

4° Congreso Argentino de Neonatología

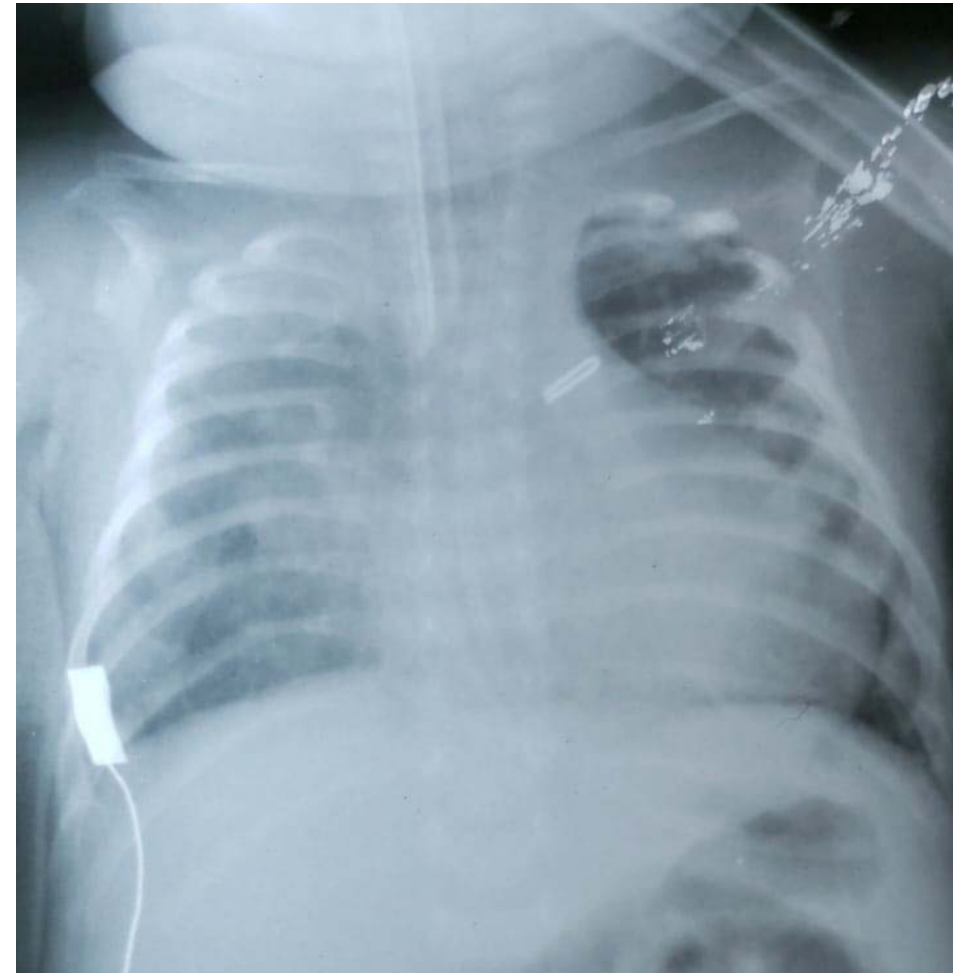
Diálogo con Expertos

Los residentes preguntan a los expertos

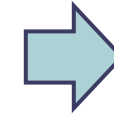
SANTINO

- Prematuro extremo 26s / 750gr
- Madre 39 años. G III AB II FUM incierta
- Embarazo controlado: 7 controles (1er 9,6 sem) – serologías negativas. SGB no realiza.
- Cerclaje semana 12
- Hipertensión gestacional - tto: alfa-metildopa
- Interna 24hs antes del parto por APP. RPM 18hs
- **MPF**: 1 dosis de betametasona – profilaxis penicilina
- Parto V/C – APGAR 4/6/7 – VPP 25/5 - TET sala de partos

- **SDR/EMH**
- **Neumonía neonatal** → Surfactante 1 dosis
ATB completo
Cultivos negativos
- Inicia con cafeína 1 ddv
- DAP con repercusión hemodinámica
↓
2 ciclos de indometacina → cierre Qx
28 ddv / 30 s
- Anemia – TGR X 3 – Tto con EPO trisemanal
- HIV G II 6 ddv – ROP II 36S
- Alimentación enteral completa desde 28,5s
- Buen progreso ponderoestatural



- **ARM prolongado** 77 días – 36s (ARM Fio2 40-50%)



Pulmón secuelado

DART 39 ddv/31,4

1ª Extubación electiva 52 ddv/33,3 **VNI**

fracaso 6º día por intercurrentia respiratoria

Mal manejo líquidos, EDEMA, Hidro/Espiro 60ddv/34,4S

2ª Extubación electiva 76 ddv/37 **VNI**

fracaso por mecánica ventilatoria

DART 83 ddv/38

3ª Extubación electiva 89 ddv/38,6 **CAFO** – persiste actualidad



En el seguimiento y tratamiento de la displasia broncopulmonar....

