



RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES

Los resúmenes de los trabajos libres son reproducción exacta de los enviados por los autores.

La Sociedad Argentina de Pediatría
no tiene responsabilidad alguna sobre sus contenidos.

- PO:** Presentación oral
- PS:** Póster simposio
- RPD:** Recorrida póster digital
- P:** Publicación

LIGADURA DEMORADA DE CORDÓN UMBILICAL Y EFECTO DE LA GRAVEDAD EN EL VOLUMEN DE LA TRANSFUSIÓN PLACENTARIA: ESTUDIO RANDOMIZADO, CONTROLADO Y MULTICÉNTRICO

PO 1

Opción a Premio

Satragno D.¹; Vain N.²; Gorenstein A.³; Gordillo J.⁴; Berazategui J.⁵; Alda G.⁶; Senra C.⁷; Prudent L.⁸
FUNDASAMIN; HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ¹; FUNDASAMIN; SANATORIO DE LA TRINIDAD^{2,3};
MATERNIDAD DE LAS MERCEDES, TUCUMAN⁴; FUNDASAMIN^{5,8}; SANATORIO DA LA TRINIDAD⁶;
HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SAN ISIDRO⁷
dsatragno@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La ligadura demorada de cordón umbilical (LDC) es recomendada para permitir el pasaje de sangre de la placenta al niño. La LDC aumenta el hematocrito y reduce el riesgo de anemia ferropénica. Asumiendo que la fuerza de gravedad influye en el volumen de transfusión placentaria (VTP) sostener un bebe al nacer a la altura del introito, es incómodo, resulta en bajo acatamiento de la práctica e interfiere en el vínculo.

OBJETIVOS

Comparar el VTP cuando el recién nacido (RN) es sostenido a la altura del introito (grupo A) vs apoyado sobre el abdomen materno (grupo B)

POBLACIÓN

RN de término sanos, vigorosos de parto vaginal de 3 centros de Argentina.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio multicéntrico (Clinical Trials.gov NCT 01497353), de no inferioridad, controlado, de distribución aleatoria. Criterios de inclusión: RN sanos, parto vaginal, con consentimiento informado. Criterios de exclusión: Embarazo múltiple, complicaciones maternas o fetales.

Los niños fueron pesados al nacer a la altura del introito con una balanza con precisión de 1 g. El grupo A fue sostenido a la altura del introito y el grupo B sobre

el abdomen materno. En ambos grupos el cordón fue ligado a los dos minutos y los niños fueron pesados nuevamente en la misma balanza. El VTP fue estimado por la diferencia en el peso (1 cc sangre= 1,05 gramos). Asumiendo una media para la diferencia de peso de 90gr, un margen de no inferioridad de 18 gr, 5% de significancia y 80% de poder, se estimó el tamaño muestral en 340 pacientes. Se usaron test de T y Chi 2 para comparar ambos grupos y el IC 95% de la diferencia de medias para evaluar no inferioridad.

RESULTADOS

Se enrolaron 391 pacientes desde 8/2011 al 8/2012. No hubo diferencias en las variables basales entre grupos. La media de diferencia de peso fue 55g (DS 46g), mediana 50g (RIQ 27-83) No hubo diferencias significativas entre las medias de los grupos. Los pacientes del grupo A aumentaron en promedio 56g (48g) y el grupo B 53 (45) p= 0.457. El IC 95% para la diferencia de medias fue de -5,8 a +12,8g.

CONCLUSIONES

La LDC permite que los RN reciban una significativo VTP. En nuestro estudio la fuerza de gravedad no afectó el VTP. Los niños pueden ser colocados sobre el abdomen materno sin riesgos. Este método simple promueve el contacto temprano madre-niño, debería aumentar el cumplimiento de las actuales recomendaciones de LDC y de este modo ayudar a disminuir el serio problema de salud pública que significa la anemia, sobre todo en poblaciones más desprotegidas

SOBRE UN CASO DE UN RECIÉN NACIDO CON ANOMALÍA TOTAL DE RETORNO VENOSO CON CONDUCTO DE ARANCIO PERMEABLE, DUCTUS PERMEABLE E HIPERTENSION PULMONAR

P 2

Olivieri A.¹

ASOCIACIÓN MUTUAL TRANSPORTE DE AUTOMOTOR (AMTA)¹
alfredoolivieri@arnet.com.ar

INTRODUCCIÓN

Se presenta un recién nacido pretermino nacido de parto vaginal céflica con edad gestacional de 30.6 semanas con peso al nacer de 1550 gr APGAR 5/7. Fecha de nacimiento: 1º de Diciembre 2011. Ingres a UTIN con síndrome de Membrana Hialina, recibiendo 1 dosis de surfactante. ARM prolongada. **Antecedentes cardiológicos:** Fallo cardiaco requirió inotropicos y diuréticos. **Ecografía abdominal** con leve hepatomegalia homogénea. Riñón izquierdo dilatación pielocalicial, no bien diferenciada relación córtico medular. **Ecografía cerebral** con hidrocefalia moderada, dilatación de ventrículos laterales. En región caudotalamica izquierda se observó imagen hipoeoica compatible con evolución de un foco hemorrágico. Dilatación de III y IV ventrículos. **Infectológico:** Sospecha de sepsis recibiendo varios esquemas de antibióticos. **Nutricional:** fracaso de nutrición enteral por SOG debiendo recibir NPT **Ecocardiograma** del 26-12-11(a los 25 días de vida) se detecta Anomalía total de retorno venoso con conducto de Arancio permeable, Ductus permeable e Hipertensión pulmonar.

AngioTAC de tórax: CIA, ARTV con colector común a vena porta y Ductus persistente de 3.5. Operado el día 16.01.12.ingresando a Cuidados intensivos Pediátricos Requirió ARM hasta 08.02.12

OBJETIVOS

Valorizar los signos y síntomas clínicos silentes de una cardiopatía congénita que no se pudo detectar en el periodo postnatal inmediato enmascarado por el cuadro de inmadurez pulmonar prolongando su internación y por ende no poder realizar la corrección quirúrgica precoz y que finalmente se corrigió.

MATERIAL Y MÉTODOS

Recién nacido pretermino con evolución tórpida de EMH que no respondió a los tratamientos habituales, que no tuvo tolerancia a aporte enteral, que la curva ponderal no era satisfactoria, que sufrió fallo cardiaco con hipertensión pulmonar requiriendo diuréticos e inotropicos agravada por una cardiopatía congénita que no se pudo detectar inicialmente. El paciente permaneció internado hasta el 17.2.12 con 68 días de vida en que fue dado de alta con un peso de 2415 gr. Talla 45 cm PC 32 cm. T. Posterior al egreso y con fechas 26.7.12 al 7.8.12 y 10.10.12 al 30.10.12 se intern con síndrome bronquiolítico y neumonía agregada requiriendo ARM, ATB, broncodilatadores Corticoides y diuréticos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Como se trató de un recién nacido pretermino (30.6 semanas de gestación) al ser dado de alta tenía 40.1 semanas de edad gestacional corregida, es aceptable la evolución debido a la patología grave cardiaca, las complicaciones que padeció (inmadurez pulmonar, sospecha reiterada de sepsis, ARM prolongada antes y después de la operación referida, disfunción renal, displasia bronco pulmonar secular, corrección de cirugía cardiovascular). Por lo expuesto tendremos que reflexionar que ante este tipo de evolución deberíamos también pensar que la prolongación del cuadro clínico inicial podría estar agravada y prolongarse por otra patología no detectable inicialmente o como en este caso por una cardiopatía silenciosa que hicieran sospechar de la misma.

LESIONES EN PIEL COMO MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE INMUNODEFICIENCIA PRIMARIA

RPD 3

Ramos J.¹

HOSPITAL H. NOTTI / CLINICA SANTA MARIA¹
ramosmart@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Las lesiones de piel en el neonato son motivo de consulta frecuente, pero rara vez requieren internación. En este trabajo se presenta un caso poco frecuente, como la Enfermedad Granulomatosa Crónica (EGC).

OBJETIVO

Sospechar y reconocer tempranamente las causas de enfermedades que producen lesiones de piel como manifestación clínica de inmunodeficiencia en edad neonatal. Comentar un caso de un paciente con (EGC). Conocer las características más frecuentes de presentación y tratamiento de la EGC. **Presentación de paciente:** RN masculino, RNT/BPEG que consulta a los 17 días de vida por lesiones de piel ubicadas mano derecha de 24 hs de evolución, sin alteración estado general. Antecedentes: G 4, P2, Cs 2. Nacido por cesárea. Matrimonio no consanguíneo, con 2 hijas sanas y 1 hijo de sexo masculino fallecido a los 6 meses con lesiones de piel. **Estudios complementarios y tratamiento al ingreso:** GB 25.400(54/1/27/18) PCR 35; tratamiento: Cefalotina+gentamicina previa toma de HC y cultivos de lesiones. 5 días posteriores presenta fiebre y flogosis en los 4 miembros, se toman HC y nuevos cultivos de lesiones, se rota a Vancomicina + amikacina. Luego se informan HC ½ + SCNMS y cultivos de secreciones de abscesos (+) para E. aerogenes sensible a Meropenem y amika, por lo completa 14 días EV. Por mala evolución clínica y laboratorio (ulceras en fosas nasales). Se inicia piperacilina-tazobactam. **Estudios complementarios de mayor complejidad:** Estudios de inmunodeficiencia primaria y secundaria normales. **Focos profundos:** negativos, Centellograma: OSTEMIELITIS del 5° metacarpiano mano derecha (con Rx normal

y sin signos clínicos de osteomielitis), continúa con piperacilina-tazobactam + amikacina, (cumple 21 días EV) luego continúa con Ciprofloxacina vía oral hasta cumplir 6 semanas de tratamiento total. Paciente con evolución favorable, el cual es dado de Alta. **Estudios inmunológicos:** Todos normales con excepción de la reacción de tinte de nitro-tetrazolio-reducción (NBT) Negativo. Confirmación de EGC, reacción dihidrorodamina-123 (DHR) la cual se informa Negativo. El paciente se encuentra actualmente en control con inmunología y recibe interferón gamma, profilaxis antibiótica y a la espera de un trasplante de médula ósea.

DISCUSIÓN DEL CASO

La EGC se trata de un desorden hereditario de la actividad microbicida de los fagocitos originada por una disfunción del complejo enzimático NADPH oxidasa. Es una enf. hereditaria ligada al sexo. **Prevalencia:** 1/250.000 a 400.000 RN. Las infecciones son producidas por **bacterias y hongos**. Presenta afectación de múltiples órganos. **Signos y síntomas:** granulomas con frecuencia en las fosas nasales. **Diagnóstico:** Prueba NBT, y confirmación con dihidrorodamina (DHR).

TRATAMIENTO

Uso de antibióticos asociados con interferón-gamma, reduce el número y la severidad de las infecciones. Prevención de infecciones: Baños con jabón suave.

CONCLUSIÓN

Se debe sospechar EGC en cualquier paciente que presente lesiones tipo granulomas en aéreas características, Se debe realizar tratamiento antibiótico endovenoso y prevención de infecciones.

USO DE CORTICOSTEROIDES PARA LA PREVENCIÓN DE TAQUIPNEA TRANSITORIA DESPUÉS UNA CESÁREA ELECTIVA EN NIÑOS DE TÉRMINO

RPD 4

Ramos J.¹; Venturin R.²; Torrente C.³; Tomassiello A.⁴; Guajardo C.⁵; Roa F.⁶; Bernardi J.⁷; Cardozo V.⁸; Corvalan G.⁹; Birnbaum S.¹⁰; Cavagnaro H.¹¹

HOSPITAL H. NOTTI / CLINICA SANTA MARIA^{1,6811}; CLINICA SANTA MARIA^{2,3,4,5,7,9,10}
ramosmart@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Los recién nacidos a término que nacen por Cesárea (Cs) electiva tienen mayor probabilidad de desarrollar alguna morbilidad respiratoria en comparación con los recién nacidos por vía vaginal. La TTRN ocurre en niños PT o cercanos al término, nacidos por Cs. Se debe a la retención de líquido pulmonar con atrapamiento aéreo. La eliminación del líquido pulmonar comienza con el trabajo de parto, debido al incremento de las catecolaminas maternas. Esto causa un cambio funcional del canal epitelial de sodio (CeNa) lo que produce la absorción de Na y líquido pulmonar al intersticio; posteriormente este líquido será drenado a través de los linfáticos a la circulación venosa pulmonar.

OBJETIVO

Evaluar el efecto de la administración de betametasona profiláctica antes de la Cs electiva a término, comparado con el tratamiento habitual "sin corticosteroides", en la reducción de la morbilidad respiratoria neonatal y la admisión a la atención especial por complicaciones respiratorias. **Periodo de estudio:** Desde el 15 de marzo de 2011 al 15 de marzo de 2012.

MATERIAL Y MÉTODO

Prospectivo, aleatorizado, caso - control. Recolectión de datos: en planilla Excel.

Criterios de inclusión: embarazo \geq 37 sem., madre sana, ausencia de antecedentes patológicos fetales. Dosis y vías de administración: betametasona en 2 dosis de 12 mg im., c/24 h entre 1 a 2 sem. antes del nacimiento. Resultado: En nuestra institución nacieron 2.367 niños en el periodo de estudio, de los cuales 872 nacieron por Cs. (36,8% de los nacimientos) y 193 de estos RN debieron internarse por patología respiratoria; solo 28 de estos pacientes se internaron con diagnóstico de TTRN. De ellos 14 nacieron por Cs y 14 por vía vaginal, de los cuales 2 (14,28%) habían recibido betametasona y 12 (85,72%) no habían recibido betametasona.

CONCLUSIONES

No hubo ninguna diferencia entre el número de pacientes internado por TTRN comparando cesárea vs vía vaginal, y se encontraron datos alentadores con respecto al uso de betametasona en los que nacieron por cesárea ya que solo el 14,28% de aquellos que recibieron corticoides (n=2) requirieron internación y el 85,72% (n=12) de los pacientes que no recibieron corticoides debieron ser internados.

RECOMENDACIONES

Realizar betametasona 2 dosis de 12 mg por vía IM, c/ 24 hs, 1 a 2 sem. antes del nacimiento en todo paciente de término al que se le practicará una cesárea programada, ya que esta conducta disminuye el riesgo de TTRN.

SIFILIS CONGENITA (SC). CUATRO AÑOS DE SEGUIMIENTO EN UNA MATERNIDAD DE CABA.

PS 6

Del Vecchio L.¹; Bernal L.²; Nadal M.³; Cuneo Libarona M.⁴; Ortiz De Zárate M.⁵

HOSPITAL MATERNOINFANTIL RAMON SARDA^{1,4}; HMI RAMON SARDA. NEONATOLOGA²; HMI RAMON SARDA BIOQUIMICA³; HMI RAMON SARDA INFECTOLOGA⁵
renzodv@gmail.com

La SC es una enfermedad de Transmisión sexual, de significativa vigencia en la actualidad. La evaluación y terapéutica del recién nacido se basa en las conductas implementadas en ambos padres. En la Maternidad Sarda desde el año 2009 se incorporó una nueva estrategia de referentes hospitalarios avocados a la recuperación de antecedentes familiares y a la optimización del seguimiento posterior del recién nacido, la cual se mantiene hasta la fecha.

OBJETIVOS:

Determinar a largo plazo el impacto de la incorporación de dichos referentes, y la posibilidad de modificar las estrategias terapéuticas basadas en el seguimiento durante el primer año de vida.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio comparativo, retrospectivo de los niños expuestos a SC en el año 2008: 1º periodo (1ºP) sin intervención y entre el 2009-2011, 2º periodo (2ºP) con intervención. Para tal fin, se confeccionó una ficha de seguimiento de cada recién nacido expuesto a Sífilis materna, y se lo incorporó a un equipo de seguimiento multidisciplinario. Se comparó la necesidad de intervención diagnóstica y terapéutica del recién nacido, según las normas vigentes y el porcentaje de deserción al 3º, 6º y 12 meses de edad.

RESULTADOS

Entre el 1-1-2008 al 31-12-2011, nacieron en nuestra maternidad 28.290 neonatos de los cuales 424 (1.5%) fueron seguidos en el programa neonatal por exposición a SC (2008:1.15%; 2009: 1.7%; 2010:1.6%; 2011:1.5%). Características demográficas: 2008: 62% embarazos controlados vs 73% en el 2º periodo. Procedencia 70% y 58% fueron extranjeras en cada periodo. El 67 % de los padres fueron evaluados (2008) y 82% (2º Período). De aquellos evaluados el 49% fueron no reactivos en el 1ºP vs el 58% en el 2º P. Se trataron 82 % de los RN en el 2008 y solo 38.6% en el 2º P. Los niveles de deserción a los 3,6 y 12 meses, persistieron significativamente altos: en ambos grupos (1ºP: 64%, 90% sin dato de los 12 meses vs 41%,58%,79% en 2ºP).

CONCLUSIÓN:

Con la intervención neonatal logró mantenerse un nivel de internación neonatal significativamente bajo, comparado con el periodo anterior, sin embargo, los niveles de deserción sostenidos, nos impiden avalar conductas basadas solo en el seguimiento a largo plazo de esta población, y nos impulsan en la búsqueda de nuevas estrategias de adherencia al seguimiento.

