prevalencia de sepsis tardía, DBP y ROP grave tratada en menores de 1500 g. Los datos se presentan como porcentajes.

RESULTADOS:

	2011	2012	2013	2014	2015
Registros	1858	2306	2010	2005	1997
Sobrevida					
<500 g	1 (100%)	0	1 (100%)	0	0
500-749	4 (22%)	4 (29%)	6 (27%)	3 (14%)	6 (25%)
750-999	15 (52%)	24 (51%)	26 (60%)	38 (60%)	18 (43%)
1000-1499	94 (86%)	86 (83%)	134 (86%)	146 (88.5%)	113 (90%)
1500-1999	182 (92%)	188 (93%)	194 (97%)	204 (94%)	183 (95%)
2000-2499	259 (96%)	321 (98%)	282 (97%)	310 (96%)	314 (98%)
>2500	1206 (98%)	1576 (98%)	1239 (97%)	1182 (97%)	1260 (98%)
DBP en menores de 1500	24/67 (35%)	26/170 (15.3%)	58/232 (25%)	77/257 (30%)	35/199 (18%)
ROP tratada en < 1500	5/67 (7%)	15/170 (8.8%)	23/232 (10%)	33/257 (13%)	8/199 (4%)
Sepsis en menores de 1500	25/67 (37%)	51/170 (30%)	77/232 (33%)	101/257 (39%)	46/199 (23%)

CONCLUSIÓN:

La integración de la información obtenida de los registros de la UGCN es posible. El seguimiento y evaluación periódica de los indicadores permite optimizar la toma de decisiones, esta información puede utilizarse para estrategias de mejora por comparación con pares.

CASO CLINICO: ESTRIDOR LARINGEO PRECOZ EN RECIEN NACIDOS

**RPD
192**

Gonzalez N.¹; Higa L.²; Cioccale A.³; Mamani M.⁴; Escandar A.⁵; Nemer P.⁶
 HIGA PAROISSIEN- LA MATANZA^{1,2,3,4,5,6}
 nancy.b.gonzalez@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La laringomalacia es la causa más frecuente de estridor laríngeo en el recién nacido, se caracteriza por el colapso supraglótico durante la inspiración. Es una patología benigna y autolimitada en el 90%. Tiene una incidencia en el sexo masculino 2:1. En promedio aparece a los 7 días de vida, aumenta durante los primeros seis meses, y luego decrece hacia los 12-18 meses. Requiere contención de los padres y el control de la curva ponderal que es un indicador relevante del problema. Se describen 3 tipos siendo la última, su forma más grave.

OBJETIVO:

Reportar un caso clínico de laringomalacia grave con estridor laríngeo en las primeras horas de vida.

RELATO DEL CASO:

Paciente: RNT/PAEG, embarazo con 4 controles, de parto vaginal, presentación cefálica, apgar 9/10, LAM fluido y cefalohematoma parietal derecho. Comienza a las 4 horas de vida con taquipnea sin requerimiento de O2 y estridor laríngeo inspiratorio, se ingresó a UCIN. A las 48hs de vida, por incremento del esfuerzo respiratorio y estridor ingreso a ARM permaneciendo 7 días, presento dos episodios de hipertonia generalizada, asumiéndose como convulsión, se trató con fenobarbital. Se realizó cultivos en sangre y LCR y se medicó con penicilina-gentamicina por 7 días. Estudios realizados: ecografía cerebral, TAC cerebral y ecocardiograma normal. Por persistencia del estridor y dificultad con la alimentación se realizó interconsulta con el Servicio de Endoscopia Respiratoria del Hospital Ricardo Gutiérrez

donde se diagnosticó laringomalacia grave. Se indicó tratamiento quirúrgico: supraglostoplastía. A las 24hs del procedimiento por dificultad respiratoria ingreso a ARM, requiriendo una segunda intervención: traqueotomía a los 34 días de vida, con buena evolución.

CONCLUSIONES:

La presencia de estridor es un signo de alarma en las primeras horas de vida, requiere atención y evaluación por la presencia de trastornos respiratorios y/o alimentarios. El tratamiento quirúrgico de las formas graves de laringomacia permite la mejora de los síntomas y disminución de la comorbilidad.

PSEUDOANEURISMA HUMERAL SECUNDARIO A EXTRACCIÓN SANGUÍNEA A PROPÓSITO DE UN CASO

Carrilho N.¹; Carbonell L.²; Razetto L.³; Almosni M.⁴

CLINICA INDEPENDENCIA^{1,2,3,4}

<natirri@hotmail.com>

RPD
193

INTRODUCCIÓN:

El Pseudoaneurisma humeral es una entidad rara, causada por procesos extravasculares que dañan la pared arterial. La etiología es variable, la causa más frecuente es la traumática, lo que produce una disrupción de la pared arterial, y secundariamente un aneurisma sobre la zona implicada. Este tipo de aneurismas afectan a arterias de localización periférica, como las extremidades. Al examen físico se observa una masa creciente, pulsátil, sobre la zona afectada. Las complicaciones son la trombosis, obstrucción o ruptura del aneurisma, por lo que es importante su pronto diagnóstico y tratamiento. El diagnóstico incluye estudios de imágenes: radiografía, ecografía Doppler y resonancia magnética. El tratamiento recomendado es la reparación quirúrgica con anastomosis extremo-extremo y posterior seguimiento clínico para evaluar crecimiento y funcionalidad de dicho miembro.

OBJETIVO:

Describir una patología de origen iatrogénico con el fin de mejorar la seguridad en la atención de neonatos.

CASO CLÍNICO:

Paciente de sexo masculino, RNPT/APEG (36 semanas / 3675gr). Ingresó a los 24 días de vida a UCIN, derivado de guardia externa de pediatría por presentar desde los 4 días de vida tumoración a nivel del tercio distal de brazo izquierdo. Se realizó radiografía de MSI: sin particularidades; ecografía de partes blandas: imagen hipocogénica redondeada con pared de 27,5 x 16 x 19mm con flujo turbulento en su interior; ecoDoppler del MSI: arteria humeral a nivel del tercio

distal con imagen con cuello y saco, flujo turbulento, compatible con pseudoaneurisma de arteria humeral izquierda. Fue evaluado por cirugía vascular quienes realizaron tratamiento quirúrgico. Continúa en seguimiento por servicio de Pediatría.

CONCLUSIÓN:

La lesión de la arteria humeral es una rara complicación de la extracción sanguínea y de diagnóstico tardío, por lo que debe hacerse hincapié en la correcta técnica de extracción así como en el exhaustivo examen físico para el diagnóstico e intervención precoz.

PREVALENCIA DE ANOMALIAS CONGENITAS MAYORES EN EL HOSPITAL PUBLICO MATERNO INFANTIL DE SALTA (HPMI) EN EL AÑO 2015.

Albarracín M.¹

HOSPITAL PUBLICO MATERNO INFANTIL DE SALTA¹

<mariangel_71@yahoo.com.ar>

RPD
194

INTRODUCCIÓN:

Las Anomalías Congénitas (AC), constituyen en Argentina el 28% de las muertes infantiles. Los criterios de reducibilidad de las muertes infantiles, clasifican a las atresias digestivas, cardiopatías congénitas (CC), espina bífida, defectos de la pared abdominal y el síndrome de Down (S.Down) como patologías reducibles por prevención, diagnóstico, o tratamiento oportuno. Los servicios de salud de alta complejidad en neonatología tienen por lo tanto el desafío de reducir este componente de la mortalidad infantil. Conocer las características epidemiológicas de las AC y sus factores de riesgo permitirá, en muchos casos, establecer medidas de prevención; además de organizar y realizar ajustes en la Red de Atención Perinatal de la provincia de Salta.

OBJETIVO:

Describir la prevalencia al nacer de un grupo de AC seleccionadas en el HPMI de Salta en el año 2015 y analizar su asociación con diferentes variables.

POBLACIÓN Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, observacional, con los datos obtenidos del libro único de partos del HPMI y del Registro Nacional de Malformaciones Congénitas. Se estimaron las prevalencias de las principales AC y se analizó la asociación con las siguientes variables: peso, EG, edad materna, y diagnóstico prenatal ecográfico.

RESULTADOS:

En el 2015 se produjeron 8722 nacimientos. Las AC más frecuentes fueron: defectos del tubo neural: 31/10000, S.Down: 18/10000, FLAP:17/10000, CC severas: 13 por 10000, atresias digestivas 10/10000, gastroquisis: 7/10000 y HDC 5/10000. Gastroquisis, Onfalocele e Hidrops fueron detectadas prenatalmente en el 100% de los casos y hubo una alta tasa de detección ecográfica prenatal (70 a 80%) en hernia diafragmática congénita y defectos del tubo neural. Las cardiopatías congénitas severas fueron detectadas prenatalmente en el 50% de los casos. La AC con menor detección prenatal, fue el S.Down. Los pacientes con AC presentaron mayor proporción, de prematuréz y bajo peso al comparar con los recién nacidos sin AC. Edades maternas mayores se asociaron a una mayor prevalencia de AC específicas.

CONCLUSIONES:

Las prevalencias de las diferentes AC observadas son semejantes a las de otras aéreas del país. Sin embargo se observó una frecuencia elevada de Defectos del Tubo Neural. La detección prenatal de AC fue alta posiblemente por ser un hospital de alta complejidad. El bajo peso y la prematuréz se asociaron a AC; esto factores posiblemente sean factores de riesgo en la mortalidad infantil de los afectados. Las edades maternas extremas si bien representan una proporción baja del total de AC, son un grupo de riesgo para ciertas AC.

DEFECTOS DEL CICLO DE LA UREA: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS

RPD
195

Brezigar A.¹; Vergara M.²; Cardetti M.³; Verges E.⁴

CLINICA CERHU^{1,2,3,4}

<aribrezigar@hotmail.com>

Los defectos del ciclo de la urea son patologías congénitas que se deben a diferentes defectos enzimáticos, con manifestaciones clínicas similares relacionadas a hiperamonemia. La citrulinemia es una enfermedad metabólica, autosómica recesiva, poco frecuente, debida al déficit congénito de argininosuccinato sintetasa, esto produce la acumulación de citrulina y amonio, con el consecuente daño al sistema nervioso central.

Clínicamente se caracteriza por, hiporexia, vómitos, hipotonía, convulsiones, letargo y coma en la primera semana de vida, luego de un período libre de síntomas.

CASO 1:

RNT/PAEG (40sem/2900gr) G 2, Embarazo controlado, sin antecedentes, RAM, alta a las 24 hs en buen estado general, concurre a guardia a los 5 días, con rechazo parcial de la alimentación, se constata bebe en mal estado general, pálida con rigidez en los cuatro miembros, taquipnea, Pérdida de peso. Se policultiva, e inicia tratamiento antibiótico, evoluciona en pocas horas al coma. Se deriva nuestro centro. Llega en coma y en ARM.

Ecografía: Cerebral: Signos de edema cerebral, Abdominal: Normal. Ecocardiograma: IT leve, resto normal. Por sospecha de Metabolopatía se envían muestras a Instituto CEMECO de Córdoba. Confirma Hiperamoniemia con Diagnóstico de Citrulinemia. Se instaura tratamiento, fallece a los 8 días por fallo multiorgánico.

CASO 2:

RNT/PAEG (38sem/3580gr) primigesta, sana, Embarazo controlado, sin antecedentes. Cesárea por desproporción Feto-materna. RAM/LAC, alta a las 48 hs en buen estado general.

Concurre a guardia a los 5 días, con rechazo parcial de la alimentación, se constata bebe en mal estado general, pálida hipotónica, hiporreactiva, taquipneica con quejido, Pérdida de peso 6 %, se decide internación se realiza PHP, se policultiva, e inicia tratamiento antibiótico, se coloca O2 por Halo, presenta apneas con bradicardia, ingresa en ARM evoluciona en pocas horas al coma.

Ecografía cerebral: signos de edema y Abdominal: Normal. Ecocardiograma: FOP, normal.

Por sospecha de Metabolopatía se solicita Amonio: 800 µmol/L se sospecha Citrulinemia, se envían muestras a Instituto CEMECO y se instaura tratamiento, fallece a los 7 días por fallo multiorgánico.

CONCLUSIÓN:

El diagnóstico precoz resulta en la rápida instauración del tratamiento para evitar la lesión encefálica asociada a hiperamoniemia, por ello es preciso una fuerte sospecha clínica. Sugerimos solicitar dosaje de amonio en todo neonato con rechazo del alimento y encefalopatía en los primeros días de vida.

FIBROSARCOMA CONGENITO INFANTIL

RPD
196

Santillan C.¹; Prado L.²; Sorgetti M.³; Colantonio G.⁴; Quiros M.⁵; Pedraza A.⁶

CLINICA Y MATERNIDAD SUIZO-ARGENTINA^{1,2,3,4,5,6}

<dra.csantillan@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El fibrosarcoma representa del 20-50% de los tumores de tejido blando en neonatos. El 30-50% de los casos se diagnostica al nacer o prenatalmente. Es un tumor de crecimiento rápido que suele ser localmente agresivo, con una sobrevida a los cinco años del 80-90%.

OBJETIVO:

Presentar dos casos de recién nacidos (RN) con tumoraciones en extremidades, de etiología inusual, difícil diagnóstico diferencial y terapéutica controvertida.

CASO 1:

RN masculino con diagnóstico prenatal de tumoración en miembro inferior izquierdo. Al nacer presenta lesión no dolorosa de 5 x 6 cm de diámetro. Con sospecha de malformación vascular se realizó eco-doppler que evidenció marcada vascularización por vasos de neo-formación y múltiples dilataciones venosas. La tomografía axial computada reveló una formación heterogénea muy vascularizada con compromiso del extremo distal del fémur izquierdo. La angiografía con contraste mostró un ovillo vascular central con múltiples vasos aferentes y eferentes. La histopatología de la biopsia quirúrgica informó fibrosarcoma congénito infantil (FCI).

CASO 2:

RN femenino, que al nacer presenta tumoración de 10 x 15 cm en antebrazo derecho, sin diagnóstico prenatal. En la radiografía se observó lesión tumoral con compromiso del tejido óseo adyacente. La resonancia magné-

tica nuclear confirmó la presencia de una lesión ocupante con invasión de tejidos blandos y focos de necrosis en su interior, que infiltraba a grupos musculares de antebrazo, englobando cúbito y radio. Se realizó biopsia con toilette quirúrgica, el informe histopatológico fue FCI. Los pacientes fueron consultados con oncología infantil e iniciaron quimioterapia dado que se trataba de lesiones no resecables quirúrgicamente por su gran tamaño y la discapacidad resultante. Realizaron ciclos de quimioterapia con vincristina-actinomicina; en el caso 1 la quimioterapia permitió la resección quirúrgica del tumor presentando discapacidad funcional leve y en el caso 2 el paciente aguarda el tercer ciclo de quimioterapia.

CONCLUSIÓN:

Los tumores sólidos de origen congénito, representan un desafío diagnóstico. En la actualidad si bien la cirugía conservadora es el tratamiento, la quimioterapia debe considerarse en los casos donde la resección inicial puede causar una discapacidad grave.

BRONQUIOLITIS EN NEONATOLOGÍA DE UN HOSPITAL PEDIÁTRICO

RPD
198

Soffici V.¹; Racigh N.²

HOSPITAL DE NIÑOS DR ORLANDO ALASSIA^{1,2}

<veronicasoffi@hotmail.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

La bronquiolitis se ha convertido en una patología de alta relevancia clínica y de salud pública. Causa frecuente de internación hospitalaria en menores de tres meses con pico en meses invernales. Nuestro Servicio, dentro de un hospital pediátrico de referencia centro norte provincial, recibe niños mayores de 30 días cuando la demanda excede la capacidad en servicios de complejidad pediátrica.

OBJETIVOS:

Analizar la hospitalización por bronquiolitis en Neonatología del Hospital de Niños "Dr. O. Alassia" y sus características clínico epidemiológica y terapéuticas. Conocer porcentaje de lactantes entre uno y tres meses admitidos comparando su evolución con los menores de 30 días.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo, descriptivo, revisión Historias Clínicas pacientes internados en neonatología por bronquiolitis período enero 2014-diciembre 2015.

RESULTADOS:

Egresaron 207 pacientes con bronquiolitis, 33,5% del total de egresos por esa patología en menores de tres meses hospitalizados en nuestra institución. Internación pico junio, julio y agosto. 54% masculino, 72% lactancia exclusiva. Factor de riesgo prematuridad 15%, cardiopatía congénita 4%, otras patologías 4%. Estudio virológico de ANF por IFI realizado en el 95%, positivo a VSR 13% (un caso infección intrahospitalaria), un caso Influenza A. Alteración radiológica más frecuente infiltrado intersticial

con atrapamiento aéreo 60%, atelectasia 13,5%. Todos ingresaron con oxígeno, 95% nariguera, 1% ventilación no invasiva, 19% requirió ARM, 4% desde el ingreso. 43/207 (21%) edad uno a tres meses. De este grupo en ARM 43%, menores de 30 días sólo 11,5%. Similar la media de internación (11 días) y los días ventilados (6). No hubo fallecidos.

CONCLUSIÓN:

La bronquiolitis (16%) del total de egresos de neonatología constituye un problema asistencial en meses invernales generando saturación en servicios de internación, principalmente en menores de tres meses, por lo cual nuestro servicio absorbe la demanda no satisfecha por la UCIP y Cuidados Especiales. No hubo diferencias clínico epidemiológicas. Hubo más ingresos a ARM en mayores de 30 días atribuible a la necesidad de alta complejidad. En nuestro hospital se realiza virológico de ANF por IFI de hace 7 años, en este trabajo fue positivo el 13%, debiéndose reevaluar la técnica por la diferencia con la bibliografía.

ASOCIACIÓN ENTRE ATRESIA DE ESÓFAGO Y ESTENOSIS HIPERTRÓFICA DE PÍLORO

RPD
200

Catalano G.¹; Vera De La Cruz J.²; Zunino M.³

HIAEP SOR MARÍA LUDOVICA^{1,2,3}

<ggscatalano@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La atresia de esófago (AE) es la falta de continuidad de la luz del órgano que puede o no tener asociada fístula traqueoesofágica. Alrededor del 50% de los pacientes con AE presentan malformaciones asociadas, el 50% de éstas corresponden a cardiopatías congénitas mientras que la estenosis hipertrófica de píloro (EHP) representa el 7% de los casos. La EHP consiste en la hipertrofia e hiperplasia del píloro que provoca oclusión gástrica manifestándose con vómitos entre la segunda y octava semana de vida.

OBJETIVO:

Presentar tres casos clínicos donde se observó la asociación de AE con EHP, a fin de lograr un diagnóstico oportuno y evitar prácticas innecesarias.

MATERIAL Y MÉTODO:

Trabajo descriptivo y retrospectivo basado en revisión de historias clínicas en el período de enero de 2014 a marzo de 2016 en el Servicio de Neonatología del HIAEP Sor María Ludovica de La Plata.

RESULTADOS:

Presentamos tres pacientes con diagnóstico de AE y EHP. Caso 1: recién nacido de término con AE tipo III corregida a los 5 días de vida. A los 40 días de vida se diagnostica EHP tras intentos fallidos de alimentación enteral por persistencia de vómitos y residuo gástrico y descartadas otras complicaciones. Caso 2: recién nacido de término con AE tipo III corregida a los 5 días de vida. Requiere dos dilataciones esofágicas por estenosis que causaban intolerancia alimentaria. Ante recurrencia de vómitos se diagnostica EHP a los 64 días de vida. Caso 3: Recién nacido pretérmino

con diagnóstico de AE tipo III corregida a los 5 días de vida. Presenta buen progreso enteral hasta los 22 días cuando comienza con vómitos. A los 50 días de vida se diagnostica EHP tras descartar otras causas.

De los 27 pacientes con diagnóstico de AE que ingresaron en el período evaluado, solo 3 presentaron EHP semanas después del postoperatorio, representando un 11% del total de los casos estudiados. Las primeras manifestaciones consistieron en vómitos y/o intolerancia oral y fueron atribuidas principalmente a otras causas como reflujo gastroesofágico, estrechez anastomótica, dismotilidad esofágica o gástrica, alergia a la proteína de leche de vaca. Se arribó al diagnóstico en un promedio de 14 días luego de iniciado los síntomas.

CONCLUSIÓN:

La asociación entre EHP y AE es poco frecuente, pero debería ser considerada cuando los pacientes muestran recurrencia o persistencia de vómitos e intolerancia oral luego de la cirugía reparadora de dicha entidad y descartadas otras causas.