- ¿Qué estrategias ventilatorias recomiendan? ¿En qué momento y con qué método recomiendan la extubación? VNI/CAFO/CN
- ¿Traqueostomía?... ¿cuándo?
- Diuréticos: Si bien las evidencias en su uso no son concluyentes, su uso en la práctica es frecuente. ¿En qué pacientes lo utilizan y de qué manera?

TEO

- RNT/AEG (41 sem/3700 gs). Parto vaginal.
- Apgar 9/10.
- Examen físico normal.

- Alta de internación conjunta a las 48 hs de vida.

- Reingresa a las 24 hs por vómitos biliosos y distensión abdominal. RHA +. Catarsis positiva.

- Rx abdomen

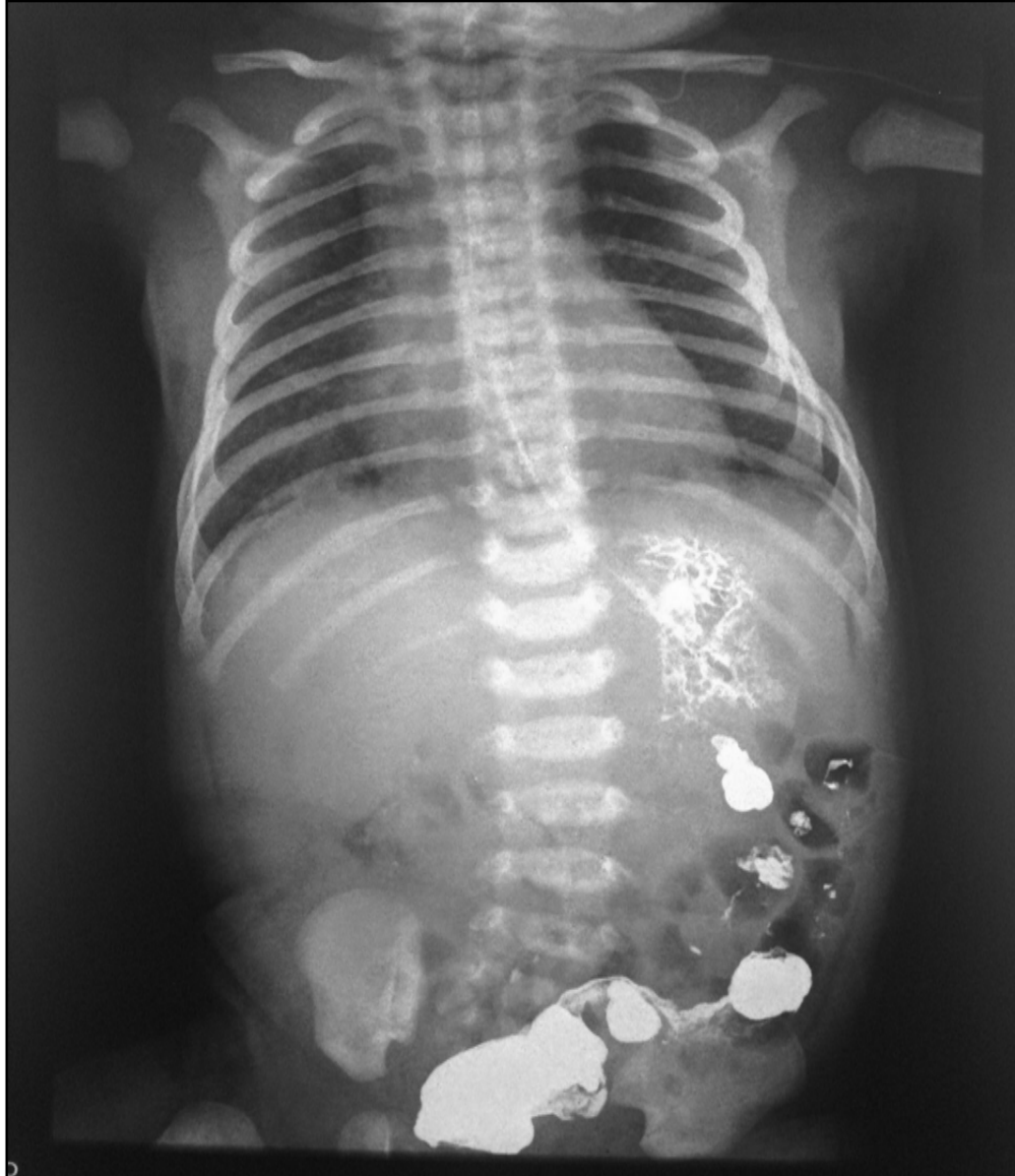
- Eco abdominal: píloro normal. Resto s/p.