ESTUDIO DE LA PERCEPCIÓN DEL ESTRÉS EN PADRES DE BEBÉS PREMATUROS INTERNADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES (UCIN)

PS 8

Caruso A.¹; Mikulic I.²

FACULTAD DE PSICOLOGÍA UBA; INSTITUTO MÉDICO DE OBSTETRICIA (IMO)¹; FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UBA²
agostinacaruso@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La internación de un bebé prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) se constituye en un suceso vital estresante para sus padres. Varias investigaciones se han ocupado de estudiar este hecho caracterizando al mismo como un suceso traumático para la familia (Shaw et al., 2006). Algunos autores han encontrado que el nivel de estrés y los síntomas depresivos constituyen los factores con mayor poder explicativo y predictivo respecto de cómo la familia afrontará la internación (Speer, Leef, Epps & Locke, 2002).

OBJETIVOS

Explorar y describir la percepción del estrés de un grupo de padres cuyos bebés han nacido en forma prematura y han sido internados en una UCIN de una clínica privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Por otro lado, se pretende analizar si existen diferencias significativas en la variable mencionada según género, edad, semana de nacimiento del bebé, peso del mismo y días de internación en la UCIN.

METODOLOGÍA

Participantes: Se utilizó una muestra intencional conformada por 85 participantes, padres de bebés prematuros internados en la UCIN de una clínica privada ubicada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, cuyos hijos habían nacido en la semana 30 (± 3) de gestación, pesando al nacer 1480 (± 500) gramos. La muestra estuvo constituida por un 70 % de mujeres y un 30 % de hombres, todos de nacionalidad argentina. Instrumentos: Entrevista de Datos Sociodemográficos - Escala de Estrés Parental: Unidad De Cuidados Intensivos Neonatológicos (EEP:UCIN). Parental

Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS: NICU) M.S. Miles y D. Holditch Davis, 1987; M. S. Miles y S.G. Funk, 1998). Adaptación: A. Caruso & I.M. Mikulic, 2012. Procedimiento: Se ha llevado a cabo la administración de la Escala en entrevistas individuales a los padres, explicando, previamente, los objetivos de la investigación, y firmando el consentimiento informado para participar de la misma.

RESULTADOS

Los padres perciben la internación de su bebé en la UCIN como un suceso moderadamente estresante (M=3; SD= 70), resultando ser las alteraciones en el rol como padres los aspectos más estresantes para ellos (M=4; SD= 85). Por otro lado, el estudio total de los ítems ha determinado los sucesos que generan mayor estrés en los padres: *Estar separado de mi bebé; No poder tomar en brazos a mi bebé cuando quiero; No alimentar yo mismo/a a mi bebé; No poder cuidar a mi bebé yo mismo/a* y *Los ruidos repentinos de las alarmas del monitor*.

CONCLUSIONES

La internación del bebé en la UCIN se constituye en una crisis vital, la cual genera estrés en los padres. Tal situación puede influir en forma negativa en la relación padre-niño y en el desarrollo del infante a largo término (Afeck y Tennen, 1991; Singer et al., 1999). Es por esto, que consideramos esencial la intervención del psicólogo durante esta crisis vital, resultando necesario contar con instrumentos válidos y confiables que nos permitan llevar a cabo una adecuada evaluación, permitiendo obtener un diagnóstico certero de la situación, para poder generar intervenciones adecuadas.

MIOCARDIO NO COMPACTO: UNA RARA PRESENTACIÓN DE BRADICARDIA FETAL

RPD 9

Rebottaro N.¹; Molina R.²; Kaselian P.³; Boucau N.⁴; Parga L.⁵

HTAL. POSADAS^{1,2,3,4,5}
nataliarebottaro@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El ventrículo izquierdo no compactado es una forma de miocardiopatía aún no clasificable. Producida por una detención del proceso normal de compactación de la pared ventricular durante la vida fetal. Puede presentarse en forma aislada o combinadas con otras cardiopatías congénitas y/o desórdenes neuromusculares. Objetivo: Describir un neonato con diagnóstico prenatal de bradicardia fetal que presentó como hallazgo ecográfico postnatal miocardio no compacto.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente sexo masculino, RNPT 36 sem. PAEG 2860gr, embarazo controlado, cesárea, cefálica, RAM/LAC, Apgar 7/8, diagnóstico prenatal de bradicardia sostenida FC 78x. Ingresó a UCIN por dificultad respiratoria y bradicardia sostenida. Requirió oxígeno por halo por 24hs, antibióticos por 72hs y se medicó con gluconato de calcio por hipocalcemia por 5 días. Se realizó en la primeras 24 hs ECG patológico con bradicardia sinusal con extrasístoles ventriculares y bloqueo A-V 2:1; el ecocardiograma observó: ventrículos porción trabeculada engrosada específicamente en ápex con prolongaciones digitiformes compatible con miocardio no compacto,

función sistólica conservada. El holter de 24hs informó: ritmo sinusal, extrasístoles ventriculares con conducción aberrante y algunas bloqueadas, QTc prolongado de 500ms. La ecografía abdominal, cerebral y medio interno fueron normales. Los anticuerpos maternos para lupus fueron negativos. Se trató con AAS 3mg/kg/d y ranitidina 5mg/kg/d. Se programaron controles por cardiología y RNM ambulatoria.

DISCUSIÓN

El miocardio no compacto es una anomalía morfológica con heterogeneidad genética; tiene variedad familiar y aislada. Clínicamente puede ser asintomático o presentar insuficiencia cardíaca, eventos tromboembólicos, arritmias (taquiarritmias ventriculares, fibrilación auricular, bloqueo completo de rama izquierda, Wolff Parkinson White), muerte súbita. El diagnóstico es realizado ecocardiográficamente como una capa miocárdica no compactada con una relación miocardio no compactado/compactado >2. La resonancia magnética cardíaca confirma el diagnóstico. El pronóstico es malo en los casos sintomáticos y el tratamiento es inespecífico. Se expone este caso clínico dada la infrecuencia de esta patología para contribuir a la literatura médica.

SATISFACCIÓN DEL BINOMIO MADRE/HIJO RELACIONADO CON EL PROGRAMA MATERNIDAD SEGURA Y CENTRADA EN LA FAMILIA EN SALA DE PARTOS E INTERNACIÓN CONJUNTA

PO 10

Opción a Premio

Sanabria C.¹; Silva E.²; Torres S.³; Alvarracin C.⁴

INSTITUTO DE MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES^{1,2,4}; UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUCUMAN³
sanabria0459@hotmail.es

INTRODUCCIÓN

La Satisfacción de los servicios de salud depende en gran medida de la calidad de los servicios que se ofrece y del trato personal que recibe el usuario. La normativa de Maternidades Segura y Centrada en la Familia (MSCF) presupone un proceso de empoderamiento de la misma, tanto en el embarazo parto y puerperio. Se deben reconocer a los miembros de la familia como fundamentales en el proceso de cuidado de la mujer y el recién nacido, por lo tanto conocer la calidad con la que se otorga la atención es el primer paso dentro de este modelo para mejorar la satisfacción continua del usuario.

OBJETIVO

Determinar el Grado de Satisfacción del binomio madre e hijo en los sectores de Sala de Parto e Internación Conjunta.

POBLACIÓN

Esta integrada por todas las púerperas internadas con sus hijos en el sector de Internación Conjunta, que son aproximadamente 1.000, durante el periodo Marzo-Abril de 2013.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal. Con una muestra aleatoria simple de 230 usuarias, mediante entrevista. Se utilizó para medir el grado de satisfacción relacionado al programa MSCF, una escala que fue resultado de la suma de puntos asignados a las respuestas y se clasificó en: Muy Satisfecho

(10-9 p.), Satisfecho (8-5 p.) y Insatisfecho (4 o menos p.). En la descripción de las variables bajo estudio y asociación en las que resultaron de interés, se trabajó con un índice de confiabilidad del 5%.

RESULTADOS

De acuerdo a la escala, se tuvieron en cuenta entre otros, el trato cordial brindado, la atención oportuna, identificación del personal, elección del acompañante y el inicio precoz de la lactancia materna, resultado que el 3% de las usuarias se encontraron Muy satisfechas. El 67% se mostraron Satisfechas, dentro de este grupo la mayoría residen en el interior de la provincia y cursaron estudios primarios y terciarios/universitarios. El 30% del total de usuarias resultaron insatisfechas, en su mayoría poseen nivel de educación secundaria y se les practicó un parto por cesárea.

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta que el programa MSCF busca reconocer a la familia, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención en el embarazo, parto y puerperio, que estimule el respeto y la protección de sus derechos, es que no debemos dejar de lado los resultados obtenidos, relacionados con la insatisfacción, ya que es en este punto donde debemos trabajar para lograr calidad y satisfacción óptima del usuario.

GASTROSQUISIS: ROL DE LA ULTRASONOGRAFÍA EN EL RECIÉN NACIDO PARA EVALUAR LA EVOLUCIÓN

Crido S.¹; Morcillo N.²; Rabasa C.³; Rodríguez Braumuller M.⁴; Petroli P.⁵; Dardanelli E.⁶; Moguillansky S.⁷

HOSPITAL DE PEDIATRÍA S A M I C "PROF DR J P GARRAHAN"¹²³⁴⁵⁶⁷
silvinacrido@hotmail.com

PS 12

Opción a Premio

INTRODUCCIÓN

No se han descrito los hallazgos en la Ultrasonografía (US) abdominal en los recién nacidos (RN) con gastrosquisis (GQ) y su valor pronóstico.

OBJETIVO

Describir los hallazgos US luego de la reducción quirúrgica y correlacionarlos con la evolución.

POBLACIÓN

RN con GQ derivados al servicio de neonatología de nuestro hospital entre junio de 2011 y enero de 2013.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Recolectamos las características clínicas de los RN, la enfermedad y su evolución, comparándolos con la US y Rx realizadas en las primeras 72 hs, luego de la reducción quirúrgica. Se usó el test t o ji cuadrado, asumiendo una diferencia significativa de $p < 0,05$. Software STATA 10.0.

RESULTADOS:

De los 23 RN incluidos, 15 varones. Diagnóstico prenatal 70%, nacieron por cesárea programada 83%. EG 36+/-1,5 sem, PN 2360 +/- 1360 gr. Presentaban GQ simple 78% y 22% GQ complicada. Tratamiento: reducción primaria 87%, 3 RN requirieron silo. Tasa de mortalidad 13%. Nutrición enteral total (NET): mediana 31 días (P25-75 25-48), nutrición parenteral total (NPT) mediana 31 días (P25-75 24-59). Seis RN, por complicaciones abdominales, fueron reoperados (4 enterocolitis

necrotizante, 1 vólvulo y 1 estenosis).

La RX fue inespecífica, la mayoría presentaban disminución del aire intraabdominal, con inadecuada distribución del mismo.

La US mostró: engrosamiento de pared intestinal (69%), presente en 3 o más cuadrantes (48%). Adelgazamiento de la pared del intestino (13%), neumatosis intestinal (13%). La mayoría presentó escaso líquido libre anecoico. Aumento de la vascularización intestinal por Doppler color (82%), ningún RN presentó disminución o ausencia de la vascularización de asas.

Signos ecográficos sugestivos de malrotación (91%). Un RN presentó signo del remolino, que luego se complicó con vólvulo intestinal.

El índice de resistencia en arteria mesentérica superior promedio fue de 0,78 (0,47-1).

No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los hallazgos por US y evolución clínica.

CONCLUSIÓN

Luego de la reducción quirúrgica, los hallazgos US fueron: engrosamiento o adelgazamiento de la pared, neumatosis, aumento de la vascularización, líquido libre, demostrando inflamación intestinal. La mayoría de los pacientes presentó malrotación intestinal evaluable por US.

En nuestro estudio, no pudimos correlacionar las características presentes en la US o la Rx con la evolución. Se requieren mayor número de pacientes para confirmar o descartar esta relación.

INFECCION NEONATAL POR ENTEROVIRUS

Torrico De La Fuente P.¹; Janer M.²; Pagano C.³; Bruni T.⁴; Olsen G.⁵; Bosaleh M.⁶; Cabral G.⁷

HOSPITAL PROF. A. POSADAS¹²³⁴⁵⁶⁷
torrico.pablo@gmail.com

RPD 13

INTRODUCCIÓN

Los Enterovirus constituyen un amplio grupo de virus causantes de importantes infecciones humanas. Van desde cuadros benignos y autolimitados, hasta procesos graves como la sepsis neonatal.

OBJETIVOS

Presentar la frecuencia y evolución de recién nacidos (RN) con infección por enterovirus.

MATERIAL Y MÉTODOS

Es un estudio retrospectivo, descriptivo y observacional. Se revisaron las historias clínicas de pacientes internados en el servicio de neonatología del Hospital A. Posadas con diagnóstico de infección por enterovirus durante el periodo de agosto 2011 a febrero 2013 (18 meses).

RESULTADOS

Total 9 RN con infección por enterovirus
Frecuencia global: 2,7 % de pacientes internados por consulta externa. (Total: 324).
Edad de inicio: 1° semana de vida: 1/9. 3° semana: 2/9. 4° semana: 6/9

Motivo de consulta: Fiebre: 8/9. Dificultad respiratoria: 3/9. Apneas: 1/9.

Laboratorio: Recuento de glóbulos blancos mayores a 15000/mm³: 1/9. PCR aumentada 1/9. CPK MB-masa aumentada: 2/9. Troponina aumentada: 2/9. Viro-lógico: PCR +: LCR: 6/9. Aspirado de Secreción Nasofaríngea: 3/9. Coprovirológico: 1/9. Líquido pericárdico: 1/9.

Imágenes: Ecocardiograma se realizó en los 9 pacientes siendo patológica en 4. Ecografía cerebral en los 9 pacientes siendo patológica en 2.

Evolución: Derrame pericárdico: 3/9. Taponamiento cardíaco: 1/9. Encefalitis: 6/9. Bronquiolitis 3/9. ARM: 1/9 Fallece: 1/9.

Tratamiento: Gammaglobulina Hiperinmune EV solo en pacientes con derrame pericárdico, recibieron tratamiento 3 pacientes.

CONCLUSIONES

Damos a conocer la incidencia registrada en nuestro servicio de 2,7 % de RN internados por consulta externa durante el periodo estudiado. Es importante tener presente la patología por enterovirus en el periodo neonatal y la gravedad que puede desarrollar sobre todo a nivel cardiológico. Permanece controvertido el tratamiento con gammaglobulina pero nosotros lo hemos utilizado con buenos resultados en aquellos pacientes con derrame pericárdico.

PESQUISA AUDITIVA ¿ESTAMOS CUMPLIENDO LA LEY?

Nieves M.¹; Lopez Tornow S.²; Fariña D.³

AREA DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL.HOSPITAL JUAN P. GARRAHAN^{1,2,3}
noenieves@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El correcto funcionamiento del sistema auditivo es clave para el desarrollo social y cognitivo de un niño. Desde el año 2001 la Ley Nacional 25415, reglamentada en 2010 a través del Programa Nacional de Detección Temprana y Atención de la Hipoacusia dictamina que se realizará tamizaje auditivo a todo niño antes del 1er mes de vida (otoemisiones acústicas: OEA) y que se deberá equiparlos antes del año de vida. En el interrogatorio inicial de los pacientes que ingresan al Área surge que esta práctica no está realizándose sistemáticamente.

OBJETIVOS

Evaluar el cumplimiento del Programa Nacional de Detección Temprana y Atención de la Hipoacusia, relacionar el cumplimiento de la ley con la presencia de cobertura social y analizar la información de los padres al respecto.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional y transversal. Se incluyeron todos los pacientes entre 1/03/12 y 31/03/13 que consultaron espontáneamente en el Hospital Garrahan y requirieron hospitalización en la sala de internación conjunta del Servicio de Neonatología. Se analizaron los datos obtenidos por interrogatorio, historia clínica y encuesta realizada a los padres. Se empleó estadística descriptiva y Chi2 según necesidad.

RESULTADOS

Ingresaron 153 pacientes. Mediana de edad: 21 días (16-30), mediana de peso 3180g. Cobertura social 25% (38/153). 101/153 (66%) provenían de la Provincia de Buenos Aires. Sólo 30% (46/153) tenían efectuada OEA a su ingreso. De los 107 pacientes sin OEA, 30 tenían turno emitido, 44 habían recibido la orden médica para realizarlo luego del alta y 33 (30%) no tenía ningún tipo de vinculación con la prueba. Se compararon mediante tablas de contingencia la relación entre cobertura social e incumplimiento. En el 34% (13/38) de los casos con Obra Social vs el 17% (20/115) de los casos sin cobertura se observó incumplimiento total esto significa familias sin información y sin turno de OEA (p 0,02). Con respecto a la información de los padres sobre la Ley de hipoacusia sólo 35 /153 pacientes (23%) habían sido informados sobre la importancia de esta prueba y carecían de información sobre el momento oportuno de realización de la misma.