INFECCIONES POR *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* EN NEONATOLOGÍA

Satragno D.¹; Praino M.²; Carballo C.³; Esposto S.⁴; Mejía Díaz J.⁵; Lopez E.⁶; Enfedaque C.⁷
HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ^{1,2,3,4,5,6,7}

<dsatragno@gmail.com>

El *Staphylococcus aureus* (SA) es un patógeno emergente en la comunidad en los últimos años, causando un amplio espectro de infecciones que van de cuadros banales a infecciones que ponen en riesgo la vida. Las infecciones causadas por estafilococo vienen en aumento desde hace más de 10 años en distintas partes del mundo. En este contexto los neonatos se encuentran susceptibles a la colonización precoz; adquiriendo este patógeno una relevancia especial en dicho grupo etario. Se realizó estudio retrospectivo de pacientes menores de 30 días internados en la UCIN de un hospital pediátrico que presentaron infección por SA desde el 01/01/11 al 31/12/15 (5 años). Se identificaron 34 pacientes de los cuales 18 (34%) fueron varones y en su mayoría lactantes de término (30, 88,2%). La media de edad al inicio de los síntomas fue de 15 días de vida (DS 8,4 días) y 19 (55,9%) de ellos adquirieron la infección en la comunidad.

Sólo en 50% se identificó algún factor de riesgo para infecciones cutáneas (procedimiento invasivo, catéteres, infecciones por SA en la familia, etc), siendo la regla en los de adquisición intrahospitalaria (IH): 100% v 22%. La infección cutánea evidente y la fiebre fueron los motivos de consulta más frecuentes y los parénquimas comprometidos: Cutáneo 23(67,6%), Osteoarticular 7 (20,6%), Pulmonar 5 (14,7%), Vascular 5 (14, 7%), SNC 4 (11,8%), otros 4 (11,8%). Presentaron 2 parénquimas afectados 8 (23,5%) y > 2 parénquimas 3 (8,8%).

Los RN con infección IH presentaron mayor frecuencia de bacteriemia que los de la comunidad, 75% v 45% y requirieron procedimiento quirúrgico para resolución del cuadro un 39,4% (13/33). La mortalidad fue del 3% (un paciente IH) La resistencia a la oxacilina (SAMR) fue similar en las infecciones IH y de la comunidad alcanzando el 60%.

CONCLUSIONES:

La infección por SA debe sospecharse en los RN aún sin factores de riesgo y dada la alta frecuencia de SAMR y la invasividad del mismo la medicación antibiótica empírica inicial debería cubrirlo.

RPD
203

ECMO RESPIRATORIO: RESULTADOS DE LOS PRIMEROS 50 PACIENTES TRATADOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE ARGENTINA.

Salas G.¹; Dominguez E.²; Arbio M.³; Rodas S.⁴; Fariña D.⁵
HTAL GARRAHAN^{1,2,3,4,5}

<gsalasesator@gmail.com>

La oxigenación por membrana Extracorpórea (ECMO) es una terapia de rescate altamente invasiva, destinada a pacientes críticamente enfermos. El objetivo de este estudio es analizar los pacientes tratados con ECMO en el Área de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Garrahan y evaluar factores de riesgo asociados a mortalidad.

DISEÑO:

Estudio prospectivo, observacional con análisis de los factores de riesgo.

POBLACIÓN:

Ingresaron todos los pacientes tratados con ECMO desde Abril 2008 a Diciembre de 2015. Los datos se analizaron con el paquete estadístico STATA12.

RESULTADOS:

Ingresaron 50 pacientes, 47 recién nacidos y 3 pacientes pediátricos. La mediana de edad al ingreso fue de 3 días (1 día-7 meses). Media de peso de ingreso: 3.200 g ± 730; media de Edad Gestacional (EG) 37,5 semana (+4.2), 58% del sexo masculino y 42% nacidos por cesárea. Los diagnósticos más frecuentes fueron: hernia diafragmática (HDC) y síndrome de Aspiración Meconial (SALAM) La media de días de ECMO fue de 7 días (2-14). En 17 casos se decidió la suspensión de ECMO (34%) por evolución clínica. Sobrevivieron al tratamiento ECMO 36 pacientes (72%). En todos los casos se practicó ECMO veno-arterial.

No hubo diferencia en las variables demográficas entre el grupo de sobrevivientes y el de fallecidos. Las variables que se asociaron con mortalidad en ECMO fueron: el requerimiento de inotrópicos durante ECMO (p=0.009), la necesidad de diálisis (p=0.018), presencia de CID (p=0.006), hemorragia en SNC (p=0.003) y hemorragia pulmonar (p=0.006); sin embargo las variables que se asociaron con mortalidad al alta fueron: los días de ARM (p=0.009), año de ingreso (p=0.003), hemorragia de SNC (p=0.002) y CID (p:0.01).

CONCLUSIONES:

Estos datos reflejan el comienzo de una estrategia terapéutica aún poco desarrollada en nuestro país. La sobrevida fue similar a los reportes internacionales. Todos estos pacientes se encuentran en seguimiento con el fin de evaluar su evolución a largo plazo.

PO
205

DIAGNOSTICO TARDIO DE ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG

Catalano G.¹; Schellnast Faure A.²; Albarracín M.³; Aparicio N.⁴; Pucci E.⁵

HIAEP SOR MARÍA LUDOVICA^{1,2,3,4,5}

<gscatalano@hotmail.com>

SP
206

Opción a premio

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad de Hirschsprung (EH) es una anomalía congénita caracterizada por obstrucción intestinal funcional y ausencia de células ganglionares parasimpáticas de los plexos autónomos de la pared intestinal. Es una entidad de difícil diagnóstico neonatal, en especial en recién nacidos prematuros y en pacientes con patología quirúrgica. Entre las complicaciones asociadas a esta entidad se encuentran enteritis y perforación intestinal que aumentan considerablemente la morbimortalidad de los pacientes.

OBJETIVO:

Describir la evolución clínica de tres pacientes con EH asociada a patología quirúrgica en quienes se arribó al diagnóstico luego de varios meses de evolución tórpida.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Trabajo descriptivo y retrospectivo basado en revisión de historias clínicas.

RESULTADOS:

Presentamos tres pacientes con EH de diagnóstico tardío. 1) Recién nacido a término con gastrosquisis y cierre primario a las 6 horas de vida. Al mes de vida se diagnostica perforación intestinal y a los 2 meses se realiza biopsia rectal por cuadros suboclusivos. 2) Pretérmino de 28 semanas de edad gestacional, de peso adecuado (800gr), gemelar, a los 26 días de vida presenta enteritis perforada. A los 4 meses se realiza biopsia rectal y ostomía por cuadros suboclusivos. 3) Pretérmino de 32 semanas, de peso adecuado (1585 gr), a los 11 días de vida presenta

enterocolitis necrotizante con perforación ileal. A los 6 meses se realiza biopsia rectal por cuadros suboclusivos. El informe de las biopsias confirma el diagnóstico de EH.

CONCLUSIONES:

La evolución tórpida de enteritis perforada en pacientes ostomizados y con comorbilidades asociadas debe alertar la posibilidad diagnóstica de enfermedad funcional.

EVALUACION DE 8 AÑOS DE IMPLEMENTAR UN PROGRAMA PREVENTIVO IRA (PPIRA) EN PREMATUROS EN SEGUIMIENTO EN EL HOSPITAL DEL NIÑO JESUS DE TUCUMAN

Gabai P.¹; Perez Z.²; Caram M.³; Russo L.⁴; Bichara L.⁵; Trujillo S.⁶; Nieva C.⁷

PUBLICO^{1,2,3,4,5,6,7}

<paubeagab@hotmail.com>

RPD
207

INTRODUCCION:

Debido al aumento de nacimientos prematuros, las secuelas pulmonares y riesgo de padecer insuficiencia respiratoria aguda (IRA) en estos niños, es importante implementar un programa para la prevención de infecciones por VSR inmunizando con Palivizumab.

OBJETIVOS:

Describir la efectividad del ppira a 8 años de control en el consultorio de seguimiento de niños menores de 32s., y menores de 1500 gr en sector público.

MATERIAL Y METODO:

Revisión de historias clínicas del Ppira entre 2008 Y 2015.

POBLACION:

Todos los recién nacidos preterminos inmunizados con palibizumab durante la época invernal, menores de 32s de gestación y menores de 1500gr nacidos en maternidad pública con criterio de inclusión según normas del Ministerio de Salud De La Nación.

RESULTADO:

Población total inmunizados 870 niños, tuvieron test Ili-Vsr+26, Vsr-39, otro virus 15. internados por IRA 70, fallecieron 12 y desertaron 31.

CONCLUSION:

Luego de 8 años de implementación del Ppira se puede inferir que es efectiva la inmunización con palivizumab, dada la disminución de interacciones, fallecimientos y menos números de consultas ambulatorias por ira en época invernal.

TAQUIARRITMIAS FETALES: TRATAMIENTO INTRAUTERINO Y SEGUIMIENTO POSTNATAL

Fraga J.¹; Gallo J.²; Ithurralde A.³; Ithurralde M.⁴; Moltedo J.⁵
CYMSA^{1,2,3,4,5}

<juanignaciofraga@yahoo.com.ar>

RPD
208

INTRODUCCIÓN:

Las taquiarritmias fetales (TF) son motivo frecuente de consulta cardiológica en el periodo perinatal. Pueden o no estar asociadas a cardiopatías estructurales y presentar cuadros severos de insuficiencia cardíaca y elevada morbimortalidad. Los esquemas de tratamiento expuestos en la literatura son diversos y los resultados variables

OBJETIVOS:

El objetivo de este estudio es evaluar las características clínicas de los pacientes (ptes) con TF derivados a nuestro centro, su respuesta al tratamiento y su seguimiento postnatal.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio prospectivo/ retrospectivo observacional de fetos y neonatos desde mayo de 2011 hasta abril de 2016. Fueron evaluados todos los pacientes derivados por arritmias fetales realizando un ecocardiograma fetal modo M bidimensional y Doppler color. Las bradiarritmias y extrasístoles aisladas fueron excluidas de este estudio. Las taquicardias fueron evaluadas y agrupadas según su tipo, la presencia de cardiopatía congénita (CC) asociada, de insuficiencia cardíaca (ICC) e Hidrops Fetal (HF), la terapéutica farmacológica antiarritmica utilizada, la respuesta y el seguimiento posnatal.

RESULTADOS:

Se identificaron 23 ptes (16 masculinos y 7 femeninos) con TF. Ocho (8) tenían taquicardia supraventricular (TSV), once (11) aleteo auricular (AA), y cuatro (4) taquicardia auricular (TA) (tabla1). Solo uno (1) tenía CC asociada, los ptes con ICC fueron cinco (5), cuatro (4) presentaron Hidrops

Fetal y uno dilatación de cavidades derechas. 19 ptes recibieron tratamiento vía transplacentaria. En todos los Ptes se favoreció el tratamiento intrauterino evitando el nacimiento prematuro, se utilizaron los siguientes antiaritmicos: digoxina, flecainida y sotalol, solos o en combinación, logrando el control prenatal de la arritmia en trece (13) pacientes 68.4%. El tipo de arritmia diagnosticado por ecografía fue confirmado por el ecg post natal en todos los pacientes. Un (1) paciente murió intraútero. Siete (7) presentaron TC postnatal de los cuales 5 tenían TSV, 1 AA, 1 TA. Al año de vida 5 pacientes persistieron medicados asintomáticos luego de su primer episodio neonatal, solo en uno la medicación fue suspendida antes del año y otro persiste medicado sin haber cumplido el año de vida.

CONCLUSIÓN:

El diagnóstico y tratamiento transplacentario temprano de las TF permite un enfoque eficaz con una elevada tasa de control prenatal y mejoría clínica. Esta conducta favorece un tratamiento intrauterino agresivo que conlleva una disminución de la morbimortalidad y el nacimiento innecesario de pretérminos que per se agravan el pronóstico.

Tabla 1
Arritmias

Aleteo Auricular	11
Taquicardia supraventricular	8
Taquicardia auricular	4

MORBILIDAD RESPIRATORIA EN RECIÉN NACIDOS A TÉRMINO Y A TÉRMINO TEMPRANO SEGÚN VÍA DE NACIMIENTO EN UNA MATERNIDAD PRIVADA DE LA C.A.B.A.

Zapata Barrios J.¹; Albornoz Crespo G.²; Di Gruccio V.³; Gallo H.⁴; Perez G.⁵; Quiros M.⁶; Sorgetti M.⁷; Colantonio G.⁸; Pedraza A.⁹
CLÍNICA Y MATERNIDAD SUIZO ARGENTINA^{1,2,3,4,5,6,7,8,9}

<jorgezapata@gmail.com>

PO
209

Opción a premio

INTRODUCCIÓN:

Durante los últimos años, se ha incrementado la tasa de nacimiento por cesárea (CS). La morbilidad neonatal precoz, se asociada a esta vía de nacimiento siendo inversamente proporcional a la edad gestacional (EG).

OBJETIVO:

Determinar si la CS se asocia con mayor riesgo de morbilidad respiratoria (MR) tanto en pacientes nacidos a término (RNT) como de término temprano (RNTT).

MÉTODOS:

Estudio descriptivo, retrospectivo y analítico, basado en la base de datos neonatal institucional.

POBLACIÓN:

Recién nacidos con EG entre 37 a 41 semanas, con registros completos en la base de datos, nacidos y admitidos en la UCIN de la Clínica y Maternidad Suizo Argentina (CYMSA) entre enero de 2009 y diciembre de 2014.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Se categorizó la variable EG en RNTT de 37 a 38 semanas y RNT de 39 a 41 semanas. Para comparar variables continuas según distribución se utilizó t-Test y Wilcoxon signed-ranks test. Para las variables categóricas se utilizó Chi cuadrado o de Fisher según corresponda. Se realizó análisis de regresión logística multivariado, ajustado por EG, necesidad de reanimación, sexo, peso de nacimiento, fallo cardiovascular y edad materna, buscando asociación entre MR y CS. Se evaluó adecuación del modelo con curva ROC (CROC) y Test de Hosmer-Lemeshow (THL).

RESULTADOS:

Ingresaron al estudio 3923 pacientes, 1002 nacieron por vía vaginal (25.5%) y 2921 por cesárea (74.46%). Los nacidos por parto vaginal tuvieron significativamente mayor peso [3,283 ± 444 gr vs 3,227 ± 539 gr, p:<0,01] y mayor EG [38,5 ± 1 sem vs 38,1 ± 1 semanas, p:<0,01] que los nacidos por CS. Los nacidos por CS tuvieron mayor frecuencia de MR, necesidad de surfactante y óxido nítrico significativamente. En relación a MR los nacidos por CS, presentaron un OR de 1.96 p<0.01 (IC 95% 1.65-2.33) con CROC 70% y THL p: 0.26, ajustado por las variables descriptas. Nacer como RNTT [OR: 1.39 p<0.01 (IC95% 1.19-1.62)] y por CS [OR: 1.93 p<0.01 (IC95% 1.63-2.3)], aumenta las chances de padecer MR, ajustado por las variables descriptas, con CROC 70% y THL p: 49. Nacer de término, disminuye las mismas [OR: 0.72 p<0.01 (IC95% 0.61-0.84)], mientras que la CS [OR: 1.92 p<0.01 (IC95% 1.62-2.3)] las aumenta, con CROC 70% y THL p: 0.48, ajustado por las variables descriptas.

CONCLUSIÓN:

En función de los datos mostrados en nuestro estudio, la posibilidad de MR aumentó significativamente en los RNTT. La decisión de terminar el embarazo por CS de término disminuyó el riesgo.

A PROPÓSITO DE UN CASO: PERSISTENCIA DEL CONDUCTO ONFALOMESENTERICO EN UN NEONATO. HOSPITAL MATERNO INFANTIL DR. HÉCTOR QUINTANA. SAN SALVADOR DE JUJUY

**RPD
210**

Quinteros G.¹; Gonzalez C.²; Carlos C.³; Valdez S.⁴
 HOSPITAL MATERNO INFANTIL DR HECTOR QUINTANA DE JUJUY^{1,2,3,4}
 <gabrielaquinteros1973@yahoo.com.ar>

INTRODUCCION:

La persistencia del conducto onfalomesenterico es una de las presentaciones poco frecuentes de los restos embrionarios derivados de este conducto. Dicho conducto comunica la cavidad celomica con intestino medio, desapareciendo entre la quinta y novena semana de vida intrauterina. La falta de involucion se presenta en aproximadamente un 2% de la poblacion. Se describe un caso de presentacion atipica donde la importancia del diagnostico precoz ante la sospecha clinica evita alteraciones y complicaciones que pueden ser muy graves.

CASO CLINICO:

neonato de 25 dias de vida, sexo masculino, derivado de la localidad vecina de Ledesma, por vomitos y enterorragia. Consulta en dicho Hospital 48 hs previas a la derivacion por vomitos alimenticios. Al persistir los vomitos, con distension abdominal y deposiciones con sangre, se decide su derivacion con diagnostico de Suboclusion intestinal. Antecedentes: mama de 43 años, multigesta, multipara, cursa embarazo controlado sin patologia aparente. Parto vaginal, Peso nacimiento 3670gr, edad gestacional 38ss, alta conjunta, recibe lactancia materna exclusiva. Ingresa al Servicio, deshidratado, con importante distension abdominal, radiologia compatible con suboclusion intestinal. Valorado por cirujano de guardia, se decide intervencion quirurgica inmediata. Diagnostico intraoperatorio: Persistencia del conducto onfalomesenterico y necrosis intestinal. Se resecan 15cm de intestino delgado a 20cm de la valvula ileocecal. Queda con ileostomia. A las 48hs post quirurgicas presenta

clinica de sepsis, aislandose Enterococo cloacae en hemocultivo. Presenta buena evolucion posterior. Requiere 10dias de nutricion parenteral, comienza realimentacion a los 7dias post quirurgicos con leche materna con buena tolerancia.

DISCUSION:

En el desarrollo embrionario normal el conducto onfalomesenterico involuciona entre la quinta y novena semana intrauterina. Un fracaso en la regresion produce varias anomalidades cuya presentacion puede ser dispar en cuanto a forma y gravedad del cuadro clinico que produce. En nuestro caso la estrangulacion del intestino delgado por la persistencia del conducto determino la presentacion clinica de suboclusion. Se destaca la importancia del diagnostico precoz para lograr una mejor evolucion clinica de estos pacientes.

ROL DE UN HOSPITAL CATEGORIA II EN UNA RED PERINATAL LOCAL

**RPD
212**

Bonaventura L.¹; Sada J.²; Bentivegna L.³; Desposito J.⁴; Flores D.⁵; Romano C.⁶; Herrera A.⁷; Bustamante D.⁸; Valanza K.⁹; Morales A.¹⁰; Delgado F.¹¹; Cossio P.¹²; Bersetche A.¹³; Castro M.¹⁴; Barranco L.¹⁵; Albanese N.¹⁶; Bertis Y.¹⁷; Del Rio L.¹⁸; Suarez F.¹⁹
 MATERNIDAD ESTELA DE CARLOTTO^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19}
 <lilibonaventura@hotmail.com>

INTRODUCCION:

La maternidad Estela de Carlotto, ubicada en una zona de bajos recursos del Partido de Moreno, inaugurada en junio 2014, con 36 plazas de obstetricia, 4 salas UTPR, 12 de neonatología y alojamiento de madres deriva los embarazos de Alto Riesgo a los Htales MyL de la Vega y Posadas recibiendo la contrarreferencia de los mismos, tanto de puérperas como de recién nacidos. El 30% de los médicos que atienden RN son generalistas.

OBJETIVO:

Transmitir una experiencia superadora en una actividad que transcurre una crisis tanto de recurso humano como de atención humanizada en tanto que mas del 85% de los partos son normales y esa normalidad no deberia ser alterada.

RESULTADOS:

En el periodo enero-diciembre (2015) se realizaron 1182 partos y a 18 m de inaugurado el n° de partos alcanzo: 1900. Surgen las siguientes observaciones:

Obstetricos

1. El consultorio de tamizaje de riesgo, que recibe gestantes de 40 Centros de Salud, efectuado en MEC, por médicos y obstétricas, tuvo una asistencia de 78%
2. Todas las derivaciones obstétricas con y sin TP se realizaron en tiempo y forma, sin accidentes.
3. La proporción de cesáreas fue del 13% (Htal IIIb integrantes de la red: 28%-45 %).
4. El acompañamiento familiar en sala de partos fue de 92%
5. El 57% de las mujeres eligió una posición no tradicional : sentada en banquito vertical , colchoneta, apoyada en manos y rodillas y otras).

6. La tasa de uso ocitocina por parto fue de 1,6%.
7. Se registraron: 5 casos (0,42 %) de MMS (Morbilidad Materna Severa) que fueron resueltas en Htales IIIb.
8. No se registraron muertes maternas.

Neonatales

1. 5 neonatos (0,42%) requirieron intubación en sala de partos.
2. 92% clampeo tardío de cordón.
3. 87% realizo (COPAP (contacto piel a piel).
4. Ingreso a neonatología desde sala de partos :20 bebes (1.7%).
5. Pasaron por sector de autocuidado pre alta: 81%.
6. Requerimiento de traslado a mayor complejidad: 7 bebes (0.6%).
7. Ingreso a neonatología por Contrarreferencias de IIIb: 178.
8. Utilización de ARM hasta traslado: 4 (0,34%).
9. Lactancia exclusiva al egreso de pacientes internados en sala de Neonatología o Autocuidado: 67%
10. Utilización del alojamiento de madres: 88%.
11. Mortalidad neonatal de los nacidos en MEC: 0.
12. Mortalidad de los derivados in útero o ya nacidos IIIb:2.