- **Laboratorio**
 - HMG: GB 7390; HTO 50%; PQ 253000.
 - Coagulograma: normal.
 - Ionograma: Na 140; K 4,89; Cl 102.
 - Función renal: UREA 7; CR 0,53.
- **HMC x 2: negativos**
- **Pesquisa neonatal: normal**
- **Rx toracoabdominal**
- **IC Cirurgia: colon por enema + SEGD**







¿Diagnóstico presuntivo?

1. Atresia intestinal.
2. Íleo secundario a sepsis.
3. Vólvulo intestinal.
4. Malrotación intestinal.
5. Atresia duodenal.

Diagnóstico de
MALROTACION
INTESTINAL

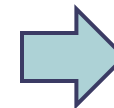
se programa cirugía de Ladd por
vía laparoscópica.

En la malrotación intestinal...

- ¿Qué factores clínico quirúrgicos se tienen en cuenta a la hora de decidir un abordaje laparoscópico o laparotómico?
- ¿Cuáles son los signos que nos deben llamar la atención en el neonato para sospechar una malrotación intestinal?
- Breve descripción de la Cirugía de Ladd.

CIELO

- Madre 26 años, G1P1
- Embarazo gemelar monocorial biamniótico (ecografía de 11 sem)
- RPM de 12 horas de evolución
- Cesárea por APP + RPM + presentación transversa-pelviana
- No recibe maduración pulmonar ni protección neurológica
- Gemelar 1: fallece en sala de partos
- Gemelar 2: pelviana, 23 semanas/525 gr, apgar 5/7



Reanimación + TET en
sala de partos
Ingresa a UTIN

- En ARM → surfactante x 2 → VAFO a las 48 hs
- Se coloca cateter umbilical venoso y recibe NPT
- ATB por sospecha de sepsis precoz
- Eco cerebral: normal a las 24 hs de vida
- Por labilidad hemodinámica, requiere expansiones e inotrópicos



fallece a los 4 días de vida





- ¿Qué cosas se pueden mejorar, respecto al caso?
- ¿Hubiese actuado distinto?
- ¿Qué puede hacer el neonatólogo ante un embarazo al límite de la viabilidad y no madurado, en sala de partos?

Hana

- 31 semanas/ 1760 gramos
- Parto vaginal, embarazo mal controlado, VDRL materna 128 dils
- Aspecto hidrópico

- Requiere intubación en sala de partos y Surfactante
- inotrópicos
- Penicilina + Gentamicina → Neurosífilis

- NPT. Abdomen distendido, Láctico >5, acidosis  aporte oral con LH al **3 ddv**

- 5 ddv: DAP no restrictivo con dilatación de cavidades izquierdas
 Indometacina

- 7 ddv: Extubación electiva, DAP cerrado

- **10 ddv:** intolerancia al aporte oral → Gastroclisis → mejoría clínica

- **20 ddv:** *Abdomen distendido, residuo porráceo* →
Reapertura DAP (0.43) → Tto. sostén

Sospecha de NEC

- ✓ ARM
 - ✓ NPT
 - ✓ Vancomicina + Meropenem
 - ✓ Dopamina + Dobutamina
 - ✓ Fentanilo
- IC Cirugía infantil: Ayuno por 7 días
 - ***Sepsis a Enterococcus fecalis***



22 ddy: Abdomen distendido, doloroso, residuo bilioso
Acidosis, Leucopenia, Anemia y Plaquetopenia (33.000/mm³)
Rx neumatosis intestinal → Cx infantil → Conducta expectante

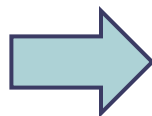
26ddy: **Rx Neumoperitoneo** → Paracentesis diagnóstica → Se agrega Metronidazol



27ddy: Perforación ileal a 8cm de VIC. Resección de 10cm e ileostomía a cabos separados

40 ddy: Cultivos negativos. DAP pequeño sin repercusión hemodinámica.
Ostomía funcionante. Inicia VO

65 ddy: pérdidas de 15 ml/k/día
alimentación a demanda



Egreso
Peso: 2300 gr

- **Ante DAP hemodinámicamente significativo durante la primera semana de vida: ¿Cuál hubiese sido su tratamiento de elección?**
- **En el caso de cierre farmacológico: ¿Qué fármacos utilizarían como primera línea?**
- **Ante un cuadro de sepsis tardía con reapertura del Ductus con significancia hemodinámica: ¿Indicarían tratamiento farmacológico o sostén?**

Muchas Gracias!

A decorative horizontal line consisting of a thick teal bar at the top, followed by a thin white bar, and then three thin teal bars stacked together. The line is positioned below the text and spans across the width of the slide.