CONCLUSIÓN

A pesar de ser la evaluación audiológica una reglamentación a nivel nacional, son escasos los pacientes evaluados previo al egreso de la maternidad o dentro del primer mes de vida. Poseer cobertura social no facilita el cumplimiento de la ley. Los padres carecen de información sobre la importancia de la misma.

PO 14

Opción a Premio

ENFERMEDAD DE STEINERT CONGÉNITA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Velazquez L.¹; Nieto R.²; Machado S.³; Solana C.⁴

MATERNIDAD SARDA^{1,2,3,4}
laflovel@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN

La distrofia muscular de Steinert es una enfermedad autosómica dominante caracterizada por hipotonía generalizada, diplejía facial, insuficiencia respiratoria, artrogriposis y polihidramnios.

OBJETIVO

Presentar un caso clínico poco frecuente y los defectos congénitos asociados al mismo.

CASO CLÍNICO

Paciente 31 sem/1375g. Cesárea por dinámica uterina, polihidramnios y presentación pelviana. Apgar 2/6 requiriendo intubación, ventilación y masaje cardíaco. EAB cordón: pH 7,39 HCO₃ 22 EB 2,4. Antecedentes maternos: 29 años, G1C1. Retraso mental leve. Serologías negativas. Fenómenos miotónicos. Sin seguimiento. Hipoquinesia fetal. Evolución en UTIN: Insuficiencia ventilatoria grave con requerimiento de VAFO por hipercapnia severa. EMH que requirió 2 dosis de surfactante. Derrame pleural bilateral leve. Edemas generalizados. DAP 4,5 mm tratamiento con indometacina. CIV muscular moderada. ECG: PR prolongado. Hi-

potonía generalizada, ausencia de movimientos espontáneos. Arreflexia. CPK: 417 U. Ecografía cerebral: leve dilatación ventricular con aumento de la ecogenicidad periventricular. Fractura húmero derecho. Costillas delgadas. Criptorquidia. Muerte a los 10 días por insuficiencia ventilatoria.

DISCUSIÓN

La DM es autosómica dominante con penetrancia completa y expresión variable; caracterizada por expansión del trinucleotido CTG del gen DMPK que codifica la miosina kinasa (Gen 19q 13.8). La incidencia se estima que es aproximadamente 1:10000 nacidos vivos. Los RN prematuros suelen presentar edemas y bajas puntuaciones en la prueba de Apgar requiriendo maniobras de reanimación avanzadas. Se asocia a criptorquidia, alteraciones craneofaciales (retromicrognatia, labio superior en V invertida), disminución del movimiento esquelético con contracturas articulares múltiples (artrogriposis) y deformidades (pie equino). El diagnóstico es molecular mediante detección de expansiones del triplete CTG. La mortalidad por falla respiratoria es alta principalmente en aquellos RN que requirieron más de 30 días de ARM.

P 15

TROMBOSIS VENOSA RENAL, A PROPOSITO DE UN CASO

P 16

Di Yacovo A.¹; Barboza V.²; Bacciedoni V.³; Di Yacovo L.⁴

HOSPITAL MILITAR REGIONAL MENDOZA^{1,2,4}; HOSPITAL ESPAÑOL DE MENDOZA³
jandri_84@hotmail.com

INTRODUCCION

La Trombosis venosa renal es una enfermedad de alta morbilidad, de incidencia desconocida. Más frecuente en sexo masculino y con mayor compromiso unilateral; entre los factores de riesgo se encuentran prematuridad, presencia de catéter venoso central, deshidratación y trastornos congénitos de la hemostasia. Las manifestaciones clínicas y de laboratorio son masas abdominales, hipertensión, trombocitopenia, disminución de función renal, hematuria. El diagnóstico se realiza con ecodoppler renal. Si bien no existen protocolos de tratamiento, se trata con heparina de bajo peso molecular debido a la menor cantidad de efectos adversos, a su facilidad para administrar y a su estabilidad farmacocinética.

OBJETIVO

A través de un caso clínico, repasar diagnóstico y tratamiento de una enfermedad poco frecuente.

CASO CLINICO

Paciente 8 días de vida derivado por descenso de peso de 800gr (19,7% del PN). RNT/AEG, nacido por cesárea, alimentado por lactancia exclusiva. A su ingreso presentaba signos de deshidratación moderada, FC 140 lpm, FR 48 rpm, temperatura 37°C; el resto del examen físico se encontraba dentro de parámetros normales. En

los análisis al ingreso se destacó uremia aumentada de 1,47 g/L, leucocitosis, y la orina patológica con proteinuria, hemoglobinuria y cilindros hemáticos. Manifestó compromiso de función renal, sin requerimientos de diálisis. Las plaquetas descendieron a 98500 ml. A las 48 horas de internación se objetivó masa tumoral en flanco izquierdo, sin otro signo positivo en el examen físico. Se realizó ecografía diagnosticándose trombosis venosa renal izquierda, con aumento de ecogenicidad y tamaño del riñón homolateral. Se informó en la angiioresonancia opacificación tenue de vena renal izquierda, con disminución en el calibre y alteración en el flujo de aorta abdominal infrarrenal y en arterias ilíacas. Recibió tratamiento con Enoxaparina (HBPm) a 1,6 mg/kg cada 12 hs a los 4 días de internación. Se efectuaron controles semanales con factor antiX, plaquetas y ecodoppler renales. La recanalización se completó a los 44 días, el paciente continuó heparinizado durante 3 meses con controles estrictos por neonatología y hematología.

CONCLUSIONES

La trombosis venosa renal es una patología que se manifiesta en recién nacidos internados en Terapia Neonatal, sin embargo también puede presentarse en niños de término con lactancia exclusiva y hay que sospecharla para poder realizar diagnóstico y tratamiento oportuno.

HISTIOCITOSIS DE CELULAS DE LANGERHANS O ENFERMEDAD DE HASHIMOTO PRITZKER

RPD 17

Di Yacovo A.¹; Moreno S.²; Di Yacovo L.³

HOSPITAL MILITAR REGIONAL MENDOZA^{1,3}; HOSPITAL HUMBERTO NOTTI DE MENDOZA²
jandri_84@hotmail.com

INTRODUCCION

La Histiocitosis de células de Langerhans se debe a una proliferación clonal de histiocitos activados que invaden diversos tejidos, de etiología desconocida. Puede ser unifocal, multifocal o diseminada. Se manifiesta por lesiones cutáneas polimorfas (maculas, pápulas, vesículas y nódulos) de coloración marrón-violáceas. Pueden afectar cualquier área del tegumento incluidas palmas y plantas. Se debe realizar diagnóstico diferencial con enfermedades hematológicas y enfermedades infecciosas intrauterinas (TORCH). El diagnóstico se realiza con biopsia de lesiones cutáneas, además de inmunohistoquímica positiva para la proteína s-100 y el anticuerpo monoclonal cd1a. Una vez confirmada la enfermedad se debe controlar si hay compromiso extracutáneo. No requiere tratamiento.

OBJETIVOS

Revisión de enfermedad poco frecuente con compromiso cutáneo en un recién nacido.

CASO CLINICO

Recién nacido de sexo masculino, nacido por cesárea, de un embarazo controlado con serología negativa. Al nacer presentaba lesiones cutáneas en forma de pápulas y pústulas generalizadas, asimétricas, con gran polimorfismo; de color marrón-violáceas, a predominio de extremidades, cara y en cuero cabelludo. Las lesiones

fueron modificando sus características; el paciente no presentó manifestaciones sistémicas. La serología y análisis se mantuvieron con parámetros normales y el cultivo de lesiones fue negativo. Se realizó tratamiento tópico con mupirocina de las lesiones impetiginizadas. Fue evaluado por dermatología, y se realizó biopsia de lesiones pustulosas, con inmunomarcación de s100 y cd1a que fueron positivas, confirmando la enfermedad de Hashimoto Pritzker. Se realizó ecografía abdominal y radiografías de huesos largos y cráneo sin encontrarse compromiso extracutáneo. Las lesiones presentaron una resolución rápida, en un plazo de dos semanas, algunas desaparecieron sin dejar cicatriz residual. Otras tardaron más tiempo, desapareciendo casi completamente a los 2 meses. Actualmente se encuentra en seguimiento.

CONCLUSION

La Histiocitosis de Hashimoto Pritzker es una enfermedad benigna y autolimitada, que no requiere tratamiento. Se debe realizar diagnóstico diferencial con lesiones en piel del recién nacido, debe ser conocida por el neonatólogo y el pediatra para realizar diagnóstico precoz. Se confirma por medio de biopsia y requiere seguimiento dermatológico y exámenes complementarios cada 6 meses para evaluar compromiso extracutáneo durante la infancia.

HIJO DE MADRE DIABÉTICA (HMD)

Valpreda M.¹; Siccardi A.²
HOSPITAL ITALIANO MENDOZA^{1,2}
ritavalpreda@hotmail.com

RPD 18

INTRODUCCIÓN

Diabetes y embarazo es una situación única debido a diversidad de problemas que pueden afectar al feto. El control materno ha sido un avance importante para reducir la morbimortalidad perinatal de los HMD, aunque continúa siendo mayor que la población general.

OBJETIVO

Actualización epidemiológica del HMD.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal en período comprendido de enero 2008- diciembre 2011. En 3761 recién nacidos (RN) vivos se identificaron los HMD. Se valoró tipo de diabetes, tratamiento y enfermedades asociadas maternas y datos neonatales: edad gestacional (EG), sexo, Apgar, peso, morbilidad y tiempo de internación.

RESULTADOS

45 RN resultaron HMD. Incidencia 1,2%, El 73% de madres con diabetes gestacional, 25% diabetes tipo I. El 22% presentaba enfermedades asociadas. Tratamiento materno: Insulina 29%, Hipoglucemiantes orales 4%. Dieta 73%. El 80% parto cesárea.

RN: masculinos 47%, EG promedio 37 semanas. El 98% de los RN vigorosos. Peso para EG: 84% adecuado, 13% alto peso y 3% bajo peso. Peso promedio 3.302 gs. El 40% de los HMD ingresó a neonatología (n=18). Morbilidad neonatal: Hipocalcemia 11%, Hipoglucemia, 13%. Dificultad respiratoria 22%, Ictericia 27%, Cardiopatía 11%, Enteritis 4%, Malformación 2%. Promedio de internación: 6 días. Mortalidad 0%.

Conclusión: Nuestra incidencia de HMD es baja. La morbilidad es importante (40%) siendo las patologías más frecuentes la dificultad respiratoria, trastornos metabólicos, cardiopatía e ictericia. La mortalidad en esta serie es nula.

MALFORMACIONES ARTERIO-VENOSAS DE DIAGNÓSTICO NEONATAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Carbonell M.¹; Razzeto L.²; Almosni M.³
CLÍNICA PRIVADA INDEPENDENCIA^{1,2,3}
lauricarbonell@yahoo.com.ar

P 19

INTRODUCCIÓN

Las malformaciones arteriovenosas (MAV) son malformaciones de origen congénito, formadas por varios trayectos fistulosos que comunican arterias con venas. La localización más frecuente de las MAV es la intracraneal, seguidas luego por el cuello, los miembros, el tronco y las vísceras. El diagnóstico generalmente es tardío. Las MAV tienen el potencial de producir secuelas neurológicas o muerte. El tratamiento puede ser endovascular (embolización) o quirúrgico. En los neonatos el índice de mortalidad sin tratamiento se acerca al 100 %.

OBJETIVOS

Presentación del caso clínico de un paciente con malformación arterio-venosa cerebral de diagnóstico neonatal.

CASO CLÍNICO

Paciente RNT/PAEG, nacido por cesárea, presentación cefálica, líquido amniótico meconial, Apgar 4/6.

Requirió altos parámetros de ARM desde su nacimiento. Ingresó en ventilación de alta frecuencia en reiteradas oportunidades, con mala respuesta.

Con hipoxemia persistente, a las 14 hs de vida se descartó cardiopatía congénita

cianótica. Presentó Hipertensión Pulmonar sistémica (HTP) y Ductus Arterioso permeable. Recibió Sildenafil y drogas inotrópicas sin respuesta al tratamiento.

A los 2 días de vida, con MAP de 16 e índice de oxigenación de 32 inició tratamiento con óxido nítrico inhalado (Oni) a 20 ppm. Por falta de respuesta suspendió Oni luego de 31 hs de tratamiento. Persistió con HTP por hiperflujo y falla cardíaca.

A los 3 días de vida, al examen físico se auscultó soplo de gran intensidad a nivel fontanelar y en cuello. La ecografía-doppler evidenció fistulas arterio-venosas cerebrales, y el estudio hemodinámico constató fistula dural a seno transversos. Se realizó tratamiento endovascular con embolización de fistula. Durante el procedimiento presentó paro cardiorrespiratorio (PCR), que respondió a maniobras de RCP avanzada. Requirió transfusiones de plasma y plaquetas por sangrado activo post tratamiento.

Presentó mala evolución clínica y PCR reiterados. Falleció a los 6 días de vida.

CONCLUSIÓN

La presencia de un soplo intenso a nivel fontanelar y en cuello, permitió en este paciente la sospecha de MAV, su diagnóstico y la posibilidad de tratamiento.

Revaloramos la auscultación de fontanela y cuello como un elemento adicional simple y no invasivo, importante en la exploración física de todo recién nacido.

"MALDICIÓN DE ONDINA". A PROPÓSITO DE DOS CASOS

P 20

Carbonell M.¹; Razetto L.²; Almosni M.³

CLÍNICA PRIVADA INDEPENDENCIA^{1,2,3}

lauricarbonell@yahoo.com.ar

INTRODUCCION

La Hipoventilación Alveolar Primaria, o "Maldición de Ondina" es una enfermedad poco frecuente, caracterizada por un control anormal de la respiración, en ausencia de enfermedad pulmonar, neuromuscular, neurológica central o cardíaca conocida. El defecto primario del control autonómico resulta en una inadecuada o ausente respuesta a la hipoxia y/o la hipercapnia, presente desde las primeras horas de vida. Esto produce una adecuada ventilación durante la vigilia, pero hipoventilación severa durante el sueño.

Múltiples genes se han demostrado asociados a esta afección, y a otros fenotipos relacionados en su patogenia, como alteraciones autonómicas o enfermedad de Hirschprung.

OBJETIVO

Presentar dos casos de Hipoventilación Alveolar Primaria, ambos con diagnóstico en el período neonatal.

CASOS CLÍNICOS

CASO 1º: Recién nacido de término, 3200 g nacido por cesárea, Apgar 7/9, padres jóvenes de 18 años de edad, no consanguíneos, sanos. Presentó respiraciones superficiales seguidas de apneas centrales, con hipercapnia y múltiples extubaciones fallidas. Requirió traqueostomía. Por distensión abdominal persistente, a los 14

días de vida se realizó cirugía exploratoria, donde se constató perforación cecal, y plastrón apendicular. Se realizó ileostomía y colostomía. Resultado de anatomía patológica: Enfermedad de Hirschprung. Con TAC de tórax y RMN de cerebro normales, y estudio polisomnográfico y capnografía patológicos, se diagnosticó Hipoventilación Alveolar Central.

CASO 2º: Recién nacido de término, 3430 g nacido por cesárea, Apgar 8/9, madre de 36 años de edad, sana. Presentó desde su nacimiento respiración superficial seguida de apneas con hipercapnia, por lo que ingresó en ARM. A los 7 días de vida, con diagnóstico de megacolon se realizó colostomía. Anatomía patológica compatible con Enfermedad de Hirschprung.

Presentó varios intentos de extubación, fallidos. Se realizó traqueostomía a los 43 días de vida.

En estudio polisomnográfico con capnografía se evidenciaron hipopneas centrales severamente incrementadas, diagnóstico: Hipoventilación Alveolar Central.

CONCLUSIÓN

La Hipoventilación Alveolar Primaria o "Maldición de Ondina" es una enfermedad rara, cuyo diagnóstico requiere de un alto índice de sospecha. El diagnóstico precoz es importante para evitar las complicaciones secundarias a la hipoxia e hipercapnia severas, que llevarían al coma y a la muerte.

DIABETES NEONATAL TRANSITORIA EN RECIÉN NACIDO PREMATURO CON SDO DOWN

RPD 21

Oliveto G.¹; Razetto L.²; Almosni M.³

CLÍNICA INDEPENDENCIA^{1,2,3}

giseoliveto@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La Diabetes neonatal en menores de 6 meses es un trastorno poco frecuente con una incidencia de 1/400000- 600000 nacidos vivos. Los que se diagnostican en el 1º trimestre de vida se definen como diabetes neonatal permanente o transitoria siendo esta última de etiología desconocida, la forma más aceptada es la inmadurez funcional de las células beta pancreáticas. En los últimos años se evidenció la existencia de un mecanismo de imprinting, postulándose que la diabetes neonatal transitoria es debido a la sobreexpresión de un gen con imprinting localizado en 6q22-23.

La diabetes neonatal transitoria en general resuelve en 12 semanas sin tratamiento posterior pudiendo recidivar en un 50%.

OBJETIVO

Describir un caso de diabetes neonatal transitoria en un recién nacido prematuro y de bajo peso.