CONCLUSIONES:

Trabajando en red entre APS, Htales nivel II y IIIb en una población de bajos recursos se puede alcanzar resultados compatibles con los objetivos del milenio, tamizando el riesgo perinatal, respetando el parto humanizado y con la participación de médicos generalistas y neonatologos. El convencimiento de todo el personal en promover la misión del hospital fue condición indispensable.

HIPERINSULINISMO CONGÉNITO (HIC) TRANSITORIO. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.

Irañeta M.¹; Rubies Y.²; Albas M.³; Saint Genes D.⁴

CEMIC^{1,2,3,4}

<matigalce@hotmail.com>

RPD
213

INTRODUCCIÓN:

El HIC es la causa más frecuente de hipoglucemia recurrente y persistente en el neonato. Es una patología poco frecuente y heterogénea en relación a la presentación clínica. Se caracteriza por la secreción desregulada de insulina por las células beta del páncreas asociada a una concentración baja de glucosa plasmática. El reconocimiento precoz, el diagnóstico y el tratamiento son necesarios para prevenir o minimizar el daño neurológico de episodios reiterados o prolongados de hipoglucemia.

En esta última década se ha avanzado mucho en las bases genéticas y moleculares del HIC. Se reconocen así 9 genes y sus mutaciones responsables de la patogénesis de la enfermedad. Histológicamente existen dos tipos de HIC: una forma difusa y una forma focal según el compromiso de la glándula. La TAC con PET es uno de los avances que permite identificar y curar lesiones focales.

OBJETIVOS:

Presentar un caso clínico de HIC con evolución transitoria. Destacar la importancia del diagnóstico precoz y el tratamiento inmediato. Resaltar el significado de la "muestra crítica" de sangre (glucemia <50 mg/dl) obtenida en el episodio de hipoglucemia espontáneo o provocado. Saber que la concentración de insulina será elevada en ese episodio en la mayoría de los casos y que la ausencia de hiperinsulinemia no descarta el diagnóstico de HIC y requiere la interpretación de otros indicadores. Conocer las estrategias terapéuticas a largo plazo según el tipo de HIC.

CASO CLÍNICO:

Se presenta RNT/PAEG, madre sana, embarazo controlado normal. A las 34 horas de vida presenta en la internación conjunta episodio de cianosis generalizada, hiporreactividad, hipotonía y bradicardia. Requiere maniobras de reanimación básicas con adecuada respuesta a las mismas. Se constata glucemia por tira reactiva: 15 mg/dl. Ingres a neonatología para diagnóstico y tratamiento.

CONCLUSIÓN:

La hipoglucemia constituye una emergencia médica que exige un tratamiento inmediato para evitar las secuelas en el neurodesarrollo, aún sabiendo que continúa siendo un interrogante con que concentración de glucosa plasmática y con cuantos de estos episodios de hipoglucemia el mismo se ve afectado.

El lograr hacer el diagnóstico de HIC, causa más frecuente de hipoglucemia persistente en neonatos y lactantes, permitirá un enfoque multidisciplinario en el tratamiento de estos pacientes con el objetivo de evitar complicaciones a largo plazo del desarrollo neurológico.

IMPACTO DE LA REGIONALIZACIÓN EN UNA NEO IIBB DEL SUR DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

Bianchi A.¹; Gallina S.²

HOSPITAL ESCUELA EVA PERÓN (GRANADERO BAIGORRIA - SANTA FE)^{1,2}

<albertobianchi@hotmail.com.ar>

RPD
214

Opción a premio

INTRODUCCIÓN:

Regionalización significa el desarrollo, dentro de un área geográfica, de un sistema de salud materno y perinatal coordinado y cooperativo en el cual, merced a acuerdos entre instituciones y equipos de salud y basándose en las necesidades de la población se identifica el grado de complejidad que cada institución provee con el fin de alcanzar los siguientes objetivos: atención de calidad para todas las gestantes y recién nacidos, utilización máxima de la tecnología requerida y del personal perinatal altamente entrenado a un costo/efectividad razonable.

OBJETIVOS:

Mostrar los cambios en las características de la población estudiada, en número, secuelas, y mortalidad según los distintos rangos de edades gestacionales y pesos; y confeccionar una ficha con estos datos que pueda utilizarse para informar al equipo de salud y a los padres.

POBLACIÓN:

Recién nacidos de muy bajo peso al nacer (RNMBP), menores e igual de 1500 g, entre 24 y 32 semanas de edad gestacional, que ingresaron al servicio de neonatología desde el 01/01/2013 al 31/12/2015.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Trabajo observacional, retrospectivo, longitudinal, que se realiza obteniendo datos del Libro de Ingresos del servicio, SIP neonatal, y revisión de Historias Clínicas. Se excluyeron RN polimalformados.

RESULTADOS:

Se analizaron 354 pacientes, (89 en 2013, 145 en 2014, 120 en 2015). Los datos de porcentajes de mortalidad neonatal sugieren una disminución a través de los años. Con respecto a la morbilidad neonatal en los sobrevivientes, se observa un incremento de los porcentajes de la Displasia broncopulmonar.

Mortalidad	2013	2014	2015	Secuelas	2013	2014	2015
500/749	100%	80%	68%	ROP Fotoc.	3%	2%	2%
750/999	52%	51%	35%	DBP	0%	6%	12%
1000/1249	23%	16%	4%	HIC 3-4	3%	1%	3%
1250/1500	12%	9%	8%				

CONCLUSIONES:

La regionalización de la atención perinatal según niveles de complejidad es una estrategia de efectividad demostrada para mejorar la calidad de atención y resultados maternos neonatales, en un marco de utilización óptima de los recursos existentes, garantizando la accesibilidad y la equidad. Se logró realizar una ficha con valores del servicio en cuanto a sobrevida que se puede emplear para información del equipo de salud y los padres de los pacientes.

SINDROME DE CHARGE, A PROPÓSITO DE UN CASO. HOSPITAL MUNICIPAL RAUL LARCADE



Dudkevich J.¹; Viola M.²; Rolon I.³

HOSPITAL RAUL F. LARCADE^{1,2,3}

<juliadudkevich@hotmail.com>

OBJETIVOS:

Presentar un caso clínico de S. CHARGE, y los datos que llevaron a su sospecha diagnóstica.

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de Charge es una enfermedad poco frecuente con una incidencia de 1 por cada 10.000 personas. Diagnosticada en 1979. La confirmación molecular se establece cuando se identifica una mutación patógena que altera la síntesis de la proteína que codifica el gen CHD7. La gran mayoría de casos de síndrome CHARGE son esporádicos. Alteraciones características: C: coloboma ocular, H: cardiopatía, A: atresia de las coanas, R: retraso del crecimiento y/o desarrollo, G: hipoplasia genital, E: anomalías del pabellón auricular y/o sordera.

CASO CLÍNICO:

RNTPAEG, PN 4580gr, EG 38sem, Apgar: 6/9, cesárea, madre con HIE, DBT gestacional, 24 años, G3C2, embarazo controlado, serologías negativas, Requiere VPP en sala de recepción ingresa a UCIN por SDR con requerimiento de oxígeno por halo cefálico por 48hs, se medica con ampicilina/gentamicina por sospecha de sepsis durante 7 días sin rescate de germen. Durante la internación presenta hipoglucemias, inicia alimentación enteral a las 48hs de vida por sog con buena tolerancia llegando al aporte enteral total a los 9 días de vida, se observa dificultad en la coordinación succión-deglución. Ecografía cerebral normal. Ecocardiograma: hipertrofia septal asimétrica. FOP pequeño con shunt I-D, DAP pequeño. Fondo de ojo: lesión delimitada hipopigmentada que compromete nervio óptico. (Coloboma de retina

bilateral) fibras de mielina en OI, retina periférica sin particularidades. OI policoria. OEA donde se informa que fallan en ambos oídos, se solicita PEAT. Interconsulta con genética por sospecha de SINDROME CHARGE. Egres a los 25 días de vida con alimentación enteral por succión, buen progreso de peso, seguimiento por consultorio de seguimiento de alto riesgo, estimulación temprana y neurología infantil. A los 50 días de vida ingresa al Hospital Garrahan por cuadro convulsivo, donde se confirma diagnóstico.

CONCLUSIÓN:

El niño con asociación CHARGE puede presentar anomalías anatómicas llamativas al nacimiento, como atresia coanal o cardiopatía congénita. En este caso la sospecha diagnóstica fue a partir del hallazgo de coloboma + OEA anormal. Debido a la amplia variabilidad de síntomas y sus respectivos niveles y compromiso orgánico, cada niño con síndrome de CHARGE presentará un desafío único y un tratamiento multidisciplinario específico.

NEUROBLASTOMA PERINATAL: EVOLUCION FAVORABLE CON TRATAMIENTO CONSERVADOR



Lobos P.¹; Forenza N.²; Udaquiola J.³; Calello S.⁴; Ferraris T.⁵; Streitenberger P.⁶; Moldes J.⁷

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES^{1,2,3,4,5,6,7}

<pablo.lobos@hospitalitaliano.org.ar>

INTRODUCCIÓN:

Los pacientes lactantes con neuroblastoma (NB) pueden presentar un comportamiento benigno a pesar de presentar metástasis en hígado, médula ósea y/o piel, habiéndose descrito su maduración e incluso su regresión espontánea. La conducta expectante ante el diagnóstico de neuroblastoma debe estar encuadrada en un protocolo que permita actuar ante una evolución maligna.

OBJETIVO:

Reportar una serie de casos de NB en lactantes tratados en forma conservadora durante los últimos 5 años.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio analítico retrospectivo. Se analizaron los registros de historia clínica electrónica, base de datos de oncología pediátrica y de medicina fetal. Se incluyeron ptes < de 12 meses, diagnosticados como NB e/junio de 2005 y junio de 2015, que NO recibieron tratamiento quimioterápico. Se analizaron las siguientes variables: género, diagnóstico prenatal, presencia de metástasis, localización del tumor, tratamiento quirúrgico, evolución y sobrevida.

RESULTADOS:

60 pacientes pediátricos con NB, 13 (21%) se presentaron antes del año de vida. 5/13 cumplieron los criterios de inclusión. Los restantes 8 ptes

presentaron crecimiento o ausencia de resolución de las imágenes, y fueron operados. Todos los casos fueron evaluados y seguidos por un equipo multidisciplinario integrado por cirujanos, oncólogos y radiólogos pediátricos. 3/5 presentaron diagnóstico prenatal. 4/5 sexo masculino. Localización: adrenal 3 (1 bilateral), torácica 2. 2/5 presentaron metástasis hepáticas (estadio IVs). Para el diagnóstico se utilizaron imágenes, biopsia, centellograma con MIBG y dosaje de catecolaminas urinarias (ver tabla). Ningún paciente recibió tratamiento. El seguimiento se realizó por ecografía (localización abdominal) o RMN (localizados en tórax). 2/5 ptes presentaron resolución completa de las lesiones en imágenes en un lapso promedio de 10 meses. 3/5 presentan lesión residual con significativa reducción hasta el momento. 2/5 fueron resecados quirúrgicamente con fines diagnósticos. 2/2 Anatomía Patológica formas maduras. Seguimiento: 17.5 m (r:7-42).

CONCLUSIONES:

En nuestra experiencia, el comportamiento del NB es casi siempre benigno en ptes < 1 año. Descartada la presencia de metástasis a distancia, el seguimiento por imágenes parece una opción segura en estos casos. Si no hay crecimiento, es posible evitar un tratamiento agresivo en un número significativo de pacientes, incluso en presencia de tumores de gran tamaño o metástasis hepáticas.

	Localización	Imagen	Biopsia	M.O.	MIBG	Catecol. Urinarias	Seguimiento	Resolución	Cirugía
S. D.	Adrenal derecho	US/ RMN	Sí	Sí (-)	Sí (+)	Sí (+)	17 m	Completa	no
K. P.	Cervico- torácico	Rx/ RMN	Sí	Sí (-)	Sí (+)	Sí (+)	16 m	Parcial	no
C. V.	Toraco- lumbar	US/ RMN	No	No	Sí (-)	Sí (-)	42 m	Completa	si
A. G.	Adrenal bilateral	US	No	No	Sí (+)	Sí (+)	22 m	Parcial	si
T. J.	Adrenal izquierdo	US	No	No	No	No	8 m	Parcial	no

EPULIS COMO DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE TUMORACION DE PISO DE LA BOCA. A PROPOSITO DE UN CASO

RPD
217

Rodriguez Baca E.¹; Zunino S.²; Scafatti F.³; Vazquez L.⁴; Gliemmo M.⁵

HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARIA LUDOVICA^{1,2,3,4,5}

<eri85_04@hotmail.com>

INTRODUCCION:

Es una lesión infrecuente de células granulares. Presente en el recién nacido como una tumoración proveniente de la mucosa gingival, generalmente del maxilar superior. La relación femenino/masculino es 8/1. Debe ser distinguido de otras lesiones benignas como malignas.

DESCRIPCION DEL CASO:

Niña de 5 días de vida que presenta desde el nacimiento, una tumoración en cavidad oral rosada, de bordes irregulares, que protruye desde el piso de la boca, desplazando la lengua hacia atrás e impidiendo su oclusión completa. No acusó dificultad en la alimentación o respiración. Se realizó resonancia magnética nuclear de piso de boca, describiendo la misma "una formación que se proyecta desde la base de la boca, desplazando la lengua ligeramente hacia atrás, de aproximadamente 20x 10mm, sin componente líquido, que sugiere la presencia de tejido sólido/ fibrótico". Bajo diagnóstico presuntivo de épulis congénito, se realizó manejo interdisciplinario con odontopediatría, cirugía plástica y oncología. Debido a la evolución benigna de la lesión con tendencia a la regresión, se mantuvo conducta quirúrgica e histopatológica expectante, con seguimiento continuo por consultorio externo.

DISCUSION:

El épulis congénito representa una entidad reactiva de células miofibroblásticas, según estudios inmunohistoquímicos y ultrasonográficos. Generalmente es benigno, solitario y puede ser sésil o pediculado. Se ha descrito diagnóstico prenatal por ecografía con polihidramnios asociado. Se requiere alto nivel de sospecha para el diagnóstico clínico. Es esencial la evaluación odontológica y suele requerir el apoyo del diagnóstico por imágenes. Como diagnóstico diferencial se encuentran mucocele, quistes y pseudoquistes, nódulos de Bohn, ranula, teratoma, coristoma y tumor maligno de células granulares. El tratamiento puede ser expectante si la lesión no genera comorbilidades. Debe considerarse la exéresis y estudio histopatológico si su evolución fuera rápidamente progresiva o invasiva. No se documentaron casos de recurrencia.

CONCLUSION:

Se trata de una lesión poco común de la mucosa gingival que requiere un alto nivel de sospecha y manejo interdisciplinario para hacer diagnóstico diferencial con neoplasias malignas y tratamiento oportuno de aquellas lesiones que interfieran con la calidad de vida del paciente. Sin embargo su evolución tiende a la regresión.

RETINOPATÍA DEL PREMATURO

RPD
218

Gimenez M.¹; Gonzalez Biere N.²; Rouveda M.³

HOSPITAL MATERNO INFANTIL ARGENTINA DIEGO DE AZUL^{1,2,3}

<alitas_777@hotmail.com>

Opción a premio

INTRODUCCIÓN:

El alto desarrollo alcanzado en el campo de la neonatología permite la supervivencia de niños muy inmaduros, y por tanto un aumento en los casos de Retinopatía del prematuro (ROP). Es una enfermedad de causa multifactorial, ya que deben darse ciertas condiciones para que se manifieste en alguno de sus cinco estadios. Su prevención, diagnóstico y tratamiento pueden mejorar su pronóstico con medidas sencillas y oportunas.

OBJETIVO:

Evaluar la incidencia y los factores de riesgo Retinopatía del Prematuro (ROP) en recién nacidos pretérmino en Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN) en el Hospital Interzonal Materno Infantil Argentina Diego de Azul, de enero de 2013 a diciembre de 2015.

POBLACIÓN:

Se evaluaron pacientes menores de 32 semanas y/o menores de 1500 gramos.

MÉTODOS:

Se realizó un estudio retrospectivo en niños menores de 32 semanas y/o menores de 1500 gramos. Se utilizaron como variables la edad gestacional, peso al nacer y factores de riesgo asociados. La recopilación de datos se realizó a través de la historia clínica.

RESULTADOS:

Se analizaron 628 niños recién nacidos (RN) pretérminos con peso de nacimiento menor/igual a 1500 gramos y con edad gestacional menor o igual a 32 semanas ingresados a UCIN de nuestro Hospital (1 de enero 2013- 31 de diciembre 2015). De los 628 niños estudiados se pesquisarón 16 RN con algún grado (G) de ROP determinando una incidencia global de 2,54%.

En el año 2013 hubo una incidencia de 0,8%, 2014 de 5,26% y 2015 1,63% observándose un aumento notable en el año 2014 para luego descender. Del total de la población con ROP (16) presentaron G1 el 56,25%, G2 25% y G3 18,75%. El 25% recibió tratamiento con laser y el resto controles oftalmológicos evolucionando favorablemente.

CONCLUSIÓN:

La Rop es un problema importante de salud pública, ya que representa la primera causa de ceguera en niños. Solo puede diagnosticarse mediante controles de fondo de ojo y es un marcador de calidad de atención neonatal.

Todo prematuro tiene derecho a la prevención de la ceguera por ROP. Derecho 6 del decálogo de los derechos del bebé prematuro.

ANÁLISIS COMPARATIVO DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN RECIÉN NACIDOS CON PESO MENOR A LOS 1500 G



Ramos Romero G.¹; Mauricio L.²; Miró M.³; Fernandez J.⁴; Serio S.⁵; Mauri M.⁶; Martín R.⁷; Ghezzi F.⁸; Díaz Pernía F.⁹

HIGA SAN MARTÍN DE LA PLATA¹²³⁴⁵⁶⁷⁸⁹

<girrc@yahoo.com>

Opción a premio

INTRODUCCIÓN:

Los recién nacidos (RN) con peso inferior a 1500 gr contribuyen significativamente a la morbilidad y mortalidad perinatal. Nuestra maternidad recibe un promedio de 3100 (±350) partos anuales de los cuales el 2,39% son recién nacidos con peso inferior a 1500 gr.

OBJETIVO:

Análisis comparativo de la mortalidad y prevalencia de morbilidad según peso al nacer en RN menores de 1500 gr.

POBLACIÓN:

Recién Nacidos prematuros con peso al nacer <1500g, entre 2007 y 2015, en el Hospital San Martín de La Plata. Se excluyeron los pacientes trasladados.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio de cohorte prospectivo, con análisis retrospectivo de los datos. Comenzando desde enero del 2007 hasta diciembre de 2015. Los datos fueron registrados al momento del alta del RN. Se agruparon los pacientes de acuerdo al peso al nacer: <750; 750-999; 1000-1249; 1250-1499. Se analizó por trienio mortalidad y morbilidad. Se midió la prevalencia de retinopatía del prematuro (ROP), displasia broncopulmonar (BDP), ductus arterioso permeable (DAP), enterocolitis necrotizante (ECN) y hemorragia endocraneana (HEC). Se realizó la prueba de χ^2 para la comparación de proporciones utilizando el paquete de programas R con un Intervalo de Confianza (IC) 95%.

RESULTADOS:

De un total de 28202 partos ocurridos durante el periodo analizado, 674 fueron <1500g; 70 derivados. Fallecieron un total de 148 pacientes. La mortalidad en los pacientes de <750 en el último trienio disminuyó con respecto al de los dos anteriores ($p=0,006$, $RR=0,5[0,27-0,91]$).

La prevalencia de DAP, DBP y ROP fue mayor en pacientes <1000 vs 1000-1249 ($p<0,001$ $RR=1,72[1,23-2,39]$ $p<0,001$ $RR=3,31[2,63-4,16]$ $p<0,001$ $RR=1,74[1,37-2,22]$), menor en 1250-1499 ($p<0,001$ $RR=0,23[0,14-0,38]$ $p<0,001$ $RR=0,15[0,10-0,24]$ $p<0,001$ $RR=0,27[0,19-0,39]$) y no hubo diferencias significativas entre <750 y 750-999 ($p=0,768$ $RR=0,95[0,65-1,37]$ $p=0,195$ $RR=1,16[0,96-1,40]$ $p=0,107$ $RR=1,28[0,99-1,65]$) en todos los casos.

La prevalencia de HEC disminuyó significativamente en los dos últimos trienios para <750 ($p<0,001$ $RR=2,96[1,68-5,20]$).

La baja prevalencia de NEC no permite hacer comparaciones entre las cohortes.

CONCLUSIONES:

Los avances Técnicos y Tecnológicos y un Banco de Leche en nuestro Servicio, ayudaron a disminuir la Mortalidad y la prevalencia de HEC significativamente en pacientes <750 y sostener al mínimo el número de pacientes con NEC.

PESO AL NACER COMO DETERMINANTE DE RIESGO EN PREMATUROS



Ramos Romero G.¹; Zuza P.²; Ingeniero S.³; Hernández J.⁴; Gonzalez P.⁵; Caldera N.⁶; Visic A.⁷; Aguirrezabala G.⁸; Pereyra M.⁹; Sanchez Caro L.¹⁰; Canales F.¹¹

HIGA SAN MARTÍN DE LA PLATA¹²³⁴⁵⁶⁷⁸⁹¹⁰¹¹

<girrc@yahoo.com>

INTRODUCCIÓN:

Las dos variables más importantes y determinantes de la mortalidad y morbilidad de los recién nacidos son la prematuridad y el bajo peso de nacimiento.

OBJETIVO:

Analizar como influye la determinante del Peso al Nacer (PN) en la morbilidad y mortalidad en prematuros de 1500 gr.

POBLACIÓN:

Recién Nacidos prematuros con peso al nacer <1500g, entre 2012 y 2015, en el Hospital San Martín de La Plata. Se excluyeron los pacientes trasladados.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio de cohorte prospectivo, con análisis retrospectivo de los datos. Comenzando desde enero del 2012 hasta diciembre de 2015. Los datos fueron registrados al momento del alta del RN. Se agruparon los pacientes de acuerdo al peso al nacer: <750; 750-999; 1000-1249; 1250-1499. Se midió la prevalencia de retinopatía del prematuro (ROP), displasia broncopulmonar (BDP), ductus arterioso permeable (DAP), hemorragia endocraneana (HEC), enfermedad de membrana hialina (EMH), enterocolitis necrotizante (NEC), sepsis y días de asistencia respiratoria mecánica (ARM). Se realizó la prueba de χ^2 para la comparación de proporciones y la U de Mann-Whitney para variables independientes utilizando el paquete de programas R con un Intervalo de Confianza (IC) 95%.

RESULTADOS:

Se estudiaron 392 pacientes, 49,80% sexo masculino.

PN	N	Altas	Derivados
< de 750	50	19	2
750 - 799	75	49	5
1000 - 1249	105	83	9
1250 - 1499	132	108	14

La Edad Gestacional (EG) y los días de internación fueron registrados solo para las altas.

PN	EG (Mediana)	Días de internación	Mortalidad
< de 750	27 (25-28)	95 (82-125,5)	60,42%
750 - 999	28 (28-29)	81 (70-96)	30,00%
1000 - 1249	30 (29-32)	61 (47,5-74)	13,54%
1250 - 1499	32 (31-34)	39 (34-46)	8,47%
< de 1500	30 (28-32)	53 (39-79)	21,99%

En los pacientes de mayor peso, los días de internación disminuyeron de forma significativa (<750 vs 750-999 $p=0,015$ y $p<0,001$ resto). La NEC afectó al 2,49% del total. Para todas las patologías estudiadas no hubo diferencias estadísticamente significativa entre <750 y 750-999. Comparando <1250vs1250-1499 para DAP y HEC encontramos diferencias significativas ($p<0,001$ y $p=0,003$). La prevalencia de las patologías restantes para <1000 vs 1000-1249 y <1250 vs 1250-1499 mostraron diferencias estadísticamente significativas decreciendo en todos los casos ($p\leq 0,003$).

ARM disminuyeron a mayor PN (<750vs750-999 $p=0,016$ y $p<0,001$ resto).

CONCLUSIÓN:

En nuestro estudio, la mortalidad y la morbilidad aumentan con el muy bajo peso al nacer, estos resultados son coincidentes con la bibliografía reportada.

PREVALENCIA DE ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES NIVEL III B

SP
221

Torres Urquidí A.¹; García S.²; Janer M.³; Rizk A.⁴
HOSPITAL NACIONAL ALEJANDRO POSADAS^{1,2,3,4}
<aleenid@hotmail.com>

INTRODUCCION:

La Enterocolitis Necrotizante (ECN) es una enfermedad grave que afecta a recién nacidos, en especial prematuros, con una incidencia y morbimortalidad elevados. Constituye la emergencia quirúrgica más frecuente en las UCI neonatales.

La incidencia de ECN se estima en torno al 1 a 3 por 1.000 recién nacidos (RN) vivos y 1 al 7,7% de los RN ingresados en unidades neonatales. Es una patología que afecta típicamente a prematuros, con un aumento de la incidencia en el grupo de los menores de 1.500 g hasta un 2 a 10%, según los hospitales, con una mortalidad en esta población entre 20-30%. El servicio de Neonatología del Hosp. Posadas se caracteriza por ser pertenecer a una maternidad nivel III B.

OBJETIVOS:

Determinar la prevalencia de ECN e identificar los factores asociados en esta población. Describir la necesidad de tratamiento médico y/o quirúrgico y evolución de la misma.

MATERIAL Y METODOS:

Estudio observacional descriptivo y transversal. Se incluyeron todos los RN que desarrollaron ECN entre 01/01/14 al 31/12/15, admitidos a la UCIN nivel III B.

Se analizaron: peso al nacer, EG, uso de inotropicos y canalización umbilical arterial, día de inicio de alimentación enteral, uso de NPT, poliglobulia, sepsis, tratamiento clínico o quirúrgico, tipo de egreso y presencia de malformaciones intestinales.

RESULTADOS:

En el período descripto se registraron 7222 RN vivos en la UCIN, de los cuales 13% fueron PT y <1500 gr: 3,2%. Pacientes ingresados a UCIN 1700 (23,5%). La prevalencia de ECN fue de 1,2% (N=21).

De las variables estudiadas mediana (med) Edad gestacional: 36 sem (R 30-40), días de inicio de alimentación con leche humana: med. 2 (R1-17), peso al nacer: med. 2310 (830-3885), antecedente de canalización arterial umbilical 28,5%, uso de inotrópicos 38%(8), poliglobulia 9.5% (2), sepsis con hemocultivos (+) 76,19% (16), uso de NPT 100%, fenotipo Down 9.5%(2), ileo meconial 9,5%(2) y malformaciones intestinales 28.5% (6) Presentaron ECN clínica 57,14%(12) y ECN quirúrgica 42,8%(9).

La mortalidad fue de 9.5% (2), se otorgó egreso hospitalario a 66.6% (14) y se derivan a Terapia Pediátrica a 23.8% (5) por Síndrome de Intestino Corto.

CONCLUSION:

En nuestro servicio la prevalencia de ECN no afecta solamente a la población de <1500gr, sino también a los pacientes con malformaciones intestinales. Observándose baja prevalencia de ECN con una alta población de <1500 gr, considerando los controles prenatales (70% de las embarazadas) y a la leche humana como posibles factores protectores de estos pacientes.

De las ECN estudiadas casi la mitad requirió tratamiento quirúrgico, confirmando que se trata de una emergencia neonatal.

EFICIENCIA Y SEGURIDAD EN EL USO DE CÁNULAS NASALES DE ALTO FLUJO EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON BRONQUIOLITIS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES.

PO
222

Pallarola A.¹; De Lucca P.²; Mugas A.³; Otaño J.⁴; Bellani P.⁵; Fariña D.⁶
HOSPITAL DR. J. P. GARRAHAN^{1,2,3,4,5,6}
<Pallarola.paula@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Varios estudios clínicos han sugerido que la presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) es beneficiosa en el tratamiento de la bronquiolitis viral aguda. Sin embargo los pequeños y vigorosos lactantes no siempre toleran el CPAP que es, en ocasiones, poco confortable y puede causar trauma nasal. Las cánulas nasales de alto flujo (CNAF) han sido recientemente propuestas como alternativa a la ventilación no invasiva. Desde que la terapia con CNAF se comenzó a utilizar en nuestra unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) como parte del tratamiento de la bronquiolitis se percibió una reducción en el requerimiento de la ventilación mecánica invasiva y no invasiva.

OBJETIVOS:

Evaluar la eficiencia y seguridad del uso de las CNAF en el tratamiento de pacientes con bronquiolitis en una UCIN. Evaluar la incidencia de complicaciones asociadas al uso de CNAF. Comparar la necesidad de ingreso a ARM a partir del uso de la CNAF con años anteriores.

MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes admitidos en la UCIN del hospital J.P. Garrahan con diagnóstico de bronquiolitis entre el 1/1/2015 y el 31/12/2015. Los datos fueron extraídos de las historias clínicas. Los datos numéricos son expresados mediante medias, medianas y sus respectivos desvíos estándar o cuantiles. Los datos categóricos se describen como proporciones.

RESULTADOS:

Ingresaron al estudio 110 pacientes (51% sexo masculino). La mediana de peso al ingreso fue 3550g (2190-5180). La mediana de edad al ingreso fue 26 días (9-155). El 24.3% presentó estudio virológico positivo para VSR. De los 110 pacientes: 40/110 (36.3%) no requirió oxígeno suplementario; en 41/110 (37.3%) se empleó sólo cánula de bajo flujo; 23/110 (20.9%) ingresó a CNAF de ellos 5 fracasaron e ingresaron a VNI (2) o ARM (3). Por otro lado 6 pacientes con insuficiencia respiratoria grave ingresaron directamente a ARM. Un paciente que recibió CNAF presentó lesión por irritación de las narinas, no se evidenciaron otras complicaciones asociadas al uso de las CNAF. Por lo tanto en el año del estudio, 10% (11/110) de pacientes con diagnóstico de bronquiolitis ingresaron a ARM. Por otro lado en los años 2012 y 2013 15.3% del mismo grupo de pacientes ingresaron a ARM. El empleo de CNAF disminuyó 46.4% el requerimiento de ingreso a ARM en nuestros pacientes con bronquiolitis.

CONCLUSIONES:

Estos resultados muestran que las CNAF impresionan ser eficientes y seguras. Se requeriría un estudio prospectivo y con un mayor número de pacientes para confirmar estos datos.

DISPLASIA BRONCOPULMONAR, MORBILIDAD ASOCIADA A LA OXIGENOTERAPIA EN RECIÉN NACIDOS PRETÉRMINO. INSTITUTO DE MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES

SP
223

Campos A.¹; Martínez A.²; Neme J.³

INSTITUTO DE MATERNIDAD Y GINECOLOGIA NRTA SRA DE LAS MERCEDES^{1,2,3}

<candreac_81@hotmail.com>

Opción a premio

La displasia broncopulmonar es una enfermedad pulmonar crónica más frecuente de los lactantes. Resultante de un complejo proceso de daño y reparación anormal en el pulmón inmaduro de RN que padecieron Insuficiencia Respiratoria al nacer. Los avances tecnológicos y el manejo de recién nacido prematuro y en especial en el prematuro de muy bajo peso, ha producido un importante descenso en la mortalidad neonatal, la mayor sobrevida de la población de niños muy prematuros llevo a un aumento de la displasia broncopulmonar.

OBJETIVOS:

Determinar la prevalencia de DBP en RN menores de 32 semanas de edad gestacional con peso menor a 1500, identificar los factores de riesgo perinatales para DBP, analizar la asociación entre la presencia de DBP y Enfermedad de Membrana Hialina, y con el número de días de oxígeno en ARM, asociación entre presencia de DBP con la edad gestacional y el peso al nacer.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio observacional de corte transversal. La población estuvo representada por recién nacidos con edad gestacional menores a 32 semanas y peso menor a 1500gr, desde junio del 2013 y junio 2014 ingresados en el servicio de cuidados intensivos neonatal del Instituto de Maternidad y ginecología Nuestra Sra. De las Merced. Las variables estudiadas del recién nacido fueron: edad gestacional, peso al nacer, corticoides prenatales, días de internación, días en ARM, días totales con oxígeno, comorbilidades.

RESULTADOS:

Se observó que un 38% (15) de los recién nacidos prematuros menores de 32 SEG y menores de 1500 gramos presentan DBP, de ellos un 43%(23) presenta el antecedente de haber tenido EMH con una o dos dosis de surfactante mientras que un 40% (22) presentaron sepsis, le siguieron en frecuencia DAP con un 32% (18) y NEC con un 14% (5). Nuestro estudio nos permitió ver que un 48% de los pacientes con DBP permanecieron más de 28 días en ARM (DBP grave). Las infecciones intrahospitalarias durante el primer mes de vida aumentan el riesgo de DBP, observándose en este estudio un 40% de los recién nacidos prematuros presentan sepsis intrahospitalaria Este estudio podría servir como base para comparar posteriormente los resultados de los nuevos protocolos de cuidados en los recién nacidos prematuros que se están implementando en el servicio.

EDAD GESTACIONAL 37 SEMANAS: PRETÉRMINO O TÉRMINO

PO
225

Cardetti M.¹; Masachessi L.²; Brezigar A.³; Verges E.⁴; Cantisania M.⁵; Vergara M.⁶

CLINICA Y MATERNIDAD CERHU^{1,2,3,4,5,6}

<mcardetti@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El incremento incesante de nacimiento por cesárea se ha incrementado en los últimos años en todo el mundo. Esto ha llevado al nacimiento en forma electiva en forma programada en embarazos de bajo riesgo en forma temprana, es decir 37 y 38 semanas de edad gestacional.

POBLACIÓN Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo de todos los nacimientos durante 4 años de niños de 36 a 38 semanas y el comportamiento de los nacidos con edad gestacional 37 semanas en comparación con 36 y 38 semanas de edad gestacional.

RESULTADOS:

Durante el periodo 2012/15 hubo 4514 nacimientos, el grupo en estudio representó el 49,6% de los nacimientos. Los nacidos con 37 semanas EG fue el 15,3%. Del total del grupo en estudio el 22,6% requirió alguna atención en neonatología, el 53,5% de 36 semanas EG, 30,3% de 37 semanas EG y 13% de 38 semanas EG. La tasa de cesárea fue 81,8%. La dificultad respiratoria transitoria fue 3,98 veces más frecuente en 37 semanas en comparación con 38 semanas (IC 1,8-8,7) y 3,6 veces en el 36 semanas en comparación con 38 semanas (IC 1,58-8,43) mientras que no hubo riesgo mayor en dificultad respiratoria entre 37 y 37 semanas EG. La necesidad de oxígeno fue 1.48 más frecuente en 37 semanas en relación a 38 semanas (IC 1.19-1.85) y no hubo diferencia con relación a 36 semanas. No fue significativa la incidencia de

hiperbilirrubinemia, infección, y mortalidad entre grupos. Aunque no fue significativo el ingreso ARM y CPAP fue mayor en el grupo de 37 semanas EG en relación al de 38 semanas.

CONCLUSIÓN:

Si bien es un estudio observacional el grupo de recién nacidos de 37 semanas EG se parece más al prematuro tardío que al de término, sobre todo en la dificultad respiratoria y necesidad de oxígeno. Hay que tener en cuenta que el ítem cesárea fue muy alto en todos los grupos y que esto incrementa la necesidad de oxígeno. Hay que trabajar en forma conjunta con Obstetricia para poder disminuir la incidencia de cesárea a temprana edad gestacional ya que reduciría la morbilidad neonatal.

DISEÑO ACTUALIZADO E IMPLEMENTACIÓN DEL MÓDULO NEONATAL DEL SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL PARA LA GESTIÓN (SIP GESTIÓN) PARA MONITOREAR EL DESEMPEÑO DE UNIDADES NEONATALES

PO
226

Nieto R.¹; Toffolon N.²; Cadoche P.³; Cimbaro Canella R.⁴; Machado S.⁵; Salgado P.⁶; Dinerstein A.⁷; Karolinski A.⁸; Solana C.⁹
MATERNIDAD SARDÁ DIRECCIÓN NACIONAL DE MATERNIDAD E INFANCIA¹; MATERNIDAD SARDÁ^{2 4 5 7 9};
DIRECCIÓN NACIONAL DE MATERNIDAD E INFANCIA³; DIRECCIÓN NACIONAL DE MATERNIDAD E INFANCIA CISAP⁶; OPS CISAP⁸
<rmnieto@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El módulo neonatal básico del SIP Gestión fue desarrollado ante la necesidad de contar datos de las unidades neonatales de nivel III. Adicionamos al módulo básico variables extendidas y gráficos de indicadores que permiten su visualización rápida y en tiempo real.

OBJETIVO PRINCIPAL:

Describir el desarrollo de un tablero de control en un servicio de nivel III B correspondiente al sistema de salud público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

Documentar el proceso de desarrollo de un tablero de control
Evaluar la cobertura del registro.
Evaluar las dificultades en la utilización del tablero de control.
Evaluar la factibilidad de unión de las bases del módulo neonatal con las del SIP Perinatal.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Diseño: Estudio descriptivo.
Se describió el proceso del desarrollo del tablero de control en pasos. Evaluación de la cobertura de la base de datos comparando media y DS de los registros ingresados al sistema, con la estadística del hospital. Se realizó una encuesta semiabierta para conocer las dificultades encontradas en el registro. Se presentan los resultados en números absolutos. Se realizó la prueba de factibilidad de correspondencia de la base de datos con el SIP Perinatal mediante una interfase diseñada en Access, utilizando el número de DNI materno, se presentó el porcentaje de pérdida de información.

RESULTADOS.

Se realizó la programación de las variables y los indicadores del módulo extendido. Durante el año 2014 se registró una media mensual de 60,16 (DS 9,63) niños en el tablero de gestión y 59 (DS 8,84) niños en el servicio de estadística. En el año 2015 55,5 (DS 10,66) y 53 (DS 8,45) respectivamente.

	2014	2015
Registros	798	622
<i>Sobrevivida</i>		
<500 g	0/1 (0%)	2/2 (100%)
500-749	7/14 (50%)	8/14 (57%)
750-999	8/22 (36%)	12/22 (54,5%)
1000-1499	51/51 (100%)	67/73 (91,8%)
1500-1999	114/118 (96,6%)	87/87 (100%)
2000-2499	179/182 (98,3%)	118/122 (96,7%)
>2500	393/410 (96%)	286/302 (94,7%)
DBP en menores de 1500	16/94 (17%)	22/129 (17,05%)
ROP tratada en menores de 1500	4/64 (5,88%)	3/106 (2,8%)
Sepsis en menores de 1500	30/94 (31,9%)	17/129 (13,2%)

Los resultados de las 6 encuestas realizadas muestran que 5 realizaron menos de 10 ingresos y uno más de 20 registros, (5) alguna vez tuvieron alguna dificultad relacionada con el equipamiento, con la red o el programa no se encontraba visible en el escritorio. En la unión de las bases SIP Perinatal con Modulo neonatal para el 2014 se registro una pérdida de datos del 17,4% y para el año 2015 14,2%, la mayoría por errores de carga en el DNI materno en la base del SIP.

CONCLUSIÓN.

Con los gráficos de los indicadores se obtiene una herramienta útil para obtener de manera eficiente un diagnóstico de situación epidemiológico de los servicios de neonatología. Debe mejorarse la accesibilidad al registro. La unión de las bases con el SIP perinatal es factible. La evaluación periódica de los indicadores permite optimizar la toma de decisiones.

SIFILIS CONGENITA - CITOMEGALOVIRUS A PROPOSITO DE UN CASO

RPD
227

Gayá N.¹

HOSPITAL REGIONAL "RAMON CARRILLO"¹
<noeliagaya@yahoo.com.ar>

INTRODUCCION:

La Sífilis congénita es una enfermedad infectocontagiosa con alta morbilidad neonatal y que genera un número elevados de ingresos en nuestro servicio, presentando la dificultad de no poseer cifras estadísticas fiables por falta de organización en sistema de vigilancia. Así mismo, el CMV es causa frecuente de infección viral, donde el 90% son asintomáticos y el resto es subdiagnosticado debido a su polimorfismo clínico.

OBJETIVO:

Destacar la importancia de la sospecha clínica para un acertado diagnóstico.

CASO CLINICO:

Se trata de un neonato de 20 días de edad, que ingresa a nuestro servicio derivado del interior de la provincia por máculo-papulas generalizadas en todo el cuerpo, que abarcan falanges de manos; dorso y planta de pies, con VDRL(+) sin diluciones a especificar. Al interrogatorio se destaca que desde el primer día de vida iniciaron escasas pápulas y surge además la falta de control serológico en el embarazo según referencia materna. Al examen físico se observan además de maculo pápulas eritematosas, otras, costrosas de mayor data, con descamación fina en plantas de pies y palmas de manos y pequeñas lesiones vesiculosas entre ciertas pápulas, hepatomegalia de tres traveses de dedo. Con diagnóstico presuntivo de Lúes congénita se solicita VDRL al niño y a sus padres, obteniéndose

positivo el resultado para sus padres en altas diluciones iniciando tratamiento oportuno; y al niño VDRL NR en dos oportunidades, además de LCR NR para VDRL. Ante la sospecha clínica de Sífilis congénita con padres positivos sin tratamiento se realiza 14 días de Penicilina G Sódica. Ante la falta de mejoría clínica del paciente, continuando con lesiones y Hepatoesplenomegalia se solicita PCR CMV en sangre y en orina sin poder realizar nueva PL por lesiones en el lugar de punción. Se obtiene resultado positivo para el mismo en orina, por lo que se asume infección por CMV y al no poder evidenciar en LCR se inicia tratamiento con Ganciclovir por 6 semanas, evolucionando favorablemente al terminar mismo presentando escasas lesiones secuelas hiperpigmentadas. Actualmente el paciente se encuentra en seguimiento y pesquisa de secuelas.