HISTORIA CLÍNICA

Presentamos el caso clínico de un lactante sexo femenino, (34 sem/1405 gr) con RCIU, fenotipo Sdo. Down, hijo de madre añosa, ingresa a Ucin desde su nacimiento, por prematuridad, control metabólico y recuperación nutricional. Inicia

aporte enteral el 1º ddv completando el mismo al 6º ddv con buena tolerancia. A los 13 días de vida en un control del prematuro, sin presentar clínica de debut, se detecta hiperglucemia 500 mg% con glucosuria sostenida, inicia tratamiento con insulina corriente por goteo continuo quedando luego con insulina NPH.

Se solicitó Hb glicosilada A1c, fructosamina, péptidos C, Ac anti Gad: normal y ac anti tirosina fosfatasa: 15.5 U/ml (Vn: <1). Se realizó screening para enfermedad celiaca y tiroiditis normal. Se confirma diagnóstico de trisomía 21 con cariotipo 47; XX.

Al egreso con glucosuria y cetonuria negativas sin requerimiento de insulina, continúa en seguimiento ambulatorio.

CONCLUSIÓN

Se destaca en nuestro caso clínico el diagnóstico de diabetes neonatal transitoria en un recién nacido prematuro, RCIU, Sdo. Down, sin clínica de debut y cuyo diagnóstico se evidenció por hallazgo en un laboratorio de control. La frecuencia de asociación entre DMNP después de DMNT es desconocida por lo cual estos pacientes requieren control periódico para su diagnóstico precoz y eventual tratamiento antes del inicio de síntomas.

QUISTE INTERLABIAL DE RESOLUCION ESPONTANEA. DIAGNÓSTICO INFRECUENTE. UN HALLAZGO DE ENFERMERÍA. CASO CLÍNICO

RPD 23

Saavedra V.¹; Aguilar A.²; Soria E.³; Zambrano M.⁴

HOSPITAL PRIVADO TRES CERRITOS Y UNIVERSIDAD NACIONAL DE SALTA¹;
HOSPITAL PRIVADO TRES CERRITOS^{2,3,4}
saavedravh@hotmail.com.ar

INTRODUCCIÓN

Las tumoraciones interlabiales en las recién nacidas son lesiones infrecuentes de gran interés.

Los quistes interlabiales neonatales más frecuentes son los himeneales y los glandulares parauretrales. Se presenta un caso de una niña nacida con un quiste parauretral.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Neonata de 37 semanas con un peso al nacer de 2520 grs., nacida por cesárea, primera hija de padres sanos, con controles prenatales normales. Nace en una institución hospitalaria privada de la ciudad de Salta.

En la primera valoración por la neonatóloga, la neonata no presentaba ninguna dificultad o anomalía aparente. Luego de 12 horas de nacida, en un control de enfermería se observa la presencia de una masa amarilla de forma ovoide de color amarillo de 1.5 x 2 cm. Blanda al tacto que protruye la vagina.

Es ingresada al servicio de neonatología para observación y hacer un diagnóstico diferencial, se consulta al servicio de cirugía, el mismo indica colocar una sonda vesical para controlar permeabilidad de vía urinaria. Se realizaron estudios complementarios RX, ecografía abdominal normales.

Al examen genital se observó que la masa estaba adherida al borde del meato urinario con proximidad al himen, sin provocar molestias, con diuresis normal. Al

segundo día se resolvió espontáneamente sin tener intervención alguna, quedando como resultado un pequeño saco vacío de unos 0,5 x 0,3 cm.

De acuerdo a la ubicación del quiste, se considero que se trataba de un quiste parauretral, debido a que no se encontraba fijado en el himen.

DISCUSIÓN

Las tumoraciones interlabiales se detectan generalmente en el examen médico luego del nacimiento o por los familiares, en nuestro caso se detectó por enfermería a posterior del nacimiento.

La incidencia exacta de los quistes parauretrales es desconocida, algunos autores señalan un caso por cada 2.074 recién nacidos.

Su etiología es incierta. La mayoría son de carácter benigno y frecuentemente causan compresión uretral, tal situación en nuestro caso fue comprobada, mediante sondeo.

El tratamiento en nuestro caso fue de resolución espontánea al segundo día.

CONCLUSIÓN

Los quistes parauretrales son tumoraciones poco frecuentes, por lo cual, se requiere de una exploración bien detallada de los genitales en los recién nacidos. El diagnóstico debe realizarse de manera diferencial con otras masa interlabial.

PROPUESTA PARA REDUCIR LA MORBIMORTALIDAD NEONATAL

RPD 26

Bulstein D.¹; Carvajal R.²; Rodríguez R.³

HOSPITAL VELEZ SANSFIELD^{1,2,3}
djbulstein@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La morbilidad neonatal reductible es un problema complejo que obedece a múltiples causas y requiere de un proyecto abarcativo que excede las acciones asistenciales del sistema de salud. Sin embargo, desde este nivel se propone una acción coordinada para incidir sobre ella.

OBJETIVOS

Aportar a su disminución desde un abordaje de atención primaria de la salud.

POBLACIÓN

Recién nacidos de término sanos asistidos en el Consultorio Externo de Neonatología de un Hospital General de la CABA.

MATERIAL Y METODOS

Se inició un Programa de Pesquisa de Enfermedades Prevalentes que requieren internación en recién nacidos de término sanos. Se realizó un control ambulatorio intensivo desde las 24 a 72 horas de su egreso de la Maternidad, hasta los 28 días de vida inclusive, con un mínimo de 4 consultas entre los 3 y 28 días de edad, evaluándose en las consultas la evolución del crecimiento, efectividad de la lactancia, presencia de signos de morbilidad. Se indicaron las interconsultas y procedimientos diagnósticos necesarios, reiterándose en cada consulta las pautas de alarma generales y específicas.

Se realizó un estudio observacional prospectivo de los pacientes que concurren a la consulta ambulatoria entre el 2-5-10 y el 31-3-13.

Criterios de inclusión: recién nacido sano al egreso de la Maternidad, EG mayor de 36 semanas y 3 a 28 días de edad cronológica.

Criterios de exclusión: Pacientes que al egreso hospitalario presentaran algún indicador para el seguimiento en el Consultorio de Recién nacido de alto riesgo.

Se analizó en los pacientes que requirieron internación los siguientes datos: edad, sexo, diagnóstico de readmisión, motivo de consulta.

RESULTADOS

Nº de pacientes asistidos: 7536. Readmitidos 105 (13,9%)

Datos de los readmitidos:

Motivo de internación: Infecciones 45 (42,9%); Hiperbilirrubinemia 42 (40%);

Fallo de medro 8 (7,6%); Otros diagnósticos 10 (9,5%)

Motivo de consulta: Citación 74 (70,5%); Síntomas de enfermedad 31 (29,5%)

Sexo: Masculino/femenino 1.97/1

Edad: Rango 3 a 28 días; Mediana 11 días; Media 12,7 días

Por patología:

Infecciones: Rango 8 a 28 días; Mediana 17 días; Media 18.6 días

Hiperbilirrubinemia Rango 3 a 10 días; Mediana 6 días; Media 5.6 días.

CONCLUSIONES

Las causas más frecuentes de internación fueron la infección y la hiperbilirrubinemia, seguidas del fallo de medro. El período de mayor incidencia de readmisiones se ubica: Para la hiperbilirrubinemia, en la primera semana de vida, y para las infecciones en la 3º semana.

La incidencia de reinternación en los RN de sexo masculino duplican a los de sexo femenino. El principal origen de la realización de la consulta de los pacientes reinternados fue la citación, dentro del Programa de Pesquisa de enfermedades prevalentes, ocupando la sintomatología del paciente un rol secundario.

DISCUSION

La signosintomatología de la mayoría de los RN que requirieron internación no fue asumida por la familia como motivo de consulta médica. Esto abre expectativas sobre la posibilidad de incidir en la reductibilidad de la morbilidad neonatal en caso de adoptarse en forma generalizada y sistemática en la Atención Primaria de la Salud, un Proyecto dirigido a ese fin.

CAPACITACIÓN DESDE MATERNIDAD F.HERRERA LA BANDA, SGO. DEL ESTERO A UNIDADES PRIMARIAS DE ATENCIÓN, SOBRE EMBARAZADAS, PUÉRPERAS DE RIESGO Y RECIÉN NACIDOS PREMATUROS Y DE ALTO RIESGO COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD MATERNO-NEONATAL

RPD 27

Coronel M.¹; Adamo E.²; Gomes M.³; Gonzales S.⁴; Gonzales F.⁵
MATERNIDAD FAUSTINO HERRERA LA BANDA^{1,2,3,4,5}
mcmcoronel568@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La capacitación (C) está dirigida a Unidades Primarias de Atención (UPAS), ya que la atención primaria de salud es el primer eslabón dentro del control perinatal y la importancia radica en la captación precoz (CP) y derivación oportuna (DO) de embarazadas (E) y puérperas de riesgo (PR) y de recién nacidos prematuros (RNP) y de alto riesgo (AR). La Maternidad Faustino Herrera de La Banda (MFHLB), corresponde al Área Sanitaria N° 2, con 8 UPAS en radio de cobertura. La mortalidad materna y neonatal dependen sobre todo de un adecuado control prenatal en las mujeres y en RN prematuro y de mayor riesgo.

OBJETIVOS

Lograr la disminución de la morbimortalidad materna (MBM) a través de la capacitación en CP y DO de E y PR en el área de cobertura de UPAS. Lograr la disminución de la Morbimortalidad neonatal y postneonatal a través de la capacitación en terreno y continua en RNP y AR a los efectores de salud de dichos servicios.

POBLACIÓN

Personal interdisciplinario de salud de UPAS: 240 efectores.

MATERIAL Y MÉTODOS

La capacitación se realizó a través de clases, talleres, folletos, dossier, encuestas. Entrega de consignas. Evaluación con múltiple choice. Entrega de certificados. Período abril-diciembre 2012. Lugar: sede de cada UPA.

RESULTADOS

Se capacitaron a 80 efectores de salud (33,3%), 30 agentes sanitarios, 7 médicos, 8 obstétricas, 10 enfermeras, personal administrativo 10, personal de maestranza 7, supervisores 8. Se realizaron en total 105 clases, 2 semanales (4 meses), 2 Talleres por mes destinados a efectores y familias. Las evaluaciones durante la C fue de 80 (100%). El número de referencias de E, PAR y RNP y AR aumentó en un 50%. Se reforzó la CP y temprana en ambos grupos. Mejoró el seguimiento desde los consultorios de AR Obstétrico y Neonatal de MFHLB y UPAS en un 30%. Del total de UPAS capacitadas en la fase 1 contrarreferenciaron el 100%. La MM se redujo en un 50% y la MN precoz en un 10%.

CONCLUSIONES

Se reforzó conceptos de E AR y PR, y RNP y AR en el personal de las UPAS. Mejor articulación de referencia y contrarreferencia de E y puérperas y RN AR y prematuros (85%). La captación temprana de E y PR y la de RNP y AR mejoró en un 75%. La deserción tanto de las PR como la de los RNP y AR disminuyó (70%), el 30% se continúa controlando en las UPAS. Establecimiento de la red perinatal articulada en los distintos niveles de atención. En una primera fase se logró la C del 33,3% de los agentes de salud de las UPAS.

MENINGOCOCCEMIA NEONATAL. CASE REPORT

Bulstein D.¹; Rivas C.²; Manganello S.³
HOSPITAL VELEZ SARFIELD^{1,2,3}
djbulstein@gmail.com

P 30

INTRODUCCION

Neisseria meningitidis es un infrecuente agente etiológico de sepsis neonatal, debido al pasaje transplacentario de anticuerpos.

OBJETIVO

Comunicar un caso de sepsis neonatal sin meningitis, causada por Neisseria meningitidis w135.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

RNTPAEG nacido el 7/2/13 fruto de embarazo sin antecedentes patológicos, con 3 controles, serología negativa, SGB negativo, parto vaginal en cefálica, RAM/LAC, Apgar 9/10, 40 semanas PN 3230 peso de alta 3100 a las 48 h de vida, 0+/-/0+ sin patología perinatal. Alimentado a pecho exclusivo. Realizó el 1° control a los 14 días de vida: peso 3200g e ictericia residual. Se dieron pautas de lactancia y de alarma y se citó a control en 96 horas. Reingresó a los 17 días de vida por presentar hipertermia, rechazo del alimento y llanto persistente, de 6 horas de evolución. No se encontró foco epidemiológico causal. Se policultivó y medicó con ampicilina más gentamicina. La hipertermia descendió con medios físicos y farmacológicos, permaneciendo afebril desde las 2 horas posteriores a su ingreso, hasta el alta. Comenzó la curva ascendente de peso a partir del 5° día de internación. La leucopenia inicial se recuperó al 3° día de internación. Ese mismo día presentó una marca de hipoglucemia, la cual no se repitió. Reiniició su alimentación a pecho a las 14 horas posteriores a su ingreso. En 1 de 2 hemocultivos se obtuvo el desa-

rollo de Neisseria meningitidis betalactamasa negativa, sensible a ampicilina y cefalosporinas de 3ª generación, serotipado en el laboratorio de microbiología del Instituto Malbrán como w135. El cultivo del LCR no presentó desarrollo microbiano.

Laboratorio de ingreso:

EAB 7.46/22.8/93.8/16.1/-5.3.

Iono 130/5/110.

Glucemia 131 Dx 91.

Leucocitos 2500 Hto 42% Plaquetas 238000.

LCR: límpido, xantocrómico.

Leucocitos 13/mm³ predominio mononucleares.

Glucorraquia 46.

Proteinorraquia 65 mg.

Laboratorio al 3° día.

Ionograma 133/5/102.

Glucemia 39 mg/dl.

Leucocitos 16800 Hto 34,5% Plaquetas 171000.

Los hemocultivos intratratamiento fueron negativos. Recibió 12 días de ampicilina y 7 de gentamicina, realizándose profilaxis del grupo familiar con rifampicina al egreso y del RN 2 días antes del alta. Peso de alta 3770.

Continúa seguimiento ambulatorio mostrando una buena evolución clínica a los 2 meses de vida, bajo seguimiento audiológico. No se detectaron casos secundarios.

COMO LA LACTANCIA MATERNA UNE SERVICIOS

Santillán S.¹; Muto M.²; Nuñez C.³; Neselis A.⁴; Velasquez B.⁵; Bardas N.⁶; Arreigada E.⁷; Torres C.⁸; Wojeik V.⁹; Alfonso B.¹⁰; Zarza G.¹¹

HOSPITAL MUNICIPAL RAÚL F. LARCADE DE SAN MIGUEL¹²³⁴⁵⁶⁷⁸⁹¹⁰¹¹
 noguestenia@hotmail.com.ar

P 31

Trabajo interdisciplinario en los distintos niveles de atención.

OBJETIVOS

- Promoción, prevención, tratamiento y seguimiento del recién nacido y la madre.
- Tomar contacto con la madre desde el embarazo en el Centro de Salud, y en el Curso de Preparación Integral para la Maternidad.
- Atención en Servicio de Neonatología (UCIN, Lactario y Autocuidado).
- Atención e información con la madre en el Lactario.
- Información y seguimientos en Internación Conjunta.
- Seguimiento luego del alta, en Consultorio de Neonatología.
- Atención y seguimiento en Estimulación Temprana y Neurodesarrollo.

POBLACIÓN

Mujeres embarazadas, padres, acompañantes y recién nacido.

MÉTODOS

Desde la experiencia diaria con la Lactancia Materna y sus beneficios, en la

puericultura, surge la necesidad de trabajar en forma interdisciplinaria con todo el equipo de profesionales (ginecólogas, obstétricas, obstetras, neonatólogos, pediatras, kinesióloga, psicóloga, enfermeras).

Recuperar y aprender así de las experiencias acumuladas. Fundiéndonos en la verificación, información, estudio y seguimiento en las dificultades con la Lactancia Materna y la relación vincular entre padres y el recién nacido ingresado tanto a la UCIN, Internación Conjunta como en el alta y seguimiento. Identificando las fuentes de resistencia y trabajando juntos para superarlas.

CONCLUSIONES

- Una experiencia positiva en una comunicación fluida del equipo de trabajo.
- Multiplicadora.
- Logrando así una mejor atención a la diada y una madre contenida, con predisposición para la alimentación/ encuentro con su bebé.
- Brindándoles herramientas para el contacto y vínculo en UCIN, reduciendo los niveles de ansiedad.
- Acompañando una vuelta a casa segura y cuidada.

NACIMIENTO POR CESÁREA AL TÉRMINO: MORBILIDAD NEONATAL

Cardetti M.¹; Brezigar A.²; Verges E.³

CLÍNICA Y MATERNIDAD CERHU¹²³
 mcardetti@hotmail.com

PS 32

INTRODUCCIÓN

El aumento incesante del índice de cesáreas en embarazos de término en pacientes de bajo riesgo ha producido un aumento en la morbilidad de los recién nacidos. Este aumento producido del índice de cesáreas producidas por cambios en el actuar médico, en muchos casos no están médicamente justificadas.