CONCLUSION:

La sífilis congénita continua siendo un grave problema en salud pública que aun cuesta resolver, donde la clínica y el buen interrogatorio continúan siendo soberanos.

SÍNDROME DE FRYNS DESAFÍO DIAGNÓSTICO PRE Y POST NATAL

RPD
228

Paiva Suárez K.¹; Arrieta B.²
SANATORIO DEL SALVADOR^{1,2}
<karolpaivas@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El Síndrome de Fryns es una anomalía congénita múltiple de herencia autosómica recesiva. Se caracteriza por: hernia diafragmática congénita, rasgos faciales inusuales e hipoplasia de miembros distales. Su prevalencia es de 0.7 por 10.000 nacidos vivos, la sobrevida postnatal es baja. Diagnóstico prenatal: ecográfico.

OBJETIVO:

Describir el caso de un neonato con diagnóstico de Sd. de Fryns con imágenes pre y postnatales que generan un reto diagnóstico.

PRESENTACIÓN DE CASO:

Diagnóstico prenatal ecográfico y por resonancia magnética: imagen intratorácica con origen a nivel supraesternal (higroma quístico) vs. malformación quística congénita de la vía aérea pulmonar.

Biopsia vellosidades coriónicas: normal

Nacimiento: RNPT/AEG, femenino, EG: 34semanas, cesárea de urgencia, APGAR 5/7, trasladado a UTI NEO.

E. FÍSICO: hipotónico, cuello alado, facies mongoloide, pliegue palmar, clinodactilia, braquidactilia, manos en garra, hematomas, implantación baja de orejas. Tórax asimétrico, hipoventilación y agenesia de costillas izquierdas, hemivértebras, dextrocardia, abdomen deprimido, anomalías del tracto genital, fistula anal. Rx TÓRAX: cámara gástrica intratorácica (Hernia diafragmática). ECOGRAFÍA ABDOMINAL: no se evidencia alteraciones renales, no se visualiza vesícula.

Diagnóstico postnatal-Pre quirúrgico: dismorfia física, hernia diafragmática congénita izquierda. Manejo multidisciplinario: servicio de genética y cirugía.

Paciente crítico, en ARM, manejado con antibióticoterapia e inotrópicos. Se decide intervención quirúrgica.

Diagnóstico intraoperatorio: Hernia diafragmática izquierda (ausencia total de diafragma), ascenso estomacal hacia cavidad torácica, esófago corto que no permite descenso estomacal, atresia duodenal, malrotación intestinal, MALFORMACIÓN SEVERA (grave defecto embrionario). A los 6 días de vida fallece.

DISCUSIÓN:

En nuestro paciente el diagnóstico de síndrome de Fryns se realizó en el periodo post natal, representando una situación de discusión imagenológica pre y post natal ya que no se correlacionaron los hallazgos postnatales con los prenatales, demostrando el desafío imagenológico que representa esta entidad.

CONCLUSIÓN:

El diagnóstico de Síndrome de Fryns es factible en periodo prenatal mediante detección ecográfica de hernia diafragmática o higroma quístico, malformaciones faciales y miembros distales. La mayoría son mortinatos o fallecen en periodo neonatal.

VÁLVULA DE URETRA POSTERIOR. A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD
230

Rodríguez Baca E.¹; Castro A.²
HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARIA LUDOVICA^{1,2}
<eri85_04@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Las VUP congénitas son repliegues de mucosa que se originan únicamente en varones. Constituyen la causa más frecuente de obstrucción de la vía urinaria en el periodo neonatal y es, con alta frecuencia, causa de progresión a enfermedad renal terminal.

En la actualidad, la mayoría de los lactantes con obstrucción del vaciamiento vesical son diagnosticados por ecografía prenatal.

OBJETIVOS:

Comunicar la importancia del diagnóstico prenatal para su oportuno tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentación de caso clínico. Revisión de historia clínica.

RESULTADOS:

Presentación del caso: Paciente de sexo masculino, 3 días de vida, RNT, AEG que ingresa al servicio de neonatología por presentar diagnóstico prenatal de hidronefrosis bilateral.

Se coloca sonda vesical permanente constatando diuresis positiva con función renal alterada.

Ecografía: riñón derecho: dilatación ureteropielocalicial, ecogenicidad aumentada, uréter distal dilatado.

riñón izquierdo: presenta urinoma que desplaza parénquima renal. Ureter distal dilatado.

Vejiga no plenificada con pared engrosada.

CUGM: presencia de VUP sin reflujo vesicoureteral, vejiga de aspecto

diverticular y paredes engrosadas que comprime uréteres. Ectasia bilateral grado III-IV.

Se interviene quirúrgicamente, realizándose ureterostomía cutánea bilateral descompresiva.

Luego de cuatro días de la misma se realiza ecografía renal donde se observan uréteres distales no dilatados y el paciente presenta mejoría de su función renal.

A los siete días postquirúrgicos se otorga alta hospitalaria con control por servicio de urología hasta realización de corrección definitiva de la VUP.

CONCLUSIÓN:

El diagnóstico de la VUP se ha revolucionado con el desarrollo de tecnologías de ultrasonido que permiten el diagnóstico prenatal, de suma importancia para su tratamiento oportuno.

El manejo del paciente con VUP debe individualizarse tomando en cuenta la importancia del rápido alivio de la obstrucción intravesical y el grado de disfunción vesical secundario al proceso obstructivo con el objeto de preservar al máximo la función renal.

¿DÓNDE ESTÁN LOS NIÑOS NACIDOS PREMATUROS? ALTA TASA DE ABANDONO Y PÉRDIDA DE SEGUIMIENTO EN UNA POBLACIÓN DE RNP EN EL NOROESTE ARGENTINO.

POB
231

Di Tullio A.¹; Bauer G.²; Perrota C.³; Miño N.⁴; Gauto N.⁵

HOSPITAL MATERNO NEONATAL¹; HOSPITAL GARRAHAN²; HOSPITAL ITALIANO³; MINISTERIO SALUD PUBLICA MISIONES⁴
<agditullio@gmail.com>

Los recién nacidos prematuros (RNP) representan la principal causa de mortalidad infantil en la mayoría de los países de Latinoamérica. Una gran cantidad de recursos se dirigen a la infraestructura y complejidad de las neonatologías en áreas geográficas con situación de bajo nivel socioeconómico. Sin embargo, no se destinan recursos significativos al seguimiento de los RNP en la comunidad. El objetivo de este estudio es describir las características de los RNP que no concurren al control en el consultorio de seguimiento y compararlos con los RNP que si concurren al seguimiento en el sector Público de la provincia de Misiones, situada en el noreste Argentino.

MÉTODOS:

Se analizaron retrospectivamente todos los nacimientos y admisiones en el servicio de neonatología del Hospital Maternoneonatal de Posadas en el año 2011-2012 (1 enero 2011 al 31 de diciembre 2012) y se hizo un relevamiento de los concurrentes al servicio de seguimiento de Alto riesgo del Hospital de Posadas. Se definieron como en seguimiento, los RNP que concurrían en forma periódica, abandono los que se ausentaron en forma repetida de las visitas programadas y los perdidos el grupo que nunca consultó al año de edad biológica.

RESULTADOS:

Durante ese período nacieron 112 niños menores de 1500 gramos o menores de 32 semanas en el año 2011 y 110 nacieron en el año 2012 (N=222) con rango de peso entre 400 y 1190 gramos, el 40% (N=88) falleció durante la internación. Los 130 RNP que sobrevivieron al alta,

fueron derivados al consultorio de seguimiento de alto riesgo del Hospital de Posadas. Al cumplir un año de seguimiento, solo 55 (42%) estaba en seguimiento, 33 niños (25%) no habían concurrido nunca y 32 (33%) habían concurrido una vez y luego abandonado el seguimiento sin conocerse los resultados del seguimiento. Al grupo que no estaba en seguimiento se lo rastreó a través de una visitadora social identificando 45 niños. Las variables asociadas a pérdida de seguimiento fueron, vivienda más de X kilómetros del Hospital, falta de control del embarazo.

DISCUSIÓN:

El seguimiento de los RNP está limitado por las distancias geográficas, ausencia de facilitación del acceso. Los RNP que no concurren al seguimiento que pudieron ser evaluados se encuentran en peor estado funcional que los que si pudieron ser evaluados.

HIPOTERMIA TERAPÉUTICA EN NEONATOS. 5 AÑOS DE EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE CABA. PARTE II

PO
232

Válera M.¹; Berazategui J.²; Tavosnanska J.³; Saa G.⁴; Sexer H.⁵; Roldan L.⁶; Gendra M.⁷; Bossi G.⁸; Basso G.⁹; Gacio S.¹⁰; Beloso I.¹¹; Villalba C.¹²; Sepulveda T.¹³; Buraschi M.¹⁴

HOSPITAL FERNANDEZ^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14}

<valeramariana@gmail.com>

La hipotermia terapéutica (HT) es el estándar de cuidado para la EHI moderada-severa (EHI M-S). El servicio de Neonatología del Hospital "Juan A. Fernández" (HJAF) incorporo esta terapéutica en 2010 mediante la implementación de un programa de (HT).

OBJETIVO:

Describir las asociaciones entre el monitoreo de función cerebral con aEEG (CFM), las neuroimagenes (NI), pH y exceso de base(EB) del ingreso a HT con la valoración neurológica al alta de UCIN de HJAF (VNUCIN) y la valoración neuromadurativa al año de vida (VMAV) (test Bayley III).

POBLACION:

RN con EG \geq 36 semanas y PN \geq 1800 gramos con EHI M-S nacidos en cualquiera de los Hospitales de CABA y/o GBA que recibieron HT, esten en seguimiento y hayan realizado la VNMA.

MATERIAL, METODOS, RESULTADOS:

Descriptivo, serie de casos. De junio de 2011 a marzo de 2016, ingresaron al programa 47 RN, a todos se les realizo CFM (OLYMPIC CFM 6000® y OBM® -Natus). Las relaciones entre las variables se muestran en tablas. Se utilizó la prueba χ^2 o la prueba exacta de Fisher, test de ANOVA, odds ratio (OR) y su intervalo de confianza del 95% (IC del 95%). 47 niños ingresaron a HT: 5 se derivaron a Htal. de origen luego de finalizado HT, 5 fallecieron antes del alta de UCIN. Resultado de 37 pacientes dados de alta de HJAF. TABLA(T) I VNUCIN DE HJAF n = 37 (%): SIN ALTERACIONES: 18(48.64)/ALTERACION (ALT) SUCCION-DEGLUCION (ASD)/ESPASTICIDAD (E) Y SENSORIO COGNITIVO (ASC): 1(2.70)/E Y ASD: 2(5.40)/E: 16(43.24). SE MUESTRA

OR/p/(IC95%) T.II RELACION(R) ENTRE TRAZADO DE BASE PATOLOGICO DE CFM (TBPCFM) Y VNUCIN DE HJAF: TBPCFM Y ASD: 2.65/0.0082/(1.28-5.49)/TBPCFM Y ASC: 2.76/0.0057/(1.34-5.70)/TBCFMP Y E: 4.52/<0.001/(1.99-10.23). T III R TRAZADO DE CFM ICTAL(CFMI) Y VNUCIN HJAF: CFMI Y ASD: 2.83/0.037/(1.40-5.72)/CFMI Y ASC: 2.91/0.0028/(1.44-5.88)/CFMI Y E: 3.69/0.0011/(1.68-8.09).. T IV R RNM DE CEREBRO PATOLOGICA (RNMCP) Y VNUCIN: RNMCP Y ASD: 4.62/0.032/(1.14-18.78)/RNMCP Y ASC: 8.01/0.0064/(1.79-35.71)/RNMCP Y E: 3.32/0.078/(0.87-12.70). TV R RNMCP Y CFM: RNMCP Y CFMI: 6.22/0.099/(0.051-75.34). 40 niños ingresaron al programa de seguimiento: 5 pacientes se perdieron, 12 pacientes son menores de 1 año. TVI VNMA (BAYLEY III) n = 23 (%): NORMAL AREA COGNITIVA(AC) – LENGUAJE(AL) Y MOTORA(AM): 13(56.52)/ANORMAL(A) AC- AL Y AM: 2(8.69)/A AL Y RIESGO(RI) AC: 1(4.34)/A AL: 1(4.34)/RI AL Y AM: 2(8.69)/RI AM: 2(8.69)/RI AL: 2(8.69)/T VII R TBP-CFM Y VNMA: TBPCFM Y ALT AC: 1.40/0.2393/(0.79-2.47)/TBPCFM Y ALT AL: 1.52/0.1447/(0.86-2.69)/TBPCFM Y ALT AM: 1.42/0.2334/(0.79-2.53). T VIII R CFMI Y VNMA: CFMI Y ALT AC: 1.23/0.4623/(0.70-2.14)/CFMI Y ALT AL: 1.38/0.2367/(0.80-2.38)/CFMI Y ALT AM: 1.35/0.2952/(0.96-2.38). T IX R RNMCP Y VNMA: RNMCP Y ALT AC: 1.08/0.8666/(0.40-2.92)/RNMCP Y ALT AL: 1.40/0.492/(0.53-3.72)/RNMCP Y ALT AM: 1.49/0.4208/(0.56-3.95).

CONCLUSIONES:

Fue factible implementar el programa, el seguimiento de los pacientes y sostenerlo en el tiempo. Es fundamental contar con estadísticas sobre la prevalencia e incidencia de EHI. es necesario concientizar a los sistemas de salud sobre este tratamiento.

CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS EN LA UNIDAD DE GESTIÓN DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL PUBLICO MATERNO INFANTIL DE SALTA, CAPITAL, PERIODO 2012-2015

RPD
234

Albarracín M.¹; Del Barco M.²; Finetti E.³; Aguilar A.⁴
HOSPITAL PUBLICO MATERNO INFANTIL DE SALTA^{1,2,3,4}
<mariangel_71@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

La mortalidad debido a Cardiopatías Congénitas (CC) en Argentina, sigue siendo una de las mortalidades más duras y difíciles de reducir. Cerca de 3500 niños requieren cirugía dentro del primer año de vida y 1100 mueren sin tratamiento quirúrgico. Dos tercios de estas muertes son solucionables con diagnóstico y tratamiento oportuno. En el Hospital Publico Materno Infantil de Salta (HPMI), las CC severas se presentan con una prevalencia de 13/10000 nacidos vivos y el HPMI es un hospital de complejidad IIIB en donde no solo se asisten los Recién Nacidos (RN) de la Institución, sino también los RN derivados de otros hospitales públicos y privados tanto del interior de Salta como de otras provincias del Noroeste Argentino.

OBJETIVO:

Analizar la distribución de la frecuencia de las diferentes CC en la unidad de neonatología del HPMI desde el año 2012 hasta el año 2015 y la relación de la Mortalidad por CC con diferentes variables.

MATERIAL Y MÉTODOS:

se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo observacional, con los datos obtenidos del Registro Nacional de Malformaciones Congénitas (MC) y del SIP gestión (Sistema Informático Perinatal). Se analizaron las frecuencias de los diferentes tipos de CC que demandaron internación en neonatología, así como también la asociación de la Mortalidad por CC con variables como: lugar de nacimiento, condición al egreso, peso, edad gestacional, presencia de MC asociadas, diagnóstico prenatal ecográfico, acceso a cirugía en HPMI.

RESULTADOS:

Egresaron 88 pacientes del servicio de neonatología del HPMI entre los años 2012 al 2015. La CC más frecuente fue la Comunicación Interventricular (19,2%), y le siguen en frecuencia las Atresia pulmonar (14,1%), Hipoplasia de Corazón Izquierdo (10,2%), Transposición de los grandes vasos (10,2%). La Coartación de Aorta representó el 6,4%; la Anomalia de Ebstein el 4% y el Retorno Venoso Anómalo se presentó en el 4% de los egresos. Egresaron vivos el 52,5% de los pacientes dentro de los cuales el 12,8% requirió traslado a centro de mayor complejidad en otra provincia (Buenos Aires) para su tratamiento. El 47,4% de la totalidad de los egresos, fallecieron. Nacieron en el HPMI el 61% de los pacientes y el 38,4% ingresaron derivados del interior de Salta y de otras provincias. Un total de 44,8% pacientes presentaron MC asociadas dentro de las cuales un 13% presentó MC graves. Se realizó diagnóstico prenatal en el 21,7% de los casos de los cuales el 70,5% fallecieron. En el 78% de los RN con CC que no presentaron diagnóstico prenatal el 41% fallecieron (OR 3,4 IC 1,08-11,3). Se realizó cirugía en el 35,9% de los RN con CC. La cirugía se realizó dentro de los primeros 15 días en el 64,2% de los pacientes. El 23% de los RN con CC fueron prematuros. El 34% de los pacientes pesó menos de 2500 gramos al nacer.

CONCLUSIONES:

Fallecieron más pacientes con CC asociadas a otras MC graves. Hubo asociación estadísticamente significativa en el caso de prematuridad y riesgo de morir (OR 3,9 IC 1,2-12,3).

MORTALIDAD NEONATAL EN UN SERVICIO ABIERTO DE NEONATOLOGIA NIVEL IIIB

RPD
235

Racigh N.¹; Martorell E.²; Quiñonez E.³; Carrera E.⁴; Casafus H.⁵
HOSPITAL DE NIÑOS DR- O- ALASSIA^{1,2,3}; FCM UNL^{4,5}
<guillenora@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La tasa de mortalidad neonatal sigue aportando el 60% de la mortalidad infantil en Argentina, con una tendencia decreciente, sin embargo aun siguen considerandose muchas muertes evitables. La estrategia para la disminución de las muertes neonatales se orienta no sólo a mejorar los servicios de terapia neonatal, sino a la regionalización de la atención perinatal.

OBJETIVO:

Determinar la tasa de mortalidad neta de un servicio nivel III b en un período de 5 años. Identificar las principales causas de muerte y relacionarlas a la EG, al peso de nacimiento y el traslado como factores relacionados a las muertes reducibles.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo, descriptivo, con revisión de Historias Clínicas de todos los pacientes fallecidos en el Servicio de Neo del HNOA de la ciudad de Santa Fem, en un período 1 de enero 2011 a 31 de diciembre 2015. Para realizar el análisis de la relación entre causa de muerte y otras variables de riesgo de mortalidad neonatal se realizó la prueba de X² y cálculo de OR.

RESULTADOS:

Fallecieron en ese período 131 pacientes de un total de 3212 ingresos, siendo la tasa de mortalidad neonatal neta de 4%. Si las dividimos en evitables e inevitables, la misma se reduce, ya que más del 50% de las muertes fueron consideradas como potencialmente reducibles. 58% sexo masculino, 18% producto de embarazo adolescente, 21% Membrana Hialina, 17% Enterocolitis Necroizante, 15% polimalformado, 11% cardiopatías congénitas, 7% hernia diafragmática, 4% sepsis

connata, 4% sepsis intrahospitalaria, y 20 % otras. En relación a la EG el 42% menores de 32 semanas, y relacionado al peso el 46% menores de 1500 gramos. La EG y el peso de nacimiento fueron dos factores de riesgo para el fallecimiento por MH y NEC, siendo el Peso al Nacer más significativo. (P_ 0.005) para analizar la muerte por NEC que la EG. Si bien se consideró al traslado como otro factor de riesgo, no encontrándose diferencia según la zona de derivación (IC 95%).

CONCLUSIONES:

Las principales causas de mortalidad de los recién nacidos siguen siendo los problemas derivados de la prematuridad. La regionalización y la organización de un adecuado traslado, es de vital importancia, Hace falta seguir trabajando en estos dos aspectos.

IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE TRASLADO TERRESTRE NEONATAL EN SALTA (STTN)

PO
236

Nazr Usandivaras J.¹; Valdés M.²; Ubal L.³; Galván P.⁴; Giménez P.⁵; García N.⁶; Del Barco M.⁷

UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE NEONATOLOGÍA (UGCN) HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL (HPMI)^{1,2,3,4,5,6,7}
<nazr1038@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Para mejorar la calidad de atención y disminuir la morbimortalidad neonatal en la Provincia, en marzo del año 2015 inició sus actividades el Sistema de Traslado Terrestre Neonatal (STTN). Cuenta con dos ambulancias de alta complejidad para recién nacidos (RN) provistas por Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. La misión del STTN, llevar la Terapia Intensiva Neonatal al sitio donde se encuentra el paciente, asistiéndolo, estabilizándolo e iniciando el tratamiento específico en forma temprana y oportuna.

OBJETIVO:

Describir las principales actividades para implementar el STTN y mostrar resultados de producción.

DISEÑO:

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo desde 01/03/2015 a 01/03/2016 Método: análisis de pacientes trasladados.

RESULTADOS:

Actividades siguiendo las "Recomendaciones para la Práctica del Traslado Neonatal" y el Proyecto local, se utilizó un diagrama de Pareto para planificar actividades destinadas a cumplir los objetivos del STTN. Participaron autoridades, médicos y enfermeros del proceso central de atención, y servicios de apoyo: Dirección económica, farmacia, bioingeniería, mantenimiento, conmutador, seguridad, admisión de pacientes, higiene, hotelería y choferes. El personal fue seleccionado por antecedentes y concurso, los choferes debían estar habilitados. Bioingeniería acondicionó el equipamiento con médicos y enfermeros. Todos los sectores se reunieron para alcanzar las condiciones de pruebas en vacío. Los médicos desarrollaron capacitación sobre equipos y asistencia al paciente. Como parte de un Proyecto de Integración de Servicios y trabajo en Red se iniciaron pruebas pilotos en la ciudad y hasta 45 Km del Hospital. A

los 3 meses de actividad se trabaja con las zonas sanitarias bajo influencia del STTN para capacitar al personal en reanimación del RN y cuidados iniciales del RN en riesgo (ACoRN).

Datos estadísticos: ver tablas.

Complejidad	N	%	% A
Alta	56	20,4%	20,4%
Baja	132	48,2%	68,6%
Media	86	31,4%	100%
Total	274	100%	

Traslados de RN Del Interior: 69 Traslados en Capital: 205

Soporte Respiratorio	N	%	%A
ARM	38	13,9%	13,9%
CANULA	49	17,9%	31,8%
CPAP	17	6,2%	38%
HALO	23	8,2%	46,4%
NO	147	53,6%	100%
Total	147	53,6%	100%

Complejidad	Equipo Médico-Enfermería	Equipo solo de Enfermería
Alta	100%	100%
Media	83%	17,50%
Baja	1,45%	98,55%

CONCLUSIONES:

La Provincia de Salta cuenta desde el año 2015 con un STTN en pleno funcionamiento y que cumple con todos los estándares y recomendaciones del servicio. Sin embargo, el equipo multidisciplinario del Sistema y el personal de los hospitales bajo influencia están en constante aprendizaje para mejorar la calidad del servicio y cumplir con los objetivos de disminuir la morbimortalidad de los neonatos.

RED DE ATENCIÓN NEONATAL (RAN) E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE TRASLADO TERRESTRE NEONATAL (STTN).

RPD
237

Del Barco M.¹; Moreno C.²; Romero D.³; Torres M.⁴; Aguilar A.⁵; Nazr J.⁶; Valdés M.⁷; Guaymas M.⁸; Fernández F.⁹; Contreras M.¹⁰; Romero L.¹¹

UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE NEONATOLOGÍA, HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11}
<salta.neo@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

En el HPMI de Salta ocurren más de 8500 partos año. La Unidad Neonatales de complejidad III B. Desde 2013 en la ciudad además funciona una Maternidad de Bajo Riesgo con Neonatología de Nivel II. Maternidad e Infancia de Nación adjudicó dos ambulancias de alta complejidad para trasladar (RN) pero la Provincia no disponía de un servicio organizado y exclusivo.

OBJETIVOS:

1) Integrar con gestión única a los servicios de neonatología 2) Organizar el STTN hasta 260 Km de la capital 3) Funcionar en red entre los servicios y los hospitales de la región.

MÉTODOS:

a) En Hospitales hasta 260 Km, se evaluaron con grillas de 87 variables y registros fotográficos las condiciones de eficiencia para la atención inmediata del RN y la organización de las ambulancias para el traslado de recién nacidos; b) Desarrollo de Plan Estratégico para la Integración de los servicios y la gestión integral del STTN; c) Información al personal de modo presencial organización de la RAN y el STTN; d) capacitación en atención inmediata del RN (RCP) y cuidados iniciales del recién nacido en riesgo (ACoRN).

RESULTADOS:

1) de la Evaluación de sala de partos y ambulancias

Tabla 1. Resumen de las condiciones alcanzadas en 9 Hospitales para atención del RN en sala de partos y organización de ambulancias para su traslado.

CONDICIONES EVALUADAS/HOSPITALES

Puntaje Promedio alcanzado sobre 87 variables	47.8
Porcentaje global alcanzado	52.7
Organización de la ambulancia para traslado	NO

Se integraron los Servicios en una gestión única, los médicos del nivel III B también trabajan en el nivel II; se comparte la organización, el funcionamiento y el sistema informático. Se respeta la cartera de los servicios. El STTN funciona, desde Mayo del 2015 y se realizaron 274 traslados.

Tabla 2: N° de Traslados neonatales según complejidad Mayo 2015 a Febrero 2016

Complejidad	N	%
ALTA	56	20.4
BAJA	132	48.2
MEDIA	86	31.4
TOTAL	274	100

En dos reuniones presenciales se informó al personal de los Hospitales sobre el trabajo de la RAN y el STTN. Se realizó capacitación sobre RCP y Talleres ACoRN.

CONCLUSIONES:

Se cumplieron los objetivos, integrando los servicios, gestionando el STTN bajo una misma conducción y se inició el trabajo en Red. Estamos convencidos que lo logrado es avance cualitativo e importante para la atención neonatal en Salta. Evaluaciones posteriores permitirán conocer su impacto en la calidad de la atención, la morbilidad y mortalidad neonatal.

INTERNACIÓN CONJUNTA (TIC) ¿POR DÓNDE EMPEZAMOS? EL TABLERO INTERNACIÓN CONJUNTA (TIC) ES UNA HERRAMIENTA PARA GESTIONAR LA ATENCIÓN DE LOS RECIÉN NACIDOS EN UNA MEGAMATERNIDAD

**SP
238**

Soria E.¹; Tealdi A.²; Valdez J.³; Roberts A.⁴; Copa Torres A.⁵; Del Barco M.⁶

HOSPITAL PUBLICO MATERNO INFANTIL SALTA^{1 2 3 4 5 6}

<etelsoria@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El 90 % de los recién nacidos (RN) son sanos y permanecen con sus madres en salas de IC. Por la corta estadía de las madres y los RN hace falta acciones coordinadas para cumplir con los objetivos asistenciales, epidemiológicos y preventivos con calidad. Los RN deben jerarquizarse según sus necesidades: transición cardiorrespiratoria, térmica, neurometabólica, alimentación, ictericia, prevención de infecciones, para un alta segura. "Todo parece fácil" pero el número de RN y la variedad de tareas hacen que el abordaje sea complejo. Frente al desafío se diseñó un Tablero de Comando para la IC (TIC).

OBJETIVOS:

Describir el TIC y analizar las características de los RN incluidos en esta herramienta.

MÉTODOS Y POBLACIÓN:

Observacional, descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron todos los RN alojados en IC durante 2015. Descripción del TIC: tablero metálico con un plano de las habitaciones de IC. Cada habitación tiene dos casilleros para las camas correspondientes. Con iconos imantados de colores se señala la presencia de un RN según sexo, factores de riesgo, problemas clínicos, mortinatos, malformaciones congénitas, etc. El TIC es dinámico y permite visualmente conocer la situación de cada RN en las habitaciones durante las 24 hs, la información está respaldada por registros escritos. Características de los RN se realizó según los iconos de colores utilizados diariamente.

RESULTADOS:

En el año 2015, 7807 RN ingresaron al TIC, Tablas:

Color icono	Significado	Promedio	DE
Rojos	RN en riesgo	7	16,4
Naranjas	Riesgo social	7	4,3
Amarillos	Ictericia	5	3,8
Celeste	Trastornos de la alimentación	6	10,4
Celeste con F	Necesidad de fórmula láctea	4	1,8
Negro/líneas blancas	Malformaciones	4	2,4
Violeta	Interconsultas	3	3,0
Negro	Feto muerto	1	1,1
Azules	Ingreso en 6 hs vida	4	1,8
Verde	Alta	10	3,6

Distribución de frecuencias de RN con problemas según iconos TIC

Iconos	N°	%
Rojo	2555	32,7
Naranja	2160	27,7
Amarillo	1825	23,4
Celeste	1825	23,4
Celeste con F	1460	18,7
Negro con líneas blancas	1460	18,7
Violeta	1095	14

Distribución de frecuencias de RN con problemas según iconos TIC en el 2015.

CONCLUSIONES:

El TIC es una herramienta para la gestión en IC. De bajo costo, fácil de implementar y que permite conocer visualmente la situación de la población de RN en el alojamiento conjunto. La actualización dinámica del TIC, facilita el comienzo de la tarea diaria, mejora la comunicación entre los turnos y la continuidad del cuidado para un egreso seguro.

CÁMARAS DE SEGURIDAD (CS), TELEMEDICINA (T), TELÉFONOS CELULARES (TC) Y APLICACIONES COMO WHATSAPP (W) SON TECNOLOGÍAS PARA LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (TIC'S) UTILIZADAS POR LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA DE SALTA Y SU ÁREA DE INFLUENCIA

**SP
239**

Del Barco M.¹; Uval L.²; Romero L.³; Cazón A.⁴; Chuquisaca V.⁵; Espeche A.⁶; Gonzalez M.⁷; Dhorman F.⁸; Fernández F.⁹

UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE NEONATOLOGÍA, HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL^{1 2 3 4 5 6 7 8 9}

<salta.neo@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

"La Incorporación de las TIC'S al sector salud supone un impulso para mejorar la calidad de vida de los pacientes favoreciendo el desarrollo de herramientas dirigidas a dar respuesta a áreas como la planificación, información, investigación, gestión, prevención, promoción o en el diagnóstico y tratamiento. El internet, las comunicaciones móviles y las redes sociales promueven la interconexión más amplia que jamás haya existido entre personas y entre estas y las instituciones".

OBJETIVO:

Describir TIC'S disponibles como cámaras de seguridad, TC, Whatsapp y equipos de Telemedicina para la Unidad y su área de influencia.

MATERIAL Y MÉTODO:

1) De modo aleatorio se seleccionaron eventos grabados por cámaras de seguridad en la Unidad. 2) Teléfonos celulares y Whatsapp, revisión de participantes, mensajes y archivos de las redes disponibles. 3) Telemedicina: se analizó la primera "Consulta Sincrónica" de un paciente neonatal.

RESULTADOS:

1) Las grabaciones elegidas de las cámaras permitieron precisar: a) como ocurrió el accidente de la caída del RN desde la incubadora. b) la cronología del error sobre la administración intravenosa de leche en un RN. 2) Se revisaron los registros de Whatsapp de los Teléfonos Tabla 1. 3) Se analizó la primera consulta en tiempo real de un neonato entre integrantes del Servicio de Neonatología de Nivel II y de Neurología del HPMI con presencia de su madre.

Tabla 1: Comunicación e información por Whatsapp. Producción de las Redes creadas para la UGCN y Área de influencia.

NOMBRE DE RED	FECHA INICIO	INTEGRANTES	ARCHIVOS	MENSAJES
NEO SALTA	10/03/2015	29	100	775
TRASLADO NEO	24/05/2015	8	21	79
UTTN HPMI	01/06/2015	22	63	1494
NEO PAPA	31/08/2015	12	3	137
SUR	19/12/2015	37	75	897
TOTAL		108	262	3382

CONCLUSIONES:

Las grabaciones de las cámaras de seguridad fueron útiles para el abordaje y resolución de los casos. Los TC y el Whatsapp se utilizan efectivamente para la comunicación, transferencia de información y fortalecimiento del funcionamiento de la Red. Los equipos de telemedicina empezaron a utilizarse para consultas sincrónicas. La utilización de las TIC'S es parte de la gestión de la Unidad. Apartir de esta experiencia puede ampliarse el uso de las TIC'S en otros aspectos de la gestión de servicios como: prevención de infecciones asociadas al cuidado de la salud, seguridad del paciente, trato adecuado de la familia, trabajo en red, etc.

UTILIDAD DE LAS CÁMARAS DE SEGURIDAD, A PROPÓSITO DE LA CAÍDA DE UN RECIÉN NACIDO (RN) DESDE LA INCUBADORA. CULTURA DE LA SEGURIDAD EN NEONATOLOGÍA

RPD
240

Del Barco M.¹; Ocaña V.²

HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL¹; UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE NEONATOLOGÍA, HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL²
<salta.neo@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Durante la etapa neonatal existe un elevado riesgo de que se produzcan incidentes relacionados con la asistencia sanitaria. La falta de control por el propio paciente, el uso de múltiples equipos biomédicos, la sobrecarga de trabajo y los espacios físicos inadecuados, favorecen su ocurrencia y pueden resultar en eventos adversos en el paciente o la generación de litigios contra profesionales o instituciones. En este contexto, debe trabajarse para la incorporación de la cultura de la seguridad que es una cultura abierta, donde tanto el profesional como la organización son conscientes de que pueden y deben comunicar los errores, aprender de ellos y establecer las medidas para evitar que se repitan.

OBJETIVO:

Comunicar la utilidad del uso de cámaras de seguridad en el Servicio para establecer cómo ocurrió la caída al piso de un neonato y analizar el comportamiento del personal a partir del incidente.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se revisó la historia clínica (HC) del recién nacido y se observó el incidente grabado con la cámara de seguridad.

RESULTADOS:

El paciente, nacido prematuro a las 33 semanas con 1.330 g, sufrió una caída al piso desde la incubadora en presencia de la enfermera y la madre. El paciente recibió asistencia médica inmediata y se realizaron estudios para determinar posibles lesiones traumáticas. El día posterior

a la caída se constató la ausencia de registros que describieran el incidente, por lo que debió intervenir el Jefe de Servicio, quien dio instrucciones al personal sanitario para completarlos. Asimismo resguardó la grabación de la cámara de seguridad. Después de 15 días, por la denuncia de la madre, la Fiscalía Penal solicitó copia de la HC ante lo cual la Jefatura ofreció además copias de la filmación de la cámara. El paciente egresó vivo a los 61 días de edad con diagnóstico de diferentes patologías, ninguna relacionada con el incidente.

CONCLUSIONES:

La observación del funcionamiento de la Unidad de Neonatología a través de cámaras de seguridad, permitió conocer con precisión las circunstancias que favorecieron la caída del paciente desde la incubadora. Fue necesario intervenir para que se cumpla con los registros médicos y de enfermería, lo que demuestra la brecha existente para una Cultura de Seguridad que promueva la notificación de los errores. En este caso, disponer de las imágenes de lo ocurrido, evitó el litigio contra los profesionales y la institución.

MIST, ADMINISTRACIÓN DE SURFACTANTE POR TÉCNICA MÍNIMAMENTE INVASIVA, EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL DE SALTA, ARGENTINA

PO
241

Montenegro G.¹; Toledo A.²; Higa C.³; Lajad G.⁴; Del Barco M.⁵

UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE NEONATOLOGÍA (UGCN) HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL (HPMI)^{1,2,3,4,5}
<montenegro@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La Técnica Mínimamente Invasiva permite administrar surfactante por medio de un catéter colocado en la tráquea, a un paciente con respiración espontánea mientras recibe soporte respiratorio nasal no invasivo (CPAP N). En nuestra Unidad durante el año 2011 por deficiencias en el número de respiradores, revisamos la literatura y establecimos un protocolo para utilizar MIST. Para instilar el surfactante se utilizan catéteres de uso cardiovascular o sondas de alimentación nasogástrica, en Salta utilizamos catéteres para vasos umbilicales.

OBJETIVO:

Describir las características de una población de recién nacidos (RN) luego de ser tratados con Surfactante, administrado por técnica mínimamente invasiva.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se trata de un estudio observacional retrospectivo que analiza un conjunto de características de 146 recién nacidos que recibieron tratamiento con Surfactante por técnica mínimamente invasiva.

RESULTADOS:

Ver tabla 1. Comentario: Observamos que el MIST se utilizó con más frecuencia en RN prematuros entre 29 y 34 semanas de EG. De los 146 los grupos de mayor riesgo para trastornos respiratorios por déficit de surfactante recibieron más corticoides, pero aun su indicación oportuna es menor de lo esperado. Solo 54 pacientes (37%) fueron tratados con ARM con un promedio de 6 días de permanencia. La presencia de DAP fue un 32% y con una mortalidad total de 12 pacientes o sea un 8%.

CONCLUSIONES:

La administración de surfactante por técnica mínimamente invasiva se realizó con éxito en la Unidad y en una población donde predominaron los prematuros intermedios (EG: 29-34), tardíos y términos tempranos (EG: 35-37). Antes de esta intervención por protocolo todos los RN ingresaban a asistencia respiratoria mecánica, con esta técnica el 63% permaneció en CPAP sin necesidad de ARM lo cual permitió paliar la situación de déficit de respiradores. Si bien no realizamos un estudio controlado y aleatorizado, observamos que la técnica que se utilizó por necesidad, tuvo gran adhesión por parte de los médicos en la unidad y después de 5 años está incorporada a la práctica diaria para administrar surfactante pulmonar.

Tabla 1: Características de los pacientes

Variables	EG: 25-28	EG: 29-34	EG: 35-37	EG: 38-41	Total
Edad Gestacional	5	74	62	5	146
Peso de nacimiento	920+-271	1390+-322	2.085+-388	2250+-768	1728+-543
Maduración Pulmonar	80%	63%	42%	20%	54%
Recibió ARM	4 (80%)	37 (50%)	11 (18%)	2 (40%)	54 (37%)
Intubación < 72h	0	13 (18%)	10 (16%)	1 (20%)	24 (17%)
Días ARM	23	5	5	3.5	6
DAP	2 (40%)	30 (41%)	13 (21%)	2 (40%)	47 (32%)
Mortalidad	3 (60%)	6 (8%)	2 (3%)	1 (20%)	12 (8%)

(*) Peso: Media +- De

PROCESO DE CONTRARREFERENCIA. ENVÍO DE INFORMACIÓN POR CORREO ELECTRÓNICO (CE) DE LOS EGRESOS (EG) DE LA UNIDAD DEGESTIÓN CLÍNICA DE NEONATOLOGÍA (UGCN), PERÍODO 2011- 2016

**RPD
242**

Copa Torres A.¹; Monla C.²; Montenegro G.³; Romero L.⁴; Del Barco M.⁵

UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE NEONATOLOGÍA (UGCN)^{1,2,3,4,5}
 <hpmisalta@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

“El envío de información sobre egresos de la Unidad de Neonatología, la transferencia de sus cuidados y atención a otros profesionales, debe realizarse de modo sistemático y protocolizado”. Los registros electrónicos y la tecnología permiten enviar información de la hospitalización que mejora la contrarreferencia.

OBJETIVOS

Describir el proceso de envío de información de los EG de la Unidad para mejorar la contrarreferencia.

MÉTODO:

Se realizó un trabajo retrospectivo y descriptivo de un conjunto de datos neonatales del sistema informático del hospital, correspondiente a los EG de la UGCN, consolidados los mismos fueron enviados mensualmente en planillas Excel (tabla 1) CE como contrarreferencias desde el 1 de Enero de 2011 a: Secretaría de Planeamiento, Dirección de Maternidad e Infancia, Primer Nivel de Atención, Programa Materno Infantil de Atención Primaria, y Hospital Papa Francisco de Salta. Se analizaron frecuencias estadísticas con Epi-info v. 6.04 para DOS.

RESULTADOS:

Se enviaron 62 planillas Excel con datos de 10.848 RN desde 2011 a Febrero 2016. En tabla 2 se resume el análisis de frecuencias.

Tabla 1: Datos o variables enviadas por cada recién nacido

1 SECTOR	2 FECHA INGRESO	3 PESO INGRESO	4 MOTIVO	5 FECHA EGRESO	6 NUMERO DE PARTO	7 NUMERO HISTORIA	8 NOMBRE	9 SEXO
10 FECHA NACIDO	11 DIRECCION	12 BARRIO	13 MUNICIPIO	14 Nº DNI MATERNO	15 APELLIDO MADRE	16 PERIM CEFALICO	17 PESO EGRESO	
18 TALLA EGRESO	19 ALIMENTO AL EGRESO	20 CONDICION AL ALTA	21 DIAGNOSTICOS	22 CITADO FECHA	23 ESTADIA			

Tabla Nº 2: Resumen estadístico de pacientes contrarreferidos

Egresos Año	Nº	Peso Ingreso	Nº	%	Condición al Alta	N	%
2011	2213	< 1500	996	9.17	Fallecido	629	5.9
2012	2292	1500 - 2499	3023	27.85	C Patología	2679	24.7
2013	2011	2500 - 4500	6675	61.53	Sano	7099	65.5
2014	2004	> 4500	151	1.39	Traslados	437	4.05
2015	1996	SD	3	0.02	SD	4	0.03
2016	332		10848	100.00		10848	100.00
	10848						

Residencia Habitual	Alimento al Alta	Principales Motivos de ingreso		N		
Capital	6926	Leche Materna	4559	42.03	Ictericia	3609
Interior	3896	Mixta	404	3.72	Dificultad Respiratoria	3209
Otros	26	Modificada	5187	47.82	Prematuro	1073
TOTAL	10848	SD	698	6.43	inmaduro	171
			10848	100.0	Congénitos Malformaciones	586

CONCLUSIONES:

El sistema Informático y el CE facilitaron el proceso de envío de información de 10.848 egresos de la UGCN, es una estrategia para mejorar la contrarreferencia de pacientes a organismos que coordinan la atención posterior. Queda por conocer si esta información produjo un impacto en la mejora de la atención de los recién nacidos.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LA DETECCIÓN DE ERRORES EN EL PROCESO DE MEDICACIÓN POR UNIDOSIS EN UNA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA EN SALTA

**PO
243**

Guaymas M.¹; Rodríguez C.²; Fuentes S.³

UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE NEONATOLOGÍA (UGCN) HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL (HPMI)^{1,2,3}
 <mercedesguaymas@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Los errores de medicación se definen como “cualquier incidente prevenible que pueda causar daño al paciente, pueden estar relacionados con fallas en la prescripción, preparación, dispensación, y administración de medicamentos”. Implementar actividades para detectar y prevenir futuros errores en el proceso de medicación debe ser una prioridad para trabajar con seguridad en la unidad neonatal. La Unidad de Neonatología y la Farmacia del HPMI desde 2011, implementaron el sistema de Unidosis destinada a optimizar la utilización de los recursos, mejorar la gestión de la unidad y la seguridad del paciente.