OBJETIVOS

Evaluación de los nacimientos por cesáreas en recién nacidos a término en población de bajo riesgo

POBLACIÓN

Se incluyeron todos los nacimientos desde el 1 de enero al 31 de diciembre 2012 en la población de bajo riesgo de la Clínica CERHU y se evaluó la morbilidad neonatal

MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño fue de cohorte retrospectivo. Los datos de tomaron de la base de datos Epi Info. Se calcularon las frecuencias relativas y absolutas.

RESULTADOS

Durante el 2012 se produjeron 1029 nacimientos, el 86,7% fueron nacimientos de término (892). Nacieron por cesárea 67,5% y por vía vaginal 32,5%. La edad gestacional de nacimiento fue: 19,5% 37 semanas, 29% 38 semanas, 30,5% 39 semanas, 20,4% 40 semanas y 0,6% 41 semanas. Hay que recalcar que el 84% de los nacimientos de 37 semanas nacieron por cesárea y en un 90% fueron cesáreas

programadas. Se internaron en Neonatología 112 pacientes y la morbilidad neonatal fue la siguiente:

Morbilidad Neonatal	Vía Cesárea	Vía Vaginal	Riesgo Relativo
Internación Neo	13,1%	8%	1,64 (0,82-3,29)
Apgar menor de 7	4,8%	0%	2,04 (0,27-15,53)
Hiperbilirrubinemia	29,5%	45,5%	0,97 (0,53-1,77)
Taquipnea Transitoria	50%	13,6%	3,42 (1,18-9,96)
Oxígeno	58%	13,6%	4,16 (1,43-12,08)
ARM	2,3%	0%	1,92 (0,25-14,57)
Cpap	3,4%	0%	2,16 (0,29-16,18)

CONCLUSIONES

Si bien el riesgo relativo no fue significativo la internación en neonatología es 1.64 veces superior en nacimientos por vía cesárea vs parto vaginal. Apgar menor de 7, Asistencia Respiratoria Mecánica y utilización de Cpap fueron más frecuentes en nacimientos por vía cesárea con un incremento significativo en Taquipnea transitoria y uso de oxígeno, lo que incrementa la morbilidad neonatal con agregados de separación vínculo madre-hijo, días de internación y costos en salud en pacientes de bajo riesgo.

VALOR PREDICTIVO DE PROTEINA C REACTIVA (PCR) Y RECUENTO PLAQUETARIO (RP) EN INFECCIÓN NEONATAL

RPD 33

Scarel V.¹; Siccardi M.²

HOSPITAL ITALIANO DE MENDOZA^{1,2}
vnoemiscarel@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La infección neonatal es muy frecuente. Importante realizar diagnóstico temprano para disminuir morbilidad.

OBJETIVOS

Determinar especificidad (E) y sensibilidad (S) de PCR y Recuento Plaquetario en pacientes con infección neonatal comprobada.

Población: 1145 pacientes internados, período enero 2008-diciembre 2011 con cultivos bacterianos y virales positivos y/o plaquetopenia ($RP \leq 150000$) y PCR aumentada ($> 6 \text{ mg/l}$).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional de historias clínicas.

RESULTADOS

En todo el período el 16,15% (n= 185) de los pacientes presentó cultivos positivos.

Incidencia de cultivos positivos por año:

2008 N= 88 (18,84%)
2009 N= 54 (19,58%)
2010 N= 24 (12,34%)
2011 N= 19 (9%)

Con respecto a los pacientes con cultivos positivos

HC	36	19,45%	HC+RC	10	5,4%
UC	56	30,27%	HC+UC	17	9,18%
LCR	2	1,08%	HC+COPRO	2	1,08%
RC	2	1,08%	HC+TET	1	0,54%
COPRO	2	1,08%	HC+LCR	3	1,62%
TET	7	3,78%	VSNF	44	23,78%
			HC+VSNF	4	2,16%

Con respecto a los resultados de PCR:

Prueba	Cultivos positivos 185	Cultivos negativos 960
PCR >6 mg/l	91	170
PCR <6 mg/l	94	870

Con respecto al recuento de plaquetas:

Prueba	Cultivos positivos 97	Cultivos negativos 678
PLAQ < 150000	24	26
PLAQ > 150000	73	652

Respecto a los pacientes con cultivos negativos y con plaquetas disminuidas las patologías fueron:

- Dificultad respiratoria: 31%
- Prematuridad: 19%
- Ictericia: 19%
- Síndromes genéticos: 12%

Pacientes con cultivos negativos y PCR aumentadas presentaron:

- Dificultad respiratoria: 33%
- Prematuridad: 14%
- Fiebre: 13%
- Ictericia: 11%
- Hipoxia: 6%
- Deshidratación: 6%
- ALTE: 3%
- Parto domiciliario: 2,5%

CONCLUSIÓN

- La incidencia de sepsis en nuestro servicio ha disminuido en un 46% en los últimos 2 años.
- La PCR es más sensible que plaquetas en pacientes con sepsis con cultivos positivos.
- La especificidad de ambas es similar y alta.
- Las plaquetas no se ven alteradas en los cuadros virales si la PCR pero en valores bajos menores a 20mg/dl.
- La mayoría de los falsos positivos tienen en común la dificultad respiratoria transitoria, prematuridad tardía, hiperbilirrubinemia y fiebre. Un menor porcentaje se asocia a Agpar bajo al nacer y deshidratación.

¿ES POSIBLE MINIMIZAR LAS EXTRACCIONES DE SANGRE EN NEONATOS CRÍTICOS?

RPD 34

Der Parsehian S.¹; Tovo A.²

HIMIRAMON SARDA^{1,2}
sderparsehian@yahoo.com

INTRODUCCIÓN

La extracción de sangre en neonatos hospitalizados es un evento frecuente en el HMIR Sarda. El laboratorio debe aportar las herramientas necesarias para disminuir el volumen de sangre que se utiliza. Si bien el empleo de micrométodos contribuye a ello, el beneficio de su uso en los prematuros de bajo peso no tiene en cuenta la cantidad de veces que se le extrae sangre.

Objetivo general: Minimizar la cantidad de sangre extraída al neonato en nuestra institución.

Objetivos específicos: 1- Evaluar la concordancia entre las mediciones de hemoglobina (Hb) por el equipo multiparamétrico del Laboratorio de Urgencias y las realizadas con el contador hematológico del Laboratorio Central empleando EDTA como anticoagulante. 2- Evaluar concordancia del recuento de glóbulos blancos, de plaquetas y concentración de hemoglobina en muestras contenientes EDTA y Heparinato de Litio.

POBLACIÓN

93 muestras de sangre de recién nacidos en el Hospital Materno Infantil Ramón Sarda enviados al Laboratorio para determinaciones de rutina.

MATERIALES Y MÉTODOS

1- Se utilizaron 63 muestras de sangre entera con EDTA. Se procesaron por el contador hematológico CD Ruby (Abbott) y por el Autoanalizador Multiparamétrico para Gases en Sangre y Medio interno (Cobas 221 de Roche). 2- Para recuento plaquetario, de glóbulos blancos y concentración de HB se usaron 30 muestras de sangre entera obtenidas con EDTA y HepLi. Fueron remitidos al Laboratorio dentro de los 30 min postextracción.

RESULTADOS

1. Mediante el análisis de la regresión lineal de la Hb: la ecuación de la recta y: $0,9903x + 0,2213$ y $R^2 0,9991$. ES: $0,069061C 95\% 0,0832 - 0,3594$. El intervalo de medida de la Hb fue de 5,56 a 20,8 mg/dl. con un coeficiente de correlación de r: 0,999. De acuerdo con Bland y Altman la diferencia de medias entre los equipos comparados fue de: $0,0995$, $DS \pm 0,193$.

2. En el caso de Rto de blancos y = $0,9505x + 0,2131$ $R^2 0,9795$. Hb: $0,9733x + 0,4059$ $R^2 0,9936$. Rto de plaquetas se descartaron 20 muestras por fallas en el preanalítico.

CONCLUSIONES

Los datos obtenidos en 1) Demuestran muy buena concordancia entre los equipos con lo que podemos aceptar que los métodos se pueden utilizar indistintamente. Los datos obtenidos en 2) Presentan una correlación significativa a excepción de las plaquetas cuya valoración se sigue estudiando.

DISCUSIÓN

Si consideramos los volúmenes de muestra requeridos por cada equipo, con un mínimo de 500 microl se puede obtener el perfil completo de medio interno, bilirrubina y un hemograma básico. La comparación es útil para que el médico pueda utilizar los datos sin extraer un volumen de sangre mayor. Esto es de especial interés en nuestra maternidad cuya población internada está integrada mayoritariamente por recién nacidos prematuros en los que la homeostasis se ve afectada con cada extracción.

PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO DE FAMILIAS DE BEBES DE ALTO RIESGO NEONATAL

RPD 35

Seminario Gomez B.¹; Quevedo M.²; Rojas N.³; Lemo P.⁴; Alegre P.⁵; Barrientos M.⁶; Bogao M.⁷; Aracama G.⁸

HOSPITAL D C MASVERNAT CONCORDIA¹²³⁴⁵⁶⁷⁸
blas_hdcm@yahoo.com.ar

OBJETIVOS

1. Brindar contención y capacitación a padres y familiares de bebés de alto Riesgo, internados en Neonatología, desde el ingreso al Servicio. 2. Identificar factores de riesgo social, verificar adhesión al programa.

INTRODUCCIÓN

Se considera de alto riesgo al RNPT < de 32 semanas y/o 1500g, siendo la condición de riesgo prenatal: a. conocida (menos común); b. desconocida, siendo la prematuridad y otras condiciones mórbidas al nacer de impacto emocional. La contención y acompañamiento desde el ingreso permitiría fortalecer los vínculos de la pareja y la familia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Trabajo prospectivo. Registro en planillas destinadas a tal fin e H.Clinica. Intervención s/EG:

1. 32 sem.: contención, fortalecer vínculos, fomentar extracción de leche.
2. 32- 34 sem.: madre canguro, lactancia, alimentación por SOG, uso de chupete, detección de apneas, monitoreo, estudios, prevención de ROP.

3. >34: L.materna, L.de fórmula, prevención de M. súbita, curso RCPp/padres, micronutrientes, vacunas, prevención de IRAB.

Modalidad: entrevistas individuales, talleres grupales. Periodo: octubre 2008 a diciembre de 2012

RESULTADOS

1. Talleres: 70% de asistencia (8 pers/día)
2. Individual: 95%

CONCLUSIONES

La adhesión al programa de acompañamiento es adecuada, tanto grupal como individualmente. El equipo en su totalidad contribuye a favorecer el intercambio con los padres para reconocer su problemática e intervenir precozmente a las familias, cuyos bebés se asisten en el servicio. La intervención precoz sobre familias de bebés internados en neonatología permite: identificar situaciones de riesgo, favorecer vínculos familiares, prevención de daño postneonatal inmediato y alejado, favorecer la relación médico-paciente.

ALGORITMO DE ATENCION DEL BEBE PREMATURO CON BRONQUIOLITIS

P 36

Seminario Gomez B.¹; Lemo P.²; Aracama G.³; Alegre P.⁴; Bogao M.⁵; Barrientos M.⁶

HOSPITAL D C MASVERNAT CONCORDIA¹²³⁴⁵⁶
blas_hdcm@yahoo.com.ar

OBJETIVO

1. Normatizar la atención de los RNPT con bronquiolitis.
2. Disminuir la morbimortalidad por bronquiolitis en prematuros.

INTRODUCCIÓN

Hemos observado a través del tiempo (10 años de seguimiento), que las escalas de TAL, no son útiles en prematuros. Un bebé con TAL leve podría terminar internado en el transcurso del día en el que fue evaluado. Por lo tanto desde Enero de 2012 implementamos un nuevo protocolo de atención de la IRAB, bronquiolitis según la edad gestacional al nacer y factores de riesgo.

MATERIAL Y MÉTODO

Trabajo prospectivo, desde Enero de 2012

POBLACIÓN

RNPT con diagnóstico de Bronquiolitis. Planillas de registro con los siguientes datos: Apellido y Nombre, FN, EG, PN, procedencia, familiares fumadores, edad materna.

Algoritmo: <de 32 semanas: con cianosis o saturación < 92 o apneas o rechazo alimentario o madre adolescente o fumadores o síndrome coqueluchoide, se interna. En caso contrario se observa a las 24 hs y posteriormente según evolución. 33 a 36 semanas: TAL leve sin factores de riesgo se observa evolución, con los factores de riesgo anteriores se interna. TAL moderado, se interna aun sin factores de riesgo.

CONCLUSIONES

Si bien la cantidad de casos evaluados a la fecha no permite obtener conclusiones definitivas si se observa que se interna a los bebés en mejores condiciones que si se internan cuando presentan TAL grave como los bebés no prematuros. Además están internados menos días y presentan una mejor evolución clínica.

PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA PRECOZ

P 37

Seminario Gomez B.¹; Rojas N.²; Casatti A.³; Moreno M.⁴; Bertolotti A.⁵; Alegre P.⁶;
Aracama G.⁷; Lemo P.⁸

HOSPITAL D C MASVERNAT CONCORDIA^{1,2,3,4,6,7,8}; CENTRO MATERNAL⁵
blas_hdc@gmail.com.ar

OBJETIVO

1. Realizar estimulación temprana precoz desde el Servicio de Neonatología en RNPT < 32 semanas.
2. Verificar evolución y detectar problemática post alta.

INTRODUCCIÓN

Habitualmente en nuestro medio, se indicaba estimulación una vez detectado algún trastorno madurativo. En el caso de los bebés de alto riesgo < de 32 semanas decidimos indicar estimulación en forma precoz, desde los sectores de intermedia y cuando cumplieran como mínimo 34 semanas o antes según se considere necesario.

MATERIAL Y MÉTODO

Trabajo prospectivo, desde Enero de 2011 hasta la fecha.

Planillas de registro, que incluyen: Apellido y Nombre, Nº de Historia, EG, FN, Fecha de indicación, diagnósticos neonatales.

Evaluación al alta: evaluación por áreas: Tono activo y pasivo, reflejos OT, CM, Arcaicos. Pares craneales. Evaluación postalta: evaluación neurológica

del neurodesarrollo: 3 meses, 6m, 12m, 15m, 18m, 21m, 24m, 27m, 30m, 36m y luego cada 6 meses hasta el ingreso escolar.

Estimulación: desde la internación con secuencias acorde a la condición. Hasta los 3 años.

Conclusiones de equipo: desde los 12 meses anual hasta el ingreso escolar. Se verifica la necesidad de rehabilitación en centro interdisciplinario.

CONCLUSIONES

El programa de estimulación precoz y evaluación periódica permite la detección de problemas y la intervención oportuna, tanto del área motriz, neurosensorial, como la detección de trastornos emocionales, trastornos del lenguaje, retraso generalizado del desarrollo, etc. Disminuyendo la probabilidad de discapacidad o mejorando la calidad de vida a través de la intervención precoz.

PREMATUREZ: IMPORTANCIA DE ARTICULAR SALUD CON EDUCACIÓN

PS 38

Adamo E.¹; Coronel M.²; Gonzalez S.³; Gómez M.⁴; Gonzalez F.⁵

MATERNIDAD FAUSTINO HERRERA; SAED (ESCUELAS DIOCESANAS OBISPADO SANTIAGO DEL ESTERO)^{1,2,3,4,5}
elsalilianaadamo@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Se define prematuros a los niños nacidos antes de 37 semanas con peso menor de 2500 grs, el cociente intelectual guarda una relación directamente proporcional a la duración del período gestacional e inversamente proporcional a las alteraciones neuroanatómicas. El 25-50% presentarán déficit cognitivo o alteraciones del comportamiento, dificultades académicas: repitencias, problemas de escrituras y lectura se hace necesario por ello realizar una articulación desde el área de salud con educación, que permitan en un futuro inmediato formar redes de seguimiento.

OBJETIVOS GENERALES

Lograr el conocimiento en el área de educación sobre todos los aspectos relacionados con la prematurez que impacten el desarrollo cognitivo del niño. Lograr crear estrategias que ayuden al docente para la permanencia de los niños en el sistema de educación. Desarrollar redes de atención articulada entre salud Maternidad Faustino Herrera (MFH) y educación de los niños prematuros.

POBLACIÓN

Se capacitaron profesores, gabinetistas, maestros, preceptores, etc., de las escuelas (Cristo rey, Santiago apóstol, Santo Tomás de Aquino), escuelas que corresponden al área de cobertura de la Institución de Salud dependientes del Obispado de la ciudad de Santiago del Estero (SAED). Se capacitaron 98 docentes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Exposición y talleres con docente de las escuelas, entrega de material didáctico. Período: 4 meses. Lugar: escuelas de la SAED.

RESULTADOS

Se capacitaron 98 docentes, se establecieron redes entre los distintos efectores de salud, MFH, Unidades Primarias de Atención LB, con escuelas que tratan las problemáticas de falta de desarrollo mental y cognitivo: Escuela Telma Reca, Asociación Santiagueña de Ayuda Integral al discapacitado Mental (ASAIM), Venzamos al Autismo Ya! (VAY) con las escuelas que intervinieron en la capacitación. Participación activa de las distintas escuelas en la semana del prematuro.