OBJETIVO:

Detectar los errores de medicación en el Proceso de Unidosis, conocer su frecuencia en las diferentes etapas (prescripción, preparación, administración) e implementar estrategias para disminuir su ocurrencia.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio descriptivo, con relevamiento prospectivo de datos desde Julio a Diciembre del 2015, aplicando la técnica de observación directa y hoja de cotejo para la captación de los errores en las diferentes etapas del proceso (prescripción, preparación y administración). La intervención de enfermería se realizó antes del envío de las prescripciones a farmacia y luego de concluido el proceso de medicación.

RESULTADOS:

Del control de 6454 prescripciones médicas, se detectaron 548 (8,4%) errores en las diferentes etapas del proceso.

Tabla 1 Errores detectados en las diferentes etapas del Proceso de Medicación

Errores de Prescripción medica	436	79,57%
Errores en la preparación y validación	44	8,02%
Errores en la administración	68	12,40%
TOTAL DE ERRORES DETECTADOS	548	100,00%

CONCLUSIONES:

Este sistema de trabajo permitió a enfermería detectar errores en las diferentes etapas del proceso de medicación en las que se pudo intervenir y prevenir el error. A pesar de contar con un proceso estandarizado para la prescripción, preparación y administración de los medicamentos es necesario la supervisión permanente del mismo, para detectar los errores y evitar los efectos adversos en los pacientes.

MIST, DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA MÍNIMAMENTE INVASIVA PARA ADMINISTRACIÓN DE SURFACTANTE PULMONAR. UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE NEONATOLOGÍA. HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL DE SALTA.

SP
244

Montenegro G.¹; Del Barco M.²

UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE NEONATOLOGÍA (UGC) HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL (HPMI)^{1,2}
<montenegro@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El surfactante (SP) debe ser colocado directamente en la tráquea. Su administración se realiza en general de manera invasiva por un tubo endotraqueal (TE) seguido de asistencia respiratoria mecánica o manual por periodos variables de tiempo. Con un bebé en CPAP nasal, la Minimally Invasive Surfactant Therapy (MIST) pretende disminuir aún más la invasión, evitando la suspensión momentánea de apoyo respiratorio, la colocación del TE y la ventilación manual después del suministro del SP.

OBJETIVO:

Describir la técnica utilizada en la Unidad de Salta para MIST. Descripción de la Técnica. Necesita tres operadores: médico y dos auxiliares. Con el paciente respirando espontáneamente, en CPAP de Burbujas, con sonda nasogástrica y en decúbito dorsal, el médico siguiendo la misma técnica de la intubación endotraqueal visualiza la glotis y de ser posible las cuerdas vocales. El paciente continúa asistido con CPAP nasal de Burbujas. El primer auxiliar carga la dosis de surfactante cuando recibe la indicación del médico alcanza un catéter estéril de poliuretano para vasos umbilicales (5 French). Con visión de la glotis el médico coloca el catéter en la tráquea, introduciendo la longitud necesaria de acuerdo al peso del recién nacido. Mantiene al catéter en posición e indica al primer auxiliar que administre el surfactante en bolo y en un tiempo de 2 a 3 minutos. En un paciente con respiración espontánea la distribución del surfactante pulmonar no depende de la gravedad, pero el médico mantiene al paciente en posición supino horizontal, con la cabeza y parte superior de tórax más

elevada (Posición de Fowler o Trendelenburg invertido). El segundo auxiliar controla la saturación de oxígeno antes, durante y después del procedimiento. Además aspira la sonda nasogástrica del paciente para descartar que el surfactante haya sido regurgitado o pasado al tracto digestivo. Se retira el catéter. El paciente continúa recibiendo CPAP. Si durante el procedimiento el paciente presenta crisis de cianosis o caída de la saturación arterial de oxígeno por debajo de 80%, se interrumpe de momentáneamente el procedimiento y si es necesario se aumenta la fracción inspirada del oxígeno.

(VIDEO)

COMENTARIO:

La técnica es parecida a las descritas en diferentes experiencias, pero en Salta usamos un catéter graduado en centímetros para vasos umbilicales. Evita marcar la distancia con marcador como cuando se usa la aguja cardiovascular o la sonda de alimentación.

SISTEMA DE TRASLADO TERRESTRE NEONATAL (STTN) DE LA PROVINCIA DE SALTA, INDICADORES DE PRODUCCIÓN Y EXPERIENCIA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE NEONATOLOGÍA (UGC). HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL (HPMI) DE SALTA

SP
245

Guaymas M.¹; Contreras M.²; Giménez S.³; Arjona D.⁴; Soto J.⁵

UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE NEONATOLOGÍA (UGC) HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL (HPMI)^{1,2,3,4,5}
<mercedesguaymas@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

Disponer de un Sistema de Traslado Terrestre Neonatal (STTN) forma parte de las estrategias nacionales para disminuir la morbimortalidad de los RN. Desde el año 2015 la Provincia dispone de un STTN que depende de la UGC del HPMI.

OBJETIVO:

Mostrar indicadores de producción y describir aspectos vinculados con la experiencia en la organización del personal de enfermería para el STTN.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se realizó un estudio descriptivo, con relevamiento retrospectivo de datos, desde Mayo 2015 al 18 de Marzo del 2016, aplicando una Matriz de datos y utilizando para el análisis EPIINFO v 6.01

RESULTADOS:

Indicadores de Producción

COMPLEJIDAD	N	%	% A
ALTA	56	20.4	20.4%
BAJA	132	48.2%	68.6%
MEDIA	86	31.4%	100%
Total	274	100%	

Soporte Respiratorio	N	%	% A
ARM	38	13.9%	13.9%
CANULA	49	17.9%	31.8%
CPAP	17	6.2%	38%
HALO	23	8.2%	46.4%
NO	147	53.6%	100.0%
Total	147	53.6%	100%

	TRASLADOS DE RN DEL INTERIOR	TRASLADOS EN CAPITAL
	69	205
COMPLEJIDAD	Equipo Médico- Enfermería	Equipo solo de Enfermería
ALTA	100%	100%
MEDIA	83%	17,50%
BAJA	1,45%	98.55%

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA:

La coordinación de enfermería gestionó el sistema considerando: a) Recursos Humanos, b) recursos materiales c) equipamiento d) organización y funcionamiento e) gestión de los cuidados. Se seleccionó por concurso un jefe sección y tres enfermeros para cubrir el servicio las 24 los 365 días. El personal además participa relevando registros útiles y se encarga de supervisar los carros de paro de la Unidad. Se participó de las reuniones de organización para todo el sistema con los otros integrantes del equipo y autoridades del Hospital. Se realizó y participo de cursos de capacitación para el personal del STTN y de la Red del área de influencia. Además participo de las reuniones periódicas de evaluación.

CONCLUSIONES:

El Sistema de Traslado Terrestre Neonatal está organizado y ya traslado a 274 pacientes desde que inició sus actividades y a hasta el 1 de Marzo de 2016. Los traslados de mediana y de alta complejidad representan más del 50 del total. El personal de enfermería participo del 100 de los todos los viajes. Ser protagonista de la puesta en marcha de este servicio fue una experiencia enriquecedora compartida con el resto de los integrantes del equipo.

GESTIÓN DE LA RESIDENCIA PARA MADRES (RM) EN LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL DE SALTA (HPMI). 2009-2015.

**PO
246**

Uriburu L.¹; Toconas S.²; Plaza M.³; Del Barco M.⁴

HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL^{1,2,3,4}

<liauriburu@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

“Las Maternidades centradas en la familia presuponen un proceso de empoderamiento de la familia y un cambio de paradigma asistencial para sumar lo humanístico a la tecnología. M. Larguía”. Disponer de una RM es uno de los requisitos para el cambio de una Maternidad Tradicional.

OBJETIVOS:

Describir el proceso de gestión que permitió contar con una Residencia de Madres (RM) y analizar frecuencias estadísticas sobre su producción.

METODOLOGÍA:

Desde el año 2009 el Hospital formulo un plan estratégico para fundar la Residencia destinada a albergar a las madres de los RN internados en Neonatología y a embarazadas de alto riesgo con domicilio alejado. La gestión considero las siguientes condiciones: a) Infraestructura, se dispuso de 8 habitaciones con baño privado para el alojamiento de 28 madres y espacios adicionales; b) Inclusión de la RM en la estructura Hospitalaria como parte de una Política sobre Maternidades Seguras y Centradas en la Familia; c) designación en planta permanente de una Coordinadora para la RM; d) comunicación y sociabilización de los objetivos de la RM a toda la institución; e) Elaboración del Reglamento para el funcionamiento de RM; f) Gestión de insumos, materiales, alimentos para apertura y mantenimiento; g) Incorporación y coordinación de voluntariado junto con programas comunitarios del hospital; h) Desarrollo de sistema informático para RM; i) Cálculo de Costos.

RESULTADOS:

La RM está organizada integralmente. Por características locales, inicialmente hospedo a otros familiares además de madres y embarazadas. El 50 % presento una estadía menor a 3 días. El costo diario del alojamiento por gastos directos e indirectos en el año 2015 fue de 258 pesos. Los datos sobre producción están informatizados a partir del año 2001. La Gestión de la Residencia puede observarse en las tablas siguientes:

Tabla 1: Número de personas alojadas

AÑO	N	%
2011	148	4.4
2012	942	28.1
2013	731	21.8
2014	734	21.9
2015	693	20.7
2016	99	3
Total	3347	100

Tabla 2 Vínculo Familiar

VINCULO	N°	%	% A
Abuela etc.	884	26.4	26.4
Madre	2240	66.9	93.3
Otros	190	5.7	99
SD	33	1	100
Total	3347	100	

Tabla 3: Estadía de familiares

Días	N	%	% A
0-3	1676	50.1	50.1
4 a 10	867	25.9	76
11 a 27	598	17.9	93.9
28 a 60	174	5.2	99.1
60 a 90	23	0.7	99.8
91 a 120	4	0.1	99.9
121 a 150	4	0.1	100
150 a 220	1	0	
Total	3347		

Tabla 4 Motivo de Ingreso a RM

Motivo	N	%
A Neo	2743	82
A UTIP	143	4.3
Embarazadas	123	3.7
Excepciones	122	3.6
F Hospital	17	0.5
Otros	199	5.9
Total	3347	100

Tabla 5: Cálculo de Costos por año y por día

Año	Costo
2013	\$ 87,60
2014	\$ 115,68
2015	\$ 258

CONCLUSIONES:

La RM está organizada integralmente y es una fortaleza en la institución para las familias y el equipo de salud. A pesar de un aumento del 200 % en los costos desde 2013, este es muy bajo comparado con la mayoría de los costos en el ámbito hospitalario.

SEGURIDAD EN UN MEGA MATERNIDAD DEL NOROESTE ARGENTINO. ACTIVIDADES DE LAS IDENTIFICADORAS PARA GARANTIZAR LA IDENTIDAD DEL RECIÉN NACIDO (RN).

**SP
247**

Ríos N.¹; Rivero D.²; Flores C.³; Del Barco M.⁴

UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE NEONATOLOGÍA (UGC) HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL (HPMI)^{1,2,3,4}

<identidad.hpmi@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

No existe un método de identificación para el RN universalmente admitido. El uso de pulseras, la huella plantar o dactilar del binomio madre e hijo, tienen inconvenientes para garantizar la identidad de cada recién nacido. En una Maternidad de más de 8500 nacimientos por año y que además asiste a neonatos nacidos en otros lugares es necesario contar con un proceso que evite los errores y la posibilidad de fraudes sobre la identidad del RN. En general en la institución el personal sanitario no conoce ni jerarquiza el trabajo realizado por las identificadoras.

OBJETIVO:

Cuantificar el trabajo realizado durante el año 2015 por el personal del Servicio de identificación (SI).

MATERIAL Y MÉTODO:

Se trata de un trabajo retrospectivo, observacional y descriptivo de las actividades realizadas por las identificadoras durante el año 2015 en: a) sala de partos; b) internación conjunta; c) servicio de neonatología. Análisis de frecuencias.

RESULTADOS:

Servicio	Ingreso	Egreso	Total
Obstetricia			
Identificación en Nacidos Vivos (*)	8643	8643	17286
Identificación de RN Fallecidos en Sala de Partos (*)	52	52	104
Mortinatos >500 g (*)	77	0	77
Neonatología			
Registro y control diario de registros en libro y formato electrónico de la Producción Total en sala de partos con revisión mensual. (**)	8722		8722
	282		282
Identificación neonatos nacidos en otro efector (***)		282	282
Total	17776	8977	26753

(*) Colocación de pulseras + huellas dactilares pulgar derecho de madre + huellas plantares y palmares del RN.

(**) Registro diario en libro y electrónico. Con control de sistema informático del Hospital

(***) Ingreso: Huellas palmares y plantares Egreso: huellas dactilares pulgar derecho de madre + huellas plantares y palmares del RN.

CONCLUSIONES:

La actividad de las identificadoras en los diferentes servicios de una mega maternidad, es numéricamente considerable por las actividades a cumplir para la identificación en todos los nacimientos y los ingresos de RN de otros efectores. Cada actividad de identificación (ingreso/egreso) en la maternidad incluye 8 tomas de huellas al binomio madre e hijo, además de todos los registros escritos y electrónicos. Contar con un proceso estandarizado facilita el cumplimiento del trabajo por parte de las identificadoras en nuestra maternidad; trabajo que en general es desconocido por el resto del personal de la institución.

¿CUANDO MUEREN LOS RECIÉN NACIDOS (RN) Y CUANTAS MUERTES SON REDUCIBLES? 6 AÑOS DE ANÁLISIS EN LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE NEONATOLOGÍA DE SALTA (UGNC). HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL (HPMI).

PO
248

Galvan P.¹; Cazón A.²; Hernández M.³; Patagua M.⁴; Dávalos T.⁰; Barbaran C.⁶; Ventícola L.⁷; Del Barco M.⁸

UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE NEONATOLOGÍA (UGCN) HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL (HPMI)¹²³⁴⁵⁶⁷⁸
<paogalvan1@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN:

“Son múltiples los factores que merecen ser analizados para “poder mirar” dentro de la mortalidad neonatal, como la edad al morir, las causas llamadas reducibles o evitables o los motivos que produjeron la muerte” C. Lomuto. Expertos reunidos en 2012 por la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia revisaron los Criterios de Reducibilidad para los RN. Nuestra base de datos está construida con los Criterios de Reducibilidad del año 1996.

OBJETIVOS:

Analizar la edad al morir de los neonatos nacidos en el HPMI y su distribución según los criterios de reducibilidad.

DISEÑO:

Estudio descriptivo y retrospectivo.

POBLACIÓN Y MÉTODO:

Se analizó la base de datos creada con EPI INFO para todos los reportes de mortalidad de los RN vivos y fallecidos en la UGCN del HPMI desde el 01/01/2010 al 31/12/2015.

RESULTADOS:

991 RN fallecieron en el período estudiado. 393 (39.6%) murieron antes de cumplir 24 horas. De 1 a 6 días de vida fallecieron 284 RN, o sea que antes de los 7 días murieron 677 RN (Tabla 1). Por Criterios de Reducibilidad (tabla 2) el 71 % resultó difícilmente reducible, seguida por las reducibles por Prevención, diagnóstico, y tratamiento durante el embarazo.

Tabla 2: Distribución de RN fallecidos según edad al Morir. En horas y días completos

Horas de vida	N	%	% A	Días de vida	N	%	% A
1 a 2	331	84.2	84.2	1 a 2	134	22.4	22.4
3 a 4	39	9.9	94.1	3 a 6	150	25	47.4
5 a 23	23	5.9	100	7 a 27	228	38.2	85.6
Total	393	100		28 a 250	85	14.2	99.8
				251 a 350	1	0.2	100
				Total	598	100	

Tabla 2. Distribución de los RN fallecidos por criterios de Reducibilidad (*). Versión 1996 Años 2010 - 2015

	2010		2011		2012		2013		2014		2015		Total
C. REDUCIBILIDAD	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
DIFÍCILMENTE REDU	94	67	109	70	123	69	125	71.8	128	72	123	75	702
MAL DEFINIDAS			1	0.6	1	0.6	2	1.1			2	1.2	6
OTRAS CAUSAS	4	2.9	8	5.2	8	4.5	13	7.5	3	1.7	4	2.4	40
OTRAS REDUCI			2	1.1	1	0.6							3
PREV/DIAG/TRATEMBA	34	24	29	19	29	16	20	11.5	35	20	30	18	177
RED.PREV/DIAG/PARTO	4	2.9	5	3.2	9	5	9	5.2	10	5.6	4	2.4	41
RED.PREV/DIAG/T/RN	4	2.9	3	1.9	7	3.9	4	2.3	3	1.7	1	0.6	22
TOTAL	140		155		179		174		179		164		991

(*IDEIS - MSP Argentina.

CONCLUSIÓN:

Los RN mueren más en las primeras dos horas de vida. 677 (68,31%) de las muertes ocurrieron antes de cumplir 7 días de edad. No analizamos los datos con los últimos Criterios de Reducibilidad, pero con los de 1996 se muestra que el 71% de las muertes están agrupadas como difícilmente reducibles, le siguen las reducibles por acciones durante el embarazo (18%). Es útil conocer cuantos, cuándo y porque mueren los RN para priorizar acciones destinadas a mejorar los indicadores de la mortalidad neonatal.

RETINOPATÍA DEL PREMATURO (ROP). MEJORAS EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN NEONATAL DISMINUYÓ SUTRATAMIENTO OFTALMOLÓGICO (TO) EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA DE SALTA.

RPD
250

Monla C.¹; Del Barco M.²; Montenegro G.³; Kolton D.⁴; Marquez A.⁵; Gimenez S.⁶; Romero L.⁷

UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE NEONATOLOGÍA (UGCN) HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL (HPMI)²³⁴⁵⁶⁷
<cmomla@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

La ROP es la principal causa de ceguera en la infancia. La incidencia y gravedad de la enfermedad se relaciona con la calidad de atención neonatal.

OBJETIVO:

Disminuir la incidencia de ROP con indicación de TO

MÉTODO:

1) Se seleccionaron de HC de neonatos egresados en 2014 con peso al nacer < 2001 gr y con TO por ROP. Se clasifico en RN < 1501 gr y entre 1501 y menos de 2001 gr; 2) Se excluyeron pacientes que fueron derivados para TO; 3) análisis causa raíz con Grupo ROP para identificar factores relacionados con mayor frecuencia de TO; 4) Intervenciones: a) registros informatizados de oxigenoterapia y control de límites de saturación en sala de partos, traslado e internación; b) registros de alimentación y justificación por interrupciones; c) control de transfusiones; d) control de infecciones y e) incorporación de 47 monitores con Tecnología Massimo para sala de partos, traslados e internación; 5) Análisis de incidencia de pacientes con ROP que necesitaron TO; 6) comparación de incidencia pre y pos intervención; 7) consideración de mortalidad y traslados a otros efectores.

RESULTADOS:

La incidencia de ROP con TO en 2014 fue de 13.4%. Los factores identificados con mayor frecuencia de TO fueron: 1) el déficit en control y registros de oxigenoterapia; 2) ayunos prolongados y suspensión de

alimentos sin justificación escrita; 3) más infecciones y 4) falta de criterios unificados para transfundir. En 2015 luego de las intervenciones para la mejora el TO fue necesario en el 3.02 %. En 2015 aumento la mortalidad 25.9 a 28.6 % en menores de 1501 gr. (Tabla 1)

Tabla 1. Prematuros con TO por ROP con peso al nacer < 2001gr. Comparación años 2014-2015

	Peso N. Condición		Egreso y Tratamiento		Egreso y Tratamiento		Peso N. Condición		Egreso y Tratamiento		Egreso y Tratamiento	
	1501-2001	V	%	T	% F	%	TO<1501 V	%	T	% F	%	TO %
2014	232	219	94	10	513	5.6	0	251	186	74.1	13	7
2015	196	187	95	18	109	4.6	0	199	142	71.4	20	14

TO = T.
Oftalmológico.
% de TO sobre egresos vivos

CONCLUSIONES:

El análisis causa raíz identifico los factores de riesgo más frecuentes en pacientes con necesidad de TO. Por los problemas detectados se revisaron y mejoraron la calidad de los procesos de atención. Las intervenciones disminuyeron la ROP con necesidad de TO en RN con peso igual o menor a 1500 gr. El grupo de mayor peso no presento ROP con necesidad de TO. Las mejoras en la calidad de atención disminuyó la necesidad de TO en la Unidad.

SINDROME DE INTESTINO CORTO DE ORIGEN NEONATAL: RESULTADOS DEL TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO

PO
251

Lobos P.¹; Ríos P.²; Busoni V.³; Prodan S.⁴; Liberto D.⁵; Izquierdo C.⁶; Frangi F.⁷; Sanchez Claria R.⁸

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES^{1 2 3 4 5 6 7 8}

<pablo.lobos@hospitalitaliano.org.ar>

INTRODUCCIÓN:

Las malformaciones congénitas son la causa más frecuente de síndrome de intestino corto (SIC) en nuestro medio. El tratamiento de este complejo problema excede el ámbito de la Neonatología. Las complicaciones de la nutrición parenteral (NP) prolongada habitualmente condicionan la sobrevida de los pacientes. El abordaje de la insuficiencia intestinal mediante un equipo interdisciplinario especializado ha demostrado mejorar la sobrevida. La mejoría en los resultados del trasplante intestinal han impulsado el desarrollo de equipos de rehabilitación intestinal que han revolucionado el tratamiento del SIC en las últimas dos décadas. Presentamos la experiencia de 8 años del Centro de Rehabilitación y Trasplante Intestinal (CRIT) de nuestro hospital.

OBJETIVOS:

Reportar la experiencia de nuestro grupo en el tratamiento multidisciplinario del SIC de origen neonatal.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Análisis retrospectivo, serie de casos. Fuente: historia clínica electrónica, base de datos de CRIT. Todos los pacientes fueron tratados por un equipo integrado por Neonatología, Clínica, Gastroenterología, Nutrición, Cirugía Pediátrica, Cirugía de Trasplante, Alimentación, tanto durante la internación como en consultorio especializado. Criterios de inclusión: ptes con SIC originado en la etapa neonatal con + de 3 meses de dependencia de NP. Variables: enfermedad de base, edad y peso al momento de la derivación, longitud intestinal residual (LIR), necesidad de cirugía, tiempo de NP, evolución nutricional, sobrevida.

RESULTADOS:

95 ptes fueron tratados por el CRIT e/ Dic 2007 y Abril 2016. 65 cumplieron los criterios de inclusión. Enf de base: gastrosquisis (GQ) 23, atresia intestinal (AI) 23, ECN 13, vólvulo 6. LIR media: 41.3 cm (r:0-169). 48/57 (84%) requirieron cirugía; 29 STEPs (cirugía de alargamiento intestinal); 3 Trasplantes intestinales. 42/65 (65%) recibieron NP domiciliaria. Sobrevida global: 50/65 (77%), 33/50 (66%) han sido rehabilitados (suspendieron NP). Momento de derivación: <3m: 20, 3-6m: 22, >6m: 22; c/una sobrevida de 80%, 82% y 68% respectivamente para cada grupo. Seguimiento: 28.8 m (r:1-87).

CONCLUSIONES:

El tratamiento de los neonatos con SIC es complejo y requiere de mucho tiempo. Todos los pacientes requirieron intervenciones nutricionales y farmacológicas, y la gran mayoría algún tipo de cirugía. La mayoría de los ptes pudieron ser externados, 2/3 de ellos con NP domiciliaria. La sobrevida fue mayor en los ptes derivados más precozmente. El SIC debe ser tratado por un equipo multidisciplinario especializado.

RELACIÓN DEL DESCENSO DE PESO, APORTE DE LÍQUIDOS Y DUCTUS CON DISPLASIA BRONCOPULMONAR EN MENORES DE 1500 GRAMOS AL NACER.

PO
254

Mato I.¹; Barboza A.²

HOSPITAL PROVINCIAL NEUQUEN^{1 2}

<matoivana@yahoo.com.ar>

INTRODUCCION:

El exceso de líquido y sodio durante la primera semana de vida, acompañado de falta de descenso de peso fisiológico, incrementa el riesgo de displasia broncopulmonar (DBP), ductus y mortalidad en este grupo etario de pacientes. La DBP es una morbilidad que ha mostrado asociación con pobres resultados en el neurodesarrollo siendo un indicador de calidad de atención neonatal. El ductus arterioso permeable favorece el desarrollo de DBP.

OBJETIVOS:

Describir los factores de riesgo seleccionados asociados con Displasia Broncopulmonar en neonatos menores de 1500gs atendidos en la unidad de neonatología de mayor complejidad de la provincia de Neuquén, entre enero 2009 a diciembre 2012.

POBLACION:

Los criterios de inclusión fueron recién nacidos de pre términos menores de 1500 gramos internados en terapia intensiva neonatal a partir de enero del 2009 hasta diciembre del 2012, que sobrevivieron 28 días en nuestro servicio. Se excluyeron todos los prematuros menores de 1500 gramos que fallecieron o se derivaron antes de los 28 días.

MATERIALES Y METODO:

Estudio descriptivo observacional de corte transversal retrospectivo. Consideramos para analizar las variables: Edad gestacional, peso al nacer, sexo, descenso de peso (mayor de 10% del peso de nacimiento), edad de recuperación de peso de nacimiento, aporte de líquidos al 3º de vida mayor de 120 ml/kg/día al 7º día de vida mayor de 160 ml/kg/día y la presencia de ductus.

RESULTADOS:

Se analizaron 163 pacientes se excluyeron 17 pacientes. De los 146 pacientes (53 menores de 1000g y 93 mayores de 1000g) presentaron DBP a los 28 días 47 prematuros (32,2%), corresponden a menores de 1000g, 25 pacientes (53,1%) y de 1001 a 1500g. 22 pacientes (46,8%). El OR 11,3 (IC95 4.27-28.2) en los menores de 1000 gramos. De los 146 pacientes presentaron DBP a las 36 semanas, 17 prematuros (11,6%) menores de 1000gs. 10 pacientes (58,8%) y 7 pacientes (41,2%) mayores de 1000g, OR 6,2 (IC95 de 2,1-18) en menores de 1000gs. Para menores de 1000g la media fue de 26 semanas (rango de 24-30), para los mayores de 1000g la media fue de 30 semanas (rango de 26-34) La variable sexo masculino tuvo un OR de 5,6 (IC95 1,1-28,4) para los menores de 1000g a las 36s con DBP. La variable descenso de peso no mostro relación con DBP a las 36 semanas pero mostro significancia estadística con DBP a los 28 días. OR 2,98 (IC 95 1,4-6,1). La variable recuperación de peso de nacimiento no mostro significancia estadística. La variable de aporte de líquidos al 3º día de vida (mayor de 120 ml/kg/día) y al 7º día de vida (mayor de 160 ml/kg/día), solo mostro relación entre líquido al 7º día de vida (mayor de 160 ml/kg/día y DBP a los 28 días para los menores de 1000 gramos OR 2.7 (IC95 de 1.2-5,7). La variable Ductus mostro relación con presencia de DBP a las 36s OR 9,3 (IC95 2,8-30,7) en los menores de 1000 gramos.

CONCLUSIONES:

El grupo de menor de 1000 gramos tiene mayor riesgo de desarrollar DBP. La presencia de ductus se asoció con mayor incidencia de DBP a las 36s en este grupo. El aporte de líquido mayor a 160 ml/kg/día a los 7 días de vida se relacionó con persistencia de requerimiento de oxígeno a los 28 días de vida en los menores de 1000 gramos. El descenso de peso al 7 día se correlaciono con menos DBP a los 28 días en los menores de 1500g.

UTILIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN UN SERVICIO DE NEONATOLOGÍA: UNA PRUEBA PILOTO

**POB
255**

Muñoz C.¹; Rolando N.²; Masiero Y.³; Vallejos M.⁴; Paez R.⁵; Wohning G.⁶; Belotti M.⁷; Panini A.⁸; Fernandez S.⁹; Giraud E.¹⁰; Calderon C.¹¹
MATERNIDAD PROVINCIAL DRA. TERESITA BAIGORRIA; UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN LUIS¹;
MATERNIDAD PROVINCIAL DRA. TERESITA BAIGORRIA^{2,3,4,5,6}; UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN LUIS^{7,8};
MATERNIDAD PROVINCIAL DRA. TERESITA BAIGORRIA⁹; UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN LUIS^{10,11}
<cmunozunsl@gmail.com>

La utilización de antibióticos (Ab) en los recién nacidos (RN) es una práctica frecuente, muchas veces de manera inadecuada. Nuestros objetivos fueron determinar las características y los diagnósticos en RN hospitalizados en un Servicio de Neonatología y analizar las prescripciones de Ab. Se elaboró un protocolo de trabajo para realizar una prueba piloto de un Estudio de Utilización de Medicamentos en un Servicio de Neonatología de junio a septiembre de 2015. Se incluyeron los RN con consentimiento informado firmado. Se clasificaron los diagnósticos y los medicamentos por CIE-10 y ATC, respectivamente.

RESULTADOS:

RN: 87. Sexo: F 51%, M 49%. Peso (P): ≤1000g:7%, 1001-1500g:11%, 1501-2500g:29%, >2500g:53%. Edad gestacional (EG, semanas): RN término: ≥37 (51%), RN pre-término: 29-36 (39%), RN pre-término extremo: ≤28 (10%). Relación P/EG (%): AEG (acorde) 90,8, PEG (pequeño) 6,9 y GEG (grande) 2,3. Diagnósticos (%): P22: dificultad respiratoria 23,6; P36: sepsis bacteriana 17, P59: ictericia 13,7, J21: bronquiolitis 7,7, Q25: malformaciones congénitas de las grandes arterias 3,85, K90: mala absorción intestinal 3,3. Uso de Ab: si 51,7%, no 48,3%. Criterios para iniciar y cambiar el tratamiento Ab: clínicos 89%, microbiológicos 11%. Indicaciones (%): Profilaxis pre quirúrgica 6,3, Profilaxis general 29,6, Empírico 59,4, cultivo 4,7. Ab prescritos (%): gentamicina (Ge) 30,5; ampicilina 28,5 (am); vancomicina 8,6; meropenem 6,6; amikacina 6; cefalotina 4; azitromicina 4; otros 11,8. Según peso requirieron Ab (%): ≤1000g 100%, 1001-1500g 80%, 1501-2500g 40%, >2500g 46,6%.

El número de RN por sexo fue similar. El peso fue normal en su mayoría, y su EG fue principalmente RN a término y pre término, presentando una buena relación P/EG. La mitad requirió tratamiento con Ab, los más utilizados fueron Ge y Am, prescribiéndose algunos Ab de uso restringido. Existen pocos datos y/o mucha variabilidad en la duración, criterios de finalización, suspensión y reinicio del tratamiento. Es necesario continuar en un mayor número de pacientes, y optimizar la recolección de datos. Se deben ajustar los criterios diagnósticos para disminuir la administración profiláctica de Ab y aplicar los principios de uso racional de los mismos que permitan evitar el flagelo de la resistencia antimicrobiana y la aparición de reacciones adversas.

COMPARACIÓN DE LAS TASAS DE MORTALIDAD ESPECÍFICA (ME) SEGÚN PESO AL NACER Y EDAD DURANTE LOS PERIODOS 2011-2015 EN LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE NEONATOLOGÍA DE SALTA

**PO
256**

Barbaran C.¹; Lajad A.²; Cazón A.³; Galvan P.⁴; Hernández M.⁵; Patagua M.⁶; Dávalos T.⁷; Venticola L.⁸; Del Barco M.⁹
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE NEONATOLOGÍA (UGCN)^{1,2,3,4,5,6,7,8,9}
<mcbsalta@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN:

“La mortalidad específica según peso al nacer y edad al morir expresa el número de niños fallecidos según esas condiciones en un determinado periodo de tiempo”.

OBJETIVO:

1) Calcular las Tasas de Mortalidad Específicas de los años 2011 al 2015 “según peso al nacer” y antes de cumplir los 28 días de vida (ME1); 2) Calcular las Tasas de Mortalidad Específica de los años 2011 al 2015, según “según peso al nacer” en la Unidad (ME2) con independencia de la edad; 3) comparar el comportamiento de ambas tasas por año y comportamiento de las tendencias.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Trabajo retrospectivo, observacional y descriptivo. Los datos de mortalidad se tomaron de los reportes de mortalidad, cargados y analizados en EPI INFO v 6.04 para DOS. El número de nacidos vivos se obtuvo del Sistema Informático del Hospital. Se procesó la información de los datos para obtener dos tasas de mortalidad específica: la primera (ME1) que incluye a los recién nacidos fallecidos durante el periodo neonatal, y la segunda (ME2) a todos los recién nacidos fallecidos con independencia de la edad. También utilizando el Harvard Graphics versión 9 se estudiaron las tendencias de la mortalidad específica a través de los años por grupos de peso al nacer.

RESULTADOS:

Tabla 1: Comparación Mortalidad específica según peso al nacer y edad <28 días (ME1) y según peso (ME2) en UGCN – 2011 -2015

PESOS	2011	2012	2013	2014	2015					
	ME1	ME2								
0100-0500	78.9	100	100	100	86.2	86.2	87.5	87.5	97	97.0
0501-0749	89.7	97.4	79.3	79.3	84.6	84.6	88.9	91.7	91.7	94.4
0750-0999	57.6	60.6	48.9	53.3	37.0	41.3	50	56.0	46.3	53.7
1000-1249	25.5	25.5	21.2	23.1	20.0	21.8	19.3	24.6	10.4	10.4
1250-1499	9.4	14.1	14.8	14.8	11.4	12.7	2.5	2.5	9.8	9.8
1500-1999	8.1	9.1	5.6	6.1	4.3	4.8	7.3	8.3	5.3	5.9
2000-2499	2.0	2.4	1.4	1.4	1.4	1.6	2.0	2.2	0.7	0.9
2500-2999	0.4	0.8	0.6	0.7	0.6	0.6	0.4	0.5	0.5	0.5
3000-3999	0.3	0.3	0.2	0.3	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
4000-7000	0.3	0.2	0.4	0.4	0.4	0.4	0.2	0.2	0.2	0.2
Total	1.6	1.6	1.4	1.5	1.5	1.6	1.5	1.6	1.5	1.6

CONCLUSIONES:

En todos los años estudiados la mortalidad específica en el período neonatal o posterior es mayor a menor peso de nacimiento. En neonatos con peso < 1000 gr el riesgo de morir es alto y la tendencia es plana a través de periodos. La tendencia de la mortalidad específica es a la disminución para pacientes entre 1000 y menos de 1500 g. y también entre 2000 y 2500 gr. En el resto de los grupos el riesgo de morir se mantiene estable entre los periodos. La tabla N° 1 permite visualizar la transferencia de la mortalidad neonatal (ME1) al periodo postneonatal (ME2) en cada año estudiado.

BOTULISMO NEONATAL. A PROPOSITO DE UN CASO

Palacio Martínez M.¹; Miranda M.²; Passamonti A.³; Andreano Guazzini E.⁴; Sosa L.⁵; Ibañez G.⁶; Bustos M.⁷; Torres R.⁸; Lopez G.⁹
SANATORIO ACONCAGUA^{1 2 3 4 5 6 7 8 9}

<lourdespalacio86@yahoo.com.ar>

El botulismo es una enfermedad infrecuente producida por la ingestión de esporas de *Clostridium botulinum* generando una neurotoxina in vivo. Provoca parálisis flácida descendente aguda simétrica.

OBJETIVO:

Incorporar a *Clostridium botulinum* como agente causal de hipotonía en Neonatología.

CASO CLINICO:

Neonato sexo masculino, 18 días de vida, sin antecedentes perinatológicos de relevancia, comienza con rechazo alimentario y crisis de cianosis, dificultad respiratoria leve, hipoactividad marcada. Madre cursando cuadro gripal. Consulta a nuestro servicio y se decide su internación con diagnóstico presuntivo de Bronquilitis. Paciente pálido, reticulado, hipoactivo, dificultad respiratoria en aumento. Tras 18 horas de recibir tratamiento médico (aislamiento- hidratación vía EV- halo de O2- Ampicilina 100mg/k/día- Gentamicina 4 mg/k/día- Claritromicina 15 mg/k/día- Oseltamivir 6mg/k/día, cultivo de secreciones bronquiales para Bordetella pertussis (-), antígenos virales negativos) presenta episodio de apnea por lo que se decide ingresar a ventilación mecánica requiriendo 27 días de la misma. Se realiza nuevo hemocultivo (-), punción lumbar(-), vesical(-), reactantes de fase aguda, función hepática y renal dentro de límites normales. Amonio(N), Lactato(N). Ecografía cerebral normal. Deterioro clínico marcado. Se rota antibioticoterapia a vancomicina 15 mg/k/día+ imipinem 15 mg/k/día. Hipotonía generalizada. Hipoactivo.

Constipación. Ausencia de reflejo tusígeno frente a exubaciones fallidas Radiografía de tórax: atelectasia VCPD. Se envía material para estudio de enfermedades metabólicas(N) y *Clostridium botulinum* el cual es confirmado a las 72 horas por UNCUIYO/FCM presentando la misma en suero y materia fecal (tipo A). Se notifica a Depto de Epidemiología de Córdoba. Interconsultas realizadas: Oftalmología (N), Cardiología (N), Neurología: ROT abolidos en los 4 miembros, ptosis palpebral, no succión, hipotonía global de origen neuromuscular por bloqueo presináptico de la hendidura sináptica. Recibe tratamiento de sostén y rehabilitación comenzando a movilizarse a los 20 días del ingreso. Alta médica tras 48 días de internación.

CONCLUSION:

El diagnóstico requiere sospecha clínica eficaz, tratamiento de soporte adecuado para evitar complicaciones y secuelas a futuro.

RPD
257

REPORTE DE UN CASO: BOTULISMO NEONATAL DE 22 DÍAS DE VIDA EN CÓRDOBA

Burgos V.¹; Maure C.²

CLINICA REINA FABIOLA SERVICIO NEONATOLOGÍA^{1 2}

<veronicanburgos@gmail.com>

INTRODUCCIÓN:

El botulismo neonatal, es una patología caracterizada por el bloqueo de la placa neuromuscular por la toxina producida por el *Clostridium botulinum*, luego del ingreso al sistema digestivo de esporas de dicha bacteria, en un intestino con flora bacteriana aún no establecida. En neonatos, clásicamente se relaciona con administración de miel o infusiones, aunque la spora también se encuentra en el suelo y polvo. Debe sospecharse ante la presencia de un lactante hipotónico con el antecedente casi siempre presente de constipación.

OBJETIVO:

Presentación de un caso de botulismo neonatal en Córdoba.

CASO CLÍNICO:

Paciente 22 días consulta por succión débil. Examen físico: debilidad generalizada a predominio de eje central, reflejos osteotendinosos presentes disminuidos y reflejo fotomotor presente normal. Comienzo de síntomas desde el día anterior con empeoramiento marcado en las últimas 12 horas y constipación de 2 días de evolución. Padres no refieren dato epidemiológico positivo, alimentación mixta. Se interna en neonatología, empeoramiento clínico, requiere VNI al 3° día de internación. 4° día, se recibe diagnóstico preliminar botulismo positivo y se administra antitoxina botulínica equina. Al día siguiente, se logra retirar VNI. Alta institucional a los 15 días de internación, con alimentación por succión.

DISCUSIÓN:

En nuestro país disponemos de antitoxina equina, con una experiencia limitada en su uso en lactantes. Según el protocolo argentino, está indicada en pacientes graves (ingreso a UTI con soporte ventilatorio mecánico) confirmados como botulismo, por el riesgo de hipersensibilidad tipo I o tipo III de la antitoxina equina por ser obtenida por inmunización de animales. En Argentina, un estudio multicéntrico "Botulismo en Argentina" estudió 216 casos de botulismo entre 2010-2013. Se analizaron 79 ingresadas UCIP de 11 provincias. Edad promedio 4 meses. Recibieron antitoxina 18 niños de 6 provincias. Días internación 30 en tratados vs 70 no tratados, días UCIP 20 vs 54, de ARM 16 vs 43 y SNG 29 vs 70. En Estados Unidos (país del mundo con mayor número de casos de botulismo anuales) disponen de Inmunoglobulina humana, con menores reacciones adversas. Se ha estudiado mejor respuesta frente a la administración temprana (menos de 3 días de síntomas) y la sugerencia es la utilización de la inmunoglobulina frente a la sospecha de botulismo neonatal, antes de obtener resultados confirmados. En nuestro país, los únicos centros que realizan estudios de identificación de toxina y cultivos de *Clostridium botulinum* son el "Instituto Malbrán" en Buenos Aires y la "Universidad de Cuyo" en Mendoza. Eso dificulta el diagnóstico temprano, puesto que el envío de las muestras se hace por medio de trasporte masivo, tardando al menos unas 10 horas hasta que la muestra llega a mano de los investigadores, retrasando de manera significativa el diagnóstico.

CONCLUSIÓN:

Importancia de sospecha temprana de Botulismo frente a lactante hipotónico, envío precoz de las muestras para administración de antitoxina específica. Necesidad de mejorar el sistema para lograr diagnósticos más tempranos.

RPD
258