CONCLUSIONES

Los niños prematuros pueden ser contenidos dentro del sistema escolar, como factor facilitador y estimulador de aprendizaje, logrando escuelas inclusivas, donde no necesiten un sistema especial escolar y a la vez incrementar su permanencia dentro del mismo. Necesidad de crear redes interdisciplinarias en el área de salud y educación articuladas y en capacitación permanente para lograr una mejor calidad de atención, articulación de MFH con el área de educación del área de cobertura en relación al seguimiento de niños prematuros.

HIPOTIROIDISMO CONGENITO ATIRIOSICO: A PROPOSITO DE UN CASO

RPD 39

Falco C.¹; Oller A.²; Di Vincenzo F.³; Tkalenko N.⁴
SANATORIO DEL SALVADOR^{1,2,3,4}
cf.mariele@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El hipotiroidismo congénito es la situación clínica que se produce como consecuencia de una producción deficiente de hormonas tiroideas. El 85% corresponde a disgenesias tiroideas dentro de las cuales la agenesia tiroidea representa el 5 a 7% de los casos en nuestro medio.

OBJETIVO

Describir un caso de hipotiroidismo congénito atiriosico con manifestaciones atípicas.

PRESENTACIÓN DEL CASO

RNT/AEG de sexo femenino, nacido por parto vaginal con Apgar 9/9, EG 37 semanas que presenta cianosis generalizada en la recepción con buena mecánica ventilatoria, sin soplos a la auscultación, con pulsos femorales débiles, mala perfusión distal y diferencia significativa de TA pre y posductal. Requirió aporte de oxígeno por halo cefálico por 6 días. Ecocardiograma Doppler color normal. El paciente presentó ictericia prolongada e hipoactividad. Se realizó screening metabólico: TSH > 150 mU/ml (VN 3,4 ± 2,16). Se dosaron T3 0,14 ng/ml (VN 192 ± 36), T4 < 1 ng/ml (VN 14,5 ± 3,2), Tg 1,3 ng/ml, TgAb < 20 UI/ml y ATPO < 37 UI/ml. La centellografía tiroidea con Tc 99 no captó tejido tiroideo ortotópico o ectópico. No se observó glándula en la ecografía tiroidea. Se inició tratamiento con levotiroxina vía oral, con mejoría significativa de los síntomas.

DISCUSIÓN

El hipotiroidismo congénito presenta signos clínicos inespecíficos entre los cuales los más comunes son ictericia prolongada, hernia umbilical, constipación, piel seca, letargo, y como signos cardiovasculares están descriptos la bradicardia y la hipotensión. No está descripta la dificultad respiratoria al nacer ni la alteración en la perfusión distal semejando una coartación de aorta como fue la presentación clínica de nuestro paciente. La dificultad respiratoria podría atribuirse a una reabsorción demorada de líquido pulmonar pero la sintomatología cardiovascular distal no podría explicarse ni por sus antecedentes ni por los estudios de imágenes, lo que hace presumir que el déficit de hormonas tiroideas podría haber contribuido a la mala transición al nacimiento. El hipotiroidismo no fue sospechado al nacer, fue un hallazgo de laboratorio al realizar el screening neonatal al quinto día de vida lo que permitió iniciar el tratamiento en forma precoz a los seis días de vida, con una mejoría de los síntomas.

CONCLUSIÓN

El hipotiroidismo congénito podría presentarse con signos y síntomas de dificultad respiratoria al nacer y con colapso vascular distal reflejando una mala transición al nacimiento. Sólo el 5% de los recién nacidos con hipotiroidismo congénito presentarán signos o síntomas en el período neonatal por lo que es imprescindible la realización oportuna del screening metabólico y la sospecha clínica ante la presencia de síntomas para llegar a un diagnóstico rápido que permita un tratamiento efectivo.

PREDICTIBILIDAD DEL NEURODESARROLLO EN UNA POBLACIÓN DE RECIÉN NACIDOS DE ALTO RIESGO DE BARILOCHE, ARGENTINA

PS 40

Herbon F.¹; Garibotti G.²; Moguilevsky J.³

SERVICIO DE NEONATOLOGÍA, HOSPITAL ZONAL DE BARILOCHE¹; CENTRO REGIONAL UNIVERSITARIO BARILOCHE, UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE²; SERVICIO DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES, HOSPITAL ZONAL BARILOCHE³
faherbon@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La sobrevivencia de niños con alto riesgo al nacer: niños de muy bajo peso al nacer entre otros, ha ido aumentando en los países en vías de desarrollo siguiendo la tendencia de los países desarrollados. Los bebés que sobreviven tienen alto riesgo de presentar secuelas en su neurodesarrollo. La identificación precoz de posibles anomalías es muy importante para poder iniciar tempranamente intervenciones apropiadas con el objetivo de intentar minimizar las secuelas. Objetivos. Estudiar el valor de predicción del examen neurológico de Amiel Tisson (AT) y la ecografía cerebral en relación al desarrollo neuromotor y cognitivo de recién nacidos (RN) de alto riesgo.

POBLACIÓN

Recién nacidos con riesgo de daño cerebral internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Zonal Bariloche (UCIN) entre septiembre 2009 y febrero de 2012.

MATERIAL Y MÉTODOS

Participaron 64 RN con edad gestacional ≤ 32 semanas, peso al nacer ≤ 1500 g, ecografía anormal o con signos de disfunción neurológica. El neurodesarrollo se evaluó al año por medio CAT/CLAMS, los predictores estudiados fueron examen de AT a las 40 semanas de edad corregida y ecografía cerebral durante la internación.

RESULTADOS

Edad gestacional media 32,8 semanas (rango: 26 a 43 semanas). Al año 21% presentaba CAT y 18% CLAM sospechoso o de riesgo. La sensibilidad y especificidad del AT fue del 18% y 85% para el CAT y del 22% y 86% para el CLAM respectivamente. Mientras que la sensibilidad y especificidad de la ecografía fueron 73% y 20% para el CAT y 67% y 19% para el CLAM. La asociación de las dos evaluaciones con resultado anormal presentó mayor especificidad para predecir el resultado al año; mientras que la asociación resultante de alguna de las dos anormal, tuvo una sensibilidad más elevada.

CONCLUSIONES

Contar con una prueba con alta especificidad permite tranquilizar a los padres respecto de la evolución de sus niños. Los niños con neurodesarrollo con anomalía moderada o severa o con alguna ecografía anormal necesitan que su desarrollo sea monitoreado y es posible que se beneficien con una intervención precoz. En lugares donde no se dispone de avanzada tecnología, poder contar con predictores del neurodesarrollo de alto riesgo, bajo costo, no invasivos y disponibles es muy importante.

HIPOCALCEMIA NEONATAL: EVALUACION DEL TRATAMIENTO PREVENTIVO (TP) VS. TRATAMIENTO SIMTOMATICO (TS) EN PACIENTES INTERNADOS EN UCIN

PS 41

Siccardi M.¹; Castellani P.²

HOSPITAL ITALIANO DE MENDOZA^{1,2}
asiccardi66@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN

La hipocalcemia es un trastorno metabólico importante y frecuente en el RN, aunque no se conoce exactamente su incidencia real. La fisiopatología es conocida al igual que los factores de riesgo.

Desde enero 2008 hasta diciembre 2010 (grupo A) todos los RN ingresados en UCIN con factores de riesgo (FR) para hipocalcemia (pretérmino, bajo peso, hijo-madre-diabética, apgar bajo, etc.) recibían Gluconato de Calcio al 10% (GluCa) EV como TP. La presencia de complicaciones, escasas por extravasación de GluCa, eran frecuentes. A partir de enero 2011 (grupo B) solamente se indica GluCa ante hipocalcemia confirmada de laboratorio: recién nacido de término (RNT) Ca total <8 mg% y RN de pretérmino (RNPT) <7 mg%), como TS.

OBJETIVOS

- 1- Identificar incidencia y clínica de hipocalcemia.
- 2- Comparar resultados de TP vs. TS.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo, comparativo, caso-control de todos los pacientes internados en UCIN por un periodo enero 2008 a mayo 2012.

Método de laboratorio utilizado: autoanizador de test colorimétrico de punto final, resultados en mg/%.

RESULTADOS

En grupo A (n=936) el 35% (n=328) recibió TP por presentar FR para hipocalcemia. Incidencia de hipocalcemia en grupo A fue 9,4% (n=31), presentación aislada en el 32% y asociada a otros trastornos en 68%. Hipocalcemia sintomática en el 71% (n=22) con síntomas predominantes: respiratorios (77%), trastorno succión (14%) y digestivos (9%). La incidencia de complicaciones (escaras por extravasación del GluCa) fue 2,1% (n=7).

En grupo B (n=285) el 19% (n=55) recibió TS por presentar hipocalcemia comprobada de laboratorio, aislada (56%), asociada a otros trastornos (44%); sintomática (80%) y los síntomas predominantes: respiratorios (64%), digestivos (20,5%) y trastorno succión (11%). Incidencia de complicaciones 1,8% (n=1)

El riesgo relativo (RR) de complicaciones en A es 2,3 veces mayor que B (Odd Ratio 2,1). RR de hipocalcemia sintomática de A vs. B= 0,15 (OR 0,13)

CONCLUSIONES

La incidencia actual de hipocalcemia en la UCIN es del 19%, con leve aumento en los últimos años por cambio de TP a TS. Más de 75% de pacientes presentan síntomas, siendo los respiratorios los predominantes y no hay diferencia significativa por uso de TS (RR 0,15, OR 0,13). El RR de complicaciones es 2,3 veces mayor con TP, OR 2,1, por lo que nos inclinamos a continuar con el uso de TS.

MORBILIDAD DE HIJOS DE MADRES CON HIPERTENSION ARTERIAL (HMHTA)

RPD 42

Barraza Flores C.¹; Rey M.²; Siccardi A.³

HOSPITAL ITALIANO DE MENDOZA^{1,2,3}
caritobar82@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN

Fenopatía por preclampsia-eclampsia es conjunto de alteraciones en recién nacidos (RN) de mujeres hipertensas, asociadas a alteraciones del crecimiento intrauterino y homeostasis en vida fetal y neonatal. Frecuencia de preclampsia-eclampsia varía entre 5-9%, sin embargo hay escasa información sobre morbilidad de los HMHTA.

OBJETIVO

Caracterizar morbilidad en HMHTA.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal en período enero 2009-diciembre 2011, de historias clínicas de todos los recién nacidos (RN) HMHTA internados en Neonatología.

RESULTADOS

De 2074 embarazos la incidencia de HTA fue 8% (n=166), con 96% de parto cesárea. El 30% de HMHTA (n=50) requirió internación. Rango edad gestacional (EG): 26-41 semanas, mediana 35. Promedio de internación: 13,6 días.

El 80% prematuros, comorbilidad asociada en 86%: 32% dificultad respiratoria,

32% sepsis, 20% trastornos metabólicos, 17% enfermedad de membrana hialina (EMH), 12% RCIU, 8% ictericia, 8% poliglobulia.

En los RN de término: 40% poliglobulia, 20% RCIU, 20% infecciones, 20% Enfermedad Hemorrágica Primaria, 10% ictericia, 10% Apgar bajo.

CONCLUSIONES

La HTA continúa influyendo negativamente provocando aumento de cesárea y morbilidad neonatal. Tercera parte de los HMHTA requieren internación principalmente por prematuridad que se asocia a dificultad respiratoria, sepsis y trastornos metabólicos. Llama la atención la incidencia de EMH a pesar del sufrimiento fetal crónico. Los RN término presentan poliglobulia y bajo peso, acorde a la hipoxia fetal padecida, lo que obligaría a adoptar pautas de manejo específicas.

Bibliografía:

- Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud, Vol. 4(2) Diciembre 2006.
- Revista Mexicana de pediatría Vol. 73, Núm. 2, Mar-Abr. 2006 pp 82-88.
- Guías Nacionales de neonatología de Chile 2005.
- Actualización Médica Periódica Número 75 www.ampmd.com Agosto 2007.

CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UCIN

PO 43

Soria E.¹

HOSPITAL PUBLICO MATERNO INFANTIL SALTA¹
 etelsoria@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La cultura de una organización conforma el modo en que piensan, actúan y afrontan el trabajo sus miembros. Una cultura positiva sobre seguridad del paciente en la UCIN es esencial, para lograr una asistencia libre y exenta de todo riesgo, peligro y error. Que además, favorezca la identificación y comunicación de los errores para poder rediseñar los procesos y así gestionar la seguridad del paciente como objetivo institucional de máxima relevancia.

OBJETIVOS

Describir la percepción del error en la asistencia del paciente. Los aspectos positivos (fortalezas) y negativos (debilidades) de la cultura de la seguridad (CS) que tienen los médicos y enfermeros de la UCIN para aportar conocimientos y establecer prioridades en los procesos de gestión y comunicación del error.

MÉTODO

Estudio descriptivo, Cualitativo-Cuantitativo. Se usó un cuestionario con escala de Likert, basado en la encuesta de "percepción de la CS en los servicios de medicina intensiva españoles" de Gutiérrez y col, que analiza seis dimensiones: ambiente laboral, relaciones laborales, organización y dirección del servicio y el hospital, condiciones laborales, clima de seguridad y reconocimiento del nivel de estrés. El cuestionario fue respondido por 22 médicos y 28 enfermeros, que trabajaban en la planta y/o guardia en la UCIN del HPMI de Salta en marzo del 2011.

RESULTADOS

El 70% de los encuestados refiere nunca haber participado en eventos adversos. Los enfermeros identificaron como fortaleza de la CS al "ambiente de trabajo" con el 70% de respuestas y los médicos con el 76% a las "condiciones de trabajo". Ambos grupos coincidieron en que "los pases de sala son minuciosos y exhaustivos en la UCIN" con el 75%. Las debilidades u oportunidades de mejora fueron "la organización y dirección del hospital" 54% y "la carga de trabajo elevada" 86%, tanto médicos como enfermeros.

CONCLUSIONES

La encuesta fue útil para conocer y medir los aspectos positivos y negativos de la CS. La UCIN tiene una falsa seguridad debido a la baja sensibilización ante el error. La cultura reactiva es la que predomina pero la comunicación (pases de sala) es una fortaleza para el cambio hacia una CS proactiva con la consiguiente identificación, análisis de los procesos y notificación de errores. La seguridad es una responsabilidad compartida con los líderes, que deben mejorar la confianza del equipo, comprometiéndose con la investigación y capacitación.

COMPARACIÓN ENTRE EL REANIMADOR CON PIEZA EN T Y LA BOLSA AUTOINFLABLE PARA LA VENTILACIÓN CON MÁSCARA DEL RECIÉN NACIDO EN LA SALA DE PARTOS. ESTUDIO DVD. CONTROLADO, ALEATORIZADO POR CENTROS Y DE DISEÑO CRUZADO

PO 45

Opción a Premio

Szyld E.¹; Aguilar A.²; Musante G.³; Vain N.⁴; Prudent L.⁵; Fabres J.⁶; Carlo W.⁷; Dvd Trial Group⁸

FUNDASAMIN, BUENOS AIRES; HOSPITAL UNVIERSITARIO AUSTRAL, BUENOS AIRES; SANATORIO DE LOS ARCOS, BUENOS AIRES; HOSPITAL MISERICORDIA, CORDOBA; HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SALTA, SALTA; UNIVERSIDAD CATOLICA, SANTIAGO, CHILE¹; FUNDASAMIN, BUENOS AIRES^{2,4,5}; FUNDASAMIN, BUENOS AIRES; HOSPITAL UNVIERSITARIO AUSTRAL, PILAR, BUENOS AIRES³; PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE, DIVISIÓN DE PEDIATRÍA, SANTIAGO, CHILE⁶; UNIVERSITY OF ALABAMA AT BIRMINGHAM, AL, EE.UU.⁷; FUNDASAMIN, BUENOS AIRES⁸
 eszyld@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La utilización del reanimador con pieza en T en las salas de parto está en aumento, pese a no disponer de suficientes estudios aleatorizados de gran tamaño que evalúen la efectividad y seguridad comparándolo con la bolsa autoinflable (BAI).

OBJETIVO

Comparar la efectividad de ambos instrumentos en alcanzar una FC \geq 100 latidos por minuto (lpm) a los 2 minutos en recién nacidos (RN) deprimidos, después de iniciar ventilación a presión positiva (VPP) con máscara luego del nacimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio multicéntrico, aleatorizado por centros, y cruzado en dos periodos. Se realizó en 11 centros (4 en Argentina, 3 en Chile, 2 en EE.UU., 1 en Italia y 1 en Perú). Se incluyeron RN \geq 26 semanas de edad gestacional (EG) con consentimiento informado, que recibieron VPP al nacer. En todos los casos se siguieron las recomendaciones de las guías nacionales de reanimación cardiopulmonar neonatal. La VPP con máscara facial se suministró con: bolsa autoinflable [Grupo BAI] con y sin presión positiva al final de la espiración (PEEP) o con reanimador con pieza en T con PEEP [Grupo pieza en T] en dos periodos asignados al azar y secuenciados para cada centro. Parámetros iniciales: presión inspiratoria máxima (PIM) inicial de 25 cm H₂O, y cuando correspondía por protocolo PEEP de 5 cm H₂O. El resultado primario fue la proporción de RN con FC \geq 100 lpm a los 2 minutos luego del nacimiento. Se ajustaron modelos mixtos de regresión logística y lineal considerando al centro como efecto aleatorio y al tratamiento y peso menor a 1500 g como efectos fijos.

RESULTADOS

Se incluyeron 1032 RN desde Diciembre 2009 hasta Agosto 2012 y se analizaron por intención de tratar 1027. Las características basales fueron comparables entre los grupos, excepto para la distribución de RN <1500 g (17% pieza en T vs. 21% BAI).

Resultados	Pieza en T (n=511) n (%)	BAI (n=516) n (%)	ajustado* valor de p
FC \geq 100 lpm 2 min	479 (93,7)	466 (90,3)	0,080
Mortalidad	11 (2,2)	15 (2,9)	0,810
Intubación en sala de partos	86 (17)	134 (26)	0,002
Drogas / masaje cardiaco	8 (1,6)	17 (3,3)	0,095
Escapes de aire	13 (2,5)	8 (1,6)	0,254
DBP	24 (4,7)	45 (8,7)	0,062

* Por centro y peso al nacer <1500 g.

CONCLUSIONES

El uso del reanimador con pieza en T no mostró superioridad respecto de la BAI en alcanzar una FC \geq 100 lpm a los 2 minutos luego del nacimiento en RN \geq 26 semanas de EG deprimidos al nacer. Sin embargo disminuyó significativamente la necesidad de intubación endotraqueal durante la reanimación.

COMPROMISO DE UN EQUIPO INTERDISCIPLINARIO EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR DE PREMATUROS

RPD 46

Bardas N.¹; Muto, M.²; Nesselis A.³

HOSPITAL DR RAUL LARCADE^{1,2,3}
nbardas@hotmail.com.ar

Los partos prematuros siguen siendo un importante factor de riesgo a nivel de salud pública, no solo en nuestro país sino también a nivel mundial. Debido a los avances en la medicina perinatal ha aumentado la sobrevivencia de muchos de los preterminos de muy bajo peso. Sabemos las consecuencias negativas que puede tener en el desarrollo de un niño la presencia de factores de riesgo biológico y es necesaria de un adecuado seguimiento en forma oportuna y sistemática. Por lo que la intervención precoz y personalizada permite aplicar estrategias para lograr el máximo de potencial de cada uno de estos niños y de su familia, reconociendo prácticas beneficiosas, buscando calidad de atención con un abordaje interdisciplinario individual para cada niño y lograr un mejor pronóstico a largo plazo.

POBLACIÓN

Pacientes prematuros menores de 1500g y menores de 34 semanas.

MÉTODO Y MATERIAL

Se utiliza para evaluar la escala de desarrollo psicomotor (EEDP)
La utilización de la historia clínica basada en el neurodesarrollo

OBJETIVOS

Identificación de factores de riesgo (su consecuencia elevada probabilidad de dañar la salud) y factores protectores (favorecen el desarrollo integral de individuos y/o ayudan a transitar circunstancias adversas)

Fortalecer la capacidad de todos los integrantes de la familia para afrontar y acompañar los sucesivos momentos del neurodesarrollo de los niños prematuros Tener una mirada anticipatoria, ante los riesgos biológicos y social, dando las herramientas adecuadas para lograr cambios favorables.

CONCLUSIONES

El trabajo en equipo amplía la mirada de ese niño en riesgo e incrementa el compromiso de cada uno de sus integrantes
Se unifican criterios para su abordaje y se favorece la adherencia al trabajo de los padres con el equipo de salud.
Esta intervención terapéutica permite influir y modificar el desarrollo evolutivo desde la más temprana edad.
Con este tipo de abordaje multidisciplinario y la intervención desde la UCN con el reconocimiento del equipo de seguimiento desde el primer momento crea mayor compromiso al tratamiento en el consultorio de seguimiento y un buen vínculo con el grupo terapéutico.
Sabiendo de la importancia de tener un consultorio de seguimientos de niños de alto riesgo conlleva a un compromiso hospitalario, de la comunidad y de las autoridades gubernamentales.

HERRAMIENTAS DE DINAMIZACIÓN, SISTEMATIZACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN DE LA RED DE SEGUIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO DEL RIESGO "RED SERENAR"

PS 47

Miravet M.¹; Navarro L.²; Bezzone N.³; Suarez V.⁴

DIRECCION DE MATERNIDAD E INFANCIA^{1,2,3,4}
lic.navarro.leticia@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El Programa Red de Servicios de Seguimiento de Recién Nacidos de Riesgo – Red SERENAR – (Resolución Ministerial N° 0223, año 1998), tiene como objetivo principal la atención integral de los recién nacidos de riesgo en el seguimiento ambulatorio posterior de la hospitalización en los servicios de Neonatología. Se propone construir una Red de Atención Integral entre los servicios de distinto nivel de complejidad, una estrategia de articulación e intercambio entre instituciones y/o personas que deciden asociar voluntaria sus esfuerzos, experiencias y conocimiento para el logro de fines comunes. La Red es el resultado de esa estrategia y a lo largo de sus 15 años se desarrollaron las siguientes herramientas:

- Carné del recién nacido del riesgo.
- Libreta de seguimiento.
- Agenda para padres.
- Videos comunicacionales.
- Software para la construcción de la base de datos provincial.
- Guía impresa de 13 pautas para el seguimiento.

OBJETIVOS

Las herramientas se enfocan a facilitar los objetivos generales de la Red Serenar que son:

- Atención integral de los RNR desde el alta hospitalaria hasta los 6 años, en seguimiento ambulatorio.
- Constituir una Red de Atención Integral entre los servicios de diferente nivel de complejidad en toda la provincia.

- Definir criterios para la atención integral del neonato de riesgo
- Generar conocimientos que permitan ratificar o modificar pautas de atención
- Facilitar la comunicación y participación con los padres, familias y comunidad.

POBLACIÓN

Los recién nacidos de riesgo, sus familias y los equipos que materializan el seguimiento.

MATERIAL Y MÉTODO

Las herramientas surgen del trabajo realizado por expertos en el marco de la Red Serenar, proponen rangos para normatizar acciones, prescribe procedimientos y formulan recursos de comunicación intra e interinstitucionales y comunitarios. Desde el punto de vista metodológico son cuantitativa-cualitativas.

RESULTADOS

- Descentralización del seguimiento
- Articulación intersectorial e interdisciplinaria. Participación familiar /comunitaria
- Incremento del seguimiento al 90% de los RNR de las neonatologías públicas
- Unificación de Criterios de atención ambulatoria, registros y desarrollo de base de datos
- Desarrollo del programa de Detección Temprana Auditiva.

CONCLUSIONES

La Red Serenar tiene identidad propia y sus herramientas han facilitado la descentralización a través de Nodos Regionales en la provincia y el fortalecimiento de los equipos comprometidos con una comunidad participativa y dinamizada.

VALORACION DE CALIDAD DEL SEGUIMIENTO EN EL REGISTRO Y EN EL NEURODESARROLLO EN PREMATUROS MENORES DE 1500 GR.

PS 48

Gorostizu E.¹; Oyarburo N.²; Alayes S.³

HOSPITAL MATERNO INFANTIL "DON VICTORIO TETAMANTI"^{1,2,3}
agoro23@hotmail.com

INTRODUCCION

En el Hospital provincial "Victorio Tetamanti" de Mar del Plata, el consultorio de Neonatología entre 2006-2012 atendió 475 Recién Nacidos Pretérmino (RNPT) peso <1500gr al nacer. El Registro en la Planilla de Seguimiento facilita la medición de Calidad y Eficiencia de la Atención.

OBJETIVOS

Conocer el Registro y la Valoración de la Calidad del Neurodesarrollo (ND) en la Planilla de Seguimiento de los RNPT peso <1500gr al nacer y la Deserción del Programa de Seguimiento.

MATERIALES Y METODOS

Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo simple de una población de 475 RNPT peso <1500gr al nacer entre 2006-2012, se analizaron el Registro de 15 ítems de la Planilla de Seguimiento, la Valoración de Calidad de ND y la Deserción en una muestra de 328 de esa población entre 2006-2010.

RESULTADOS

De la población en estudio mostró el mayor porcentaje 47,36%(225RNPT) en un rango de peso 1250-1500gr. La Valoración del Registro mostró el 53,33% (8 ítems) buen registro, el 26,66% (4) excelente registro y el 20%(3) mal registro. Destacamos de los últimos, el ítem Psicosocial con 59,78%(284 datos registrados). La Valoración de Calidad del ND, se analizó valoración visual, auditiva y ND donde resultado: 92,63%(440) realizó al menos un control visual, 82,70%(390) hizo al menos un control auditivo, ambos durante el seguimiento y 50,73%(241) concurrió a ND. La deserción en 328 RNPT peso <1500gr al nacer entre 2006-2010 arrojó: 28,6%(94) al año de vida, 11,5%(38) a los 2 años, 65,5%(215) al control preescolar y 84,28% a los 6 años.

CONCLUSION

Se observó la necesidad de reafirmar el Registro de datos de varios ítems sobre todo el Psicosocial que revela los factores de riesgo para la adherencia al programa de seguimiento. La valoración de Calidad del ND es directamente proporcional a la deserción= a mayor edad del niño/mayor deserción. Estrategias para disminuir la deserción: correo domiciliario, trabajador social exclusivo de consultorio de seguimiento.

RELACIÓN ENTRE EXTRACCIONES SANGUÍNEAS Y REQUERIMIENTO DE TRANSFUSIÓN DE GLÓBULOS ROJOS DESPLASMATIZADOS (GRD) EN PREMATUROS MENORES DE 1500 GR

RPD 49

Ercoli E.¹; Andrade P.²; Mochen J.³; Peret E.⁴; Naumovich P.⁵; Toncich M.⁶

H.I.G.A SAN ROQUE DE GONNET^{1,2,3,4,5,6}
elianaercoli@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Los neonatos prematuros presentan pérdidas sanguíneas en la toma de muestras para laboratorio; en los establecimientos donde no se cuenta con micrométodos las mismas son del orden de 10 al 30 % de la volemia. Las transfusiones de hemoderivados constituyen riesgos para estos niños, tales como: la exposición a virus, compuestos usados para preservar la sangre, reacciones hemolíticas, retinopatía, enterocolitis necrotizante, entre otras. Los volúmenes requeridos en nuestro hospital para una muestra óptima son: hemocultivo 1ml, hemograma 1ml, química 0,8ml, nomograma 0,4ml, prodyect 0,3ml y coagulograma 1ml. Se calcula que la volemia en los prematuros de bajo peso es de 100 mL/kg.

OBJETIVOS

Evaluar la relación entre los volúmenes de sangre extraída para muestras de laboratorio y la necesidad de transfusión de GRD en prematuros menores de 1500 gramos.

POBLACIÓN

Neonatos prematuros con peso de nacimiento (PN) menor de 1500 gr nacidos y egresados vivos del H.I.G.A San Roque de la ciudad de La Plata desde el 1 de junio de 2012 al 31 de marzo de 2013.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, descriptivo. Las fuentes de información fueron: historias clínicas de donde se rescató las siguientes variables: peso al nacer y número de transfusiones de GRD indicadas; para cuantificar los volúmenes extraídos se utilizó

una planilla prediseñada y el análisis se realizó mediante Microsoft Office Excel®. Se dividió a la población en dos grupos de acuerdo al PN, grupo 1: PN < de 1000 gr y grupo 2: PN entre 1000 y 1499 gr.

RESULTADOS

El grupo 1 (n= 6) incluyó el 46% de la muestra y se observó que la media del volumen extraído fue de 48 ml (rango 29 – 73,5 ml), y la media de transfusiones de GRD fue de 7 (rango 5 - 10). Aquellos en que el volumen extraído fue superior a la media recibieron el mayor número de transfusiones.

El grupo 2 (n= 7) incluyó el 54 % de la muestra y se observó que la media del volumen extraído fue de 28 ml (rango 16,1- 42,7 ml) y la media de transfusiones de GRD fue de 1 (rango 0-3). En aquellos en que el volumen de sangre extraída fue superior a la media, el 50% requirió más de una transfusión.

CONCLUSIONES

En ambos grupos se observó que existe una relación directa entre el volumen de sangre extraída para muestras de laboratorio y el requerimiento posterior de GRD; se observó que el grupo con mayor volumen extraído y número de transfusiones de GRD requeridas fue el de PN < 1000gr.

Comentario final. La no disponibilidad de micrométodo para los análisis de laboratorio en una UCIN obliga a la necesidad de extracción de volúmenes de sangre que deben ser compensados con múltiples transfusiones de GRD especialmente en los prematuros extremos. Es necesaria la concientización del equipo de salud en cuanto a la solicitud racional de muestras de sangre así como la necesidad de la incorporación de técnicas de micrométodo en nuestro servicio.

LA APLICACIÓN DE UNA TÉCNICA DE FIJACIÓN DEL TET EN RN

RPD 50

Cayampi S.¹; Alemán A.²; Gutierrez M.³; Soria E.⁴
HOSPITAL PRIVADO TRES CERRITOS^{1,2,3,4}
sol9975@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La fijación del tubo endotraqueal es un procedimiento muy común en los cuidados de enfermería y de gran importancia para evitar los episodios de hipoxia, por la salida accidental no programada del tubo endotraqueal, situación que también provoca, lesiones en la piel ocasionando dolor y estrés, además de favorecer las infecciones intrahospitalarias en el RN.

OBJETIVOS

Reportar y describir la experiencia de aplicar una nueva técnica de fijación del tubo endotraqueal implementada en el servicio para disminuir las extubaciones accidentales.

POBLACIÓN

Se incluyeron en este estudio los recién nacidos internados en la UCIN del Hospital Privado de Tres Cerritos de Salta, en un periodo de seis meses desde el 1 de julio 2012 hasta el primero de enero 2013. La muestra contó con 13 pacientes que requirieron intubación endotraqueal a los cuales se le realizó la fijación de TET con un nuevo protocolo consensuado entre médicos y enfermeros. La distribución de los RN incluidos correspondió a un 46% de 33-36 semanas de edad gestacional, el 23% de 29-32 semanas de edad gestacional, el 23% de 37-40 semanas de edad gestacional y el 8% de 41-44 semanas de edad gestacional.

METODOLOGÍA

El trabajo es un observacional descriptivo que se llevó a cabo en el Hospital Privado Tres Cerritos de Salta durante seis meses.

Los datos se recogieron de las historias clínicas y de los registros de enfermería y se volcaron en una grilla elaborada con enunciados para marcar con una cruz. Se uso planilla Excel para su análisis.

RESULTADOS

Se identificaron durante el periodo del estudio 13 pacientes con tubo endotraqueal de los cuales el 23% se le realizó cambio de la fijación promedio 3 veces, mientras que al 77% solo se le realizó la fijación de ingreso. El recambio de la fijación estuvo relacionado con indicaciones médicas de extubación. Solo se registró un paciente con extubación accidental que cumplía el protocolo de fijación del TET.

CONCLUSIÓN

Si bien la experiencia es positiva, solo es el comienzo de un estudio analítico prospectivo del cuidado de la fijación del TET.

Las extubaciones accidentales son eventos indeseados, por lo tanto todas las acciones para evitarlas deberían ser evaluadas y comunicadas. El trabajo en equipo es fundamental para asegurar la calidad de atención del paciente.

EXPERIENCIA CON HIPOTERMIA CEREBRAL SELECTIVA EN RECIÉN NACIDOS (RN) CON ENCEFALOPATÍA HIPÓXICA ISQUÉMICA (EHI) EN LA CIUDAD DE CÓRDOBA

PS 51

Ahumada L.¹; Ferreyra M.²; Rognone A.³; Mitrano A.⁴; Sánchez P.⁵; Sanabria F.⁶; Latorre S.⁷; Oga M.⁸; Bolzan M.⁹; Paez L.¹⁰; Gurevich D.¹¹; Frutos L.¹²; Peyrano A.¹³; Fuente M.¹⁴
HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LA MISERICORDIA^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11}; HOSPITAL MATERNO PROVINCIAL^{12,13,14}
luisahumada@gmail.com

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. En nuestro medio, hasta hace muy poco tiempo, el manejo de estos pacientes se restringía a aportar cuidados de soporte general y a tratar las complicaciones. 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 función cerebral y se realizó un Programa de Neuroprotección Cerebral (Neuroprote-Cba) con el hospital Misericordia y Materno Provincial como centros de referencia y derivante, respectivamente. Presentamos nuestros primeros resultados con la aplicación de este tratamiento.

OBJETIVO

Presentar los resultados preliminares de la aplicación de Hipotermia Terapéutica Selectiva en neonatos con EHI en la ciudad de Córdoba.

POBLACIÓN

Recién nacidos de cualquiera de los centros de referencia que cumplieron con los criterios de inclusión (ver Material y Métodos) del Hospital Nuestra Señora de la Misericordia (HNSM) y Hospital Materno Provincial (HMP).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo, realizado en los pacientes ingresados al Programa Neuroprote-Cba en el HNSM, entre enero de 2012 y abril 2013.

Criterios de Inclusión (similar a guías internacionales):

- Recién nacidos \geq 36 semanas de edad gestacional y peso $>$ 1800 gramos de Nacimiento.

- Evidencia de asfíxia.
- Evidencia de EHI moderada o severa por clínica y Electroencefalograma de Amplitud integrada (aEEG).

RESULTADOS:

Se incluyeron 8 pacientes que cumplían los criterios. El 37,5% del HNSM, el 62,5% del HMP. El PN fue de 3365 (\pm 266) (rango 2850 – 3750) y EG promedio de 38,25 sem (36 – 40). El puntaje de Apgar varió de 0-4 (1er min) y 3-7 (5to min). Inicio de respiración espontánea de 8 minutos (entre 5' – 15'). Seis Tuvieron EHI grado II y 2 grado III. El estado ácido-base (EAB) fue de pH = 6,79 (\pm 0.09) y el pH art (1ra hora) = 7,09 (\pm 0.16). El Déficit Base (DB) de cordón = 22 (\pm 3.1) y de la primera hora = 11.8 (\pm 11). El aEEG al ingreso fue normal en 2 RN, 3 presentaron compromiso moderado y 3 severo. Al finalizar la HT: 5 normalizaron su trazado EEG, 3 persistieron con depresión severa. Estos 3 presentaron una evolución desfavorable (2 fallecieron por fallo multiorgánico) y el restante con signos neurológicos significativos al alta. La convulsiones clínicas o por EEG fueron detectadas en 6 (75%) de los 8 RN. El corto seguimiento realizado a los primeros ingresados muestra una evolución favorable en los sobrevivientes, excepto el paciente que presentó EEG con Supresión severa.

CONCLUSIONES

Los resultados preliminares 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. Se requiere ir adquiriendo más experiencia en Hipotermia parcial y en la evaluación de la función cerebral para mejorar la aplicación de esta terapéutica en neonatos con EHI.

HIDROPS NO INMUNOLOGICO

Galvan I.¹; Campero R.²; Pretz M.³; Baron S.⁴; Ortolani V.⁵
HOSPITAL MATERNO INFANTIL "VICTOR TETAMANTI"^{1 2 3 4 5}
inesdra66@hotmail.com

P 52

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el Hidrops Neonatal No inmunológico representa el 90% del total y lo caracteriza su mal pronóstico. La incidencia es de 1/1500-1/4000.

OBJETIVO

Realizar un reporte de caso de HNI, comparar su presentación con lo descrito en la bibliografía y analizar las pautas claras para un mejor pronóstico.

PRESENTACIÓN DE CASO

RNPT EPEG, 29 sem EG, Apgar 2/4 Peso:1890. Femenino, embarazo mal controlado, diagnóstico prenatal inmediato al parto de Hidrops (ecografía con edema pericraneal, ascitis, hidrotórax) Grupo y Factor 0+. Parto vaginal.

Durante la recepción se realiza intubación endotraqueal y drenaje de líquido ascítico de tipo trasudado(50 ml/kg). Al examen físico inicial no presenta dismorfias fenotípicas evidentes.

En UTIN se ingresa en VAFO. Manifiesta Insuficiencia Respiratoria progresiva por lo que se realiza drenaje pleural.

Valoración cardiológica normal. Ecografía Transfontanelar y Abdominal normal, Serologías maternas negativas, Cromosómico normal. Grupo y factor 0(+) Coombs Directa(-), Hematocrito, Calcemia y Glucemia normal. Radiografía de tórax sin alteraciones esqueléticas.

Evidencia desmejoría respiratoria y Neumotórax bilateral refractario a tratamiento, siendo la causa de su deceso a las 36 hs de vida.

Resultado de Necropsia: Secuestro Pulmonar extralobar de Pulmón izquierdo de localización mediastinal. Hipoplasia Pulmonar izquierda.

DISCUSIÓN

El hidrops se define como la presencia anormal de líquido seroso en al menos dos compartimientos fetales. Su clasificación se basa en dos grupos de etiologías: inmune y no inmune. El HNI se define por la ausencia materna de anticuerpos circulantes contra las células rojas sanguíneas.

Dentro de las causas de HNI las más frecuentes son cardiopatías (25-30%), malformaciones o síndromes genéticos (22%), anomalías cromosómicas (16%), infecciones (5%), alteraciones hematológicas (5%), metabopatías (2%) e idiopáticas (22%).

En el caso presentado corresponde al segundo grupo de etiologías más frecuentes: las malformaciones y dentro de ellas las pulmonares.

CONCLUSIÓN

No existen series en la bibliografía suficientemente amplias para poder predecir la historia natural de los HNI en cada caso. Por lo que el diagnóstico prenatal etiológico, abordaje interdisciplinario y estricto control evolutivo mejorarían el pronóstico ante la posibilidad de tratamiento, y se jerarquiza la necesidad de necropsia ante todo fallecimiento por HNI.

GASTROSQUISIS: SEGUIMIENTO INTEDISCIPLINARIO POSTALTA

Giúdice L.¹; Bokser V.²; Maricic M.³; Eiben F.⁴; Franco C.⁵; Gutierrez M.⁶; Ibarra L.⁷; Kotyński M.⁸; Lorenzano A.⁹; Perelli A.¹⁰; Sanchez P.¹¹; Stadelmann A.¹²; Trovato M.¹³; Ferrario C.¹⁴; Califano G.¹⁵; Klenner I.¹⁶; Vázquez M.¹⁷; Mariani I.¹⁸

HOSPITAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18}
feiben@intramed.net

PS 53

INTRODUCCIÓN

En el Hospital Elizalde del Programa de Seguimiento de Recién Nacido de Alto Riesgo (PS) evalúa sistemática y protocolizadamente a los pacientes, en su mayoría quirúrgicos complejos. El 20% de los pacientes nació con Gastosquisis (GQ). En Argentina hay pocos informes acerca del seguimiento clínico-quirúrgico postalta de GQ

OBJETIVO

Describir la evolución en el Seguimiento sistemático protocolizado postalta de pacientes ingresados a PS con GQ al año, 3 años y 6 años

MÉTODO

Trabajo retrospectivo, descriptivo. Análisis de historias clínicas de PS de los pacientes egresados de la UCIN con diagnóstico de GQ entre el 1º/11/03 y 31/03/11. Seguimiento protocolizado incluye: Crecimiento, Neurología- Maduración Psicomotriz (ND), Audición, Visión, Genética, Salud Mental, reintervención quirúrgica (RQ), Fonoestomatología (FE) y Lenguaje (L), Neumonología, Reinternación (RI), y Deserción y fue descripto al año, 3 años y 6 años de vida. Criterio de Inclusión: Pacientes nacidos con GQ que hayan cumplido 1 año de edad al iniciar este estudio. Los datos se cargaron en Base Excel, analizados con Stata 8.0. Nivel de confianza 95%.

RESULTADOS

Ingresaron al PS 32 pacientes GQ; cumplieron criterio de inclusión 31. Deserción: 4/31 pacientes (12%). Crecimiento(peso): al año: 24/27 (88%) percentilo >10, 3 años: 12/13 (92%) percentilo >10; 6 años: 9/10 (90%) percentilo >10. ND anormal: 1 año: 9/25 (36%); 3 años: 6/13 (46%); 6 años: 4/10 (40%), 3 en escolaridad especial; Trastorno Auditivo: 2/30 (6.9%) (1 HNS severa); Trastorno visual: 2/30 (6.9%); Genética: 30/30 cromosómico normal; Salud Mental: 16/16 evaluados con problemas vinculares y familiares; RIQ: 9/30 (30%); 8 por causa estética y 1 por oclusión intestinal en el postoperatorio alejado; FE: 0/6 alteraciones; L: anormal al año: 4/24 (16%), 3 años 5/13 (38%); 6 años 1/3 (33%); Neumonología: 4/24 (16%) en tratamiento por sibilancias recurrentes; Reinternación por causas clínicas: 10/30 pacientes (33%) causa más frecuente IRAB

CONCLUSIONES

El Seguimiento sistemático mostró que los pacientes con gastosquisis presentan tasa de reinternación 33% y secuelas alejadas en cuanto a crecimiento, ND, Audición, Visión, Salud Mental, Quirúrgicas, Respiratorias y Lenguaje. La vigilancia sistemática permite prevenir, detectar y corregir estos problemas en forma oportuna.

BROTE POR *STREPTOCOCCUS AGALACTIAE* EN LA UNIDAD NEONATAL DEL HTAL "JUAN A. FERNANDEZ"-CABA

RPD 54

Serjan M.¹; Lattner J.²; Ramallo C.³; Kaufman S.⁴; Montibello S.⁵; Saa G.⁶; Decena R.⁷; Corzo A.⁸

HTAL JUAN A FERNANDEZ^{1,2,3,4,5,6,7}; INSTITUTO MALBRAN⁸

maserjan6@hotmail.com

INTRODUCCION

Streptococcus Agalactiae (SGB) es el patógeno más importante en el periodo neonatal. La pesquisa universal en las embarazadas logro la reducción de la Sepsis Precoz (SP) a 0.47 % RN vivos; la presentación de Sepsis Tardía (ST) se mantiene en 1.28% RN vivos. La infección nosocomial por SGB es sumamente rara.

OBJETIVO

Mostrar la presentación de un brote nosocomial por SGB.

POBLACION

En el periodo comprendido entre el 7/10/2011 al 17/11/2011 se detectaron 6 recién nacidos con infección por SGB en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCIN). La incidencia de SP en la UCIN es 1.2% y la ST de 0.5-1% RN. Se analizó en las madres: pesquisa universal, profilaxis antibiótica, corioamnionitis, vía del parto y en los RN: EG, PN, inicio de síntomas, forma de presentación, cultivos y evolución. MATERIAL Y METODOS: Las definiciones de caso, SP, ST y colonización se ajustan a normas del CDC. Los gérmenes de los hemocultivos (HMC) detectados por BACTEC, fueron estudiados por técnica de tipificación molecular por electroforesis en gel pulsado (PFGE) en equipo CHEF-DR III, con enzima de restricción APAL en el Instituto Malbrán. La búsqueda de RN colonizados se realizó a partir de hisopados rectales (HR).

RESULTADOS

De las madres: 17% (1) tenía pesquisa para SGB, que fue negativa; 33% presentó corioamnionitis clínica (2), 17% (1) desarrolló SGB y E. Coli en cultivo de placenta. Se realizó cesárea electiva en el 83% de las madres y solo 17% había recibido profilaxis antibiótica para EGB con Ampicilina. El peso promedio de los RN fue de 1299g (810-3850g), la EG: 31s (26-37s). Presentaron ST en promedio a los 18 días (3-25). Los HMC fueron positivos en 6 pacientes sintomáticos y solo 2 sumaron positividad en líquido cefalorraquídeo. El 67% de los HMC fueron estudiados por PFGE identificándose el mismo tipo clonal (A), esto llevó a replantear la fuente de colonización. Fallecieron 2 de los RN afectados (33%) y la incidencia de ST alcanzo 3% RN vivos. La búsqueda de pacientes colonizados a través del HR en 28 RN internados permitió detectar a 2 portadores, persistiendo uno de ellos colonizado a pesar del tratamiento con Rifampicina.

CONCLUSIONES

Los aislamientos genéticamente relacionados de SGB confirmaron el BROTE y su procedencia. Entre las conductas epidemiológicas para el manejo del mismo, se destaca: aislamiento de contacto, agrupación en cohortes y vigilancia epidemiológica, tanto dentro como fuera del área neonatal.

A RAZA DE UN CASO DE CHAGAS CONGÉNITO EN UN PREMATURO EXTREMO

P 55

Tell A.¹; Reich N.²; Carlos C.³; Gonzalez C.⁴

HOSPITAL PABLO SORIA^{1,2,3,4}

analauratell@live.com.ar

INTRODUCCIÓN

El *Trypanosoma Cruzi*, agente etiológico de la Enfermedad de Chagas, puede causar infección aguda o crónica en humanos, dependiendo de cepas parasitarias y características individuales del huésped. La modalidad congénita hoy en día se ha constituido en la vía que genera la mayor cantidad de nuevos casos. En Argentina, por cada caso de Chagas vectorial, hay 10 de Chagas congénito.

El presente trabajo describe la infección por transmisión congénita en un prematuro de extremo bajo peso al nacer, la metodología diagnóstica, presentación clínica, tratamiento y seguimiento posterior, así como la revisión bibliográfica y las recomendaciones empleadas en el programa de control de Chagas.

CASO CLÍNICO

Madre de 35 años multigesta, embarazo actual gemelar biamniótico, con serología positiva para Chagas. Se interna 4 días previos al parto por APP (amenaza de parto prematuro), y diagnóstico de 2º gemelar FM (feto muerto) de causa desconocida. Recién nacidos nacen por parto vaginal, ambos de sexo masculino, 1º gemelar PN (peso de nacimiento) 1105 gr, PC (perímetro cefálico) 26 cm, Talla 37 cm, EG (edad gestacional) 33 semanas, Apgar 07/08. FM 2º gemelar PN 900 gr, PC 23 cm, Talla 35 cm.

RNPT/PEG/MBPN/1º gemelar (recién nacido prematuro, pequeño para la edad gestacional, muy bajo peso al nacer), ingresa a UCIN (unidad de cuidados intensivos neonatales) por Síndrome de dificultad respiratoria y Sospecha de infección por antecedente perinatal. Ingresa a ARM (asistencia respiratoria mecánica), se indica

surfactante con buena evolución clínica y Ampicilina+ Gentamicina con hemocultivo negativo se suspenden a las 72 hs de vida. Se solicitó laboratorio de rutina y microstrout seriado (3 muestras), los cuales fueron positivos. Por peso y edad gestacional se indica tratamiento a los 15 días de vida a la edad postconcepcional de 35 semanas con peso de 985 gr. Previo a la medicación, con Benznidazol 5 mg/kg/día y a los 7 días con 10 mg/kg/día, se realiza punción lumbar siendo patológica con visualización de parásitos. No presenta efectos colaterales hematológicos a la medicación, negativizando microstrout seriado (3) a los 45 días, cumpliendo en total 60 días de tratamiento.

Durante el seguimiento, a los cinco meses, se repite microstrout, encontrándose resultado positivo. Se cita a la madre (residencia en el interior) para completar los controles ya que no asiste a los turnos programados.

CONCLUSIONES

A partir de un caso de Chagas congénito en un prematuro extremo, queremos recalcar la importancia del diagnóstico precoz, tratamiento y seguimiento adecuados, ya que la terapéutica utilizada tiene una buena respuesta serológica. No obstante, la pesquisa de parásitos en leche materna, las dificultades en el seguimiento de pacientes de zonas rurales, y la importancia de estudios prospectivos que permitan excluir o incluir otras causas que puedan alterar el neurodesarrollo son fundamentales para discriminar la influencia de la enfermedad de Chagas en la evolución de pacientes prematuros.

PANHIPOPITUITARISMO CONGÉNITO DE PRESENTACIÓN NEONATAL. DESCRIPCIÓN DE 9 CASOS

RPD 56

Cáceres L.¹; Rodríguez Saa M.²; Rampi M.³; Figueroa V.⁴; Hernandez C.⁵; Brunetto O.⁶

HTAL. PEDRO DE ELIZALDE^{1,2,3,4,5,6}
dani08_lc@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El panhipopituitarismo congénito (PHC) es un síndrome caracterizado por el déficit de dos o más hormonas hipofisarias que puede o no estar asociado a otras anomalías. Tiene una incidencia estimada de 1 en 5300 recién nacidos vivos. En el periodo neonatal y lactancia se puede manifestar con hipoglucemia, convulsiones, hipotonía, cianosis, dificultad en la alimentación, micropene e ictericia prolongada. Mientras que en niños mayores la característica más importante es el retraso en el crecimiento. Dentro de su etiología se incluyen defectos genéticos, malformaciones del SNC, infecciones perinatales y formas idiopáticas. También ha sido asociado a parto distócico. Su tratamiento consiste en el reemplazo hormonal.

OBJETIVO

Describir la forma de presentación y el diagnóstico de 9 pacientes que consultaron a la División de Endocrinología entre 2007 y 2011 con PHC sintomático en periodo neonatal.

DESARROLLO

Se describen nueve casos de PHC con manifestaciones en el periodo neonatal (4M/5V). Todos nacieron de término (excepto uno: 36 sem) con PAEG y apgar vigoroso. En el periodo neonatal 8 de ellos presentaron hipoglucemia, de los cuales

6 tuvieron convulsiones y 4 ictericia; y 1/9 presentó solo ictericia. Únicamente 2 fueron diagnosticados en periodo neonatal, uno de ellos derivado a nuestro servicio por anoftalmia bilateral y otro en el contexto de estudio por síndrome genético. De los 7 pacientes restantes la edad media de diagnóstico fue de 6,9 meses (desde 50ddv a 28 meses), los motivos de derivación al servicio de endocrinología fueron: episodios recientes de hipoglucemia aislada(5), Hipoglucemia e ictericia (1), colestasis prolongada(1), Hipoglucemia y micropene (2) y micropene con criptorquidia bilateral (1). Al diagnóstico todos presentaban déficit de 2 o más hormonas hipofisarias: 8 insuficiencia adrenal secundaria, 8 hipotiroidismo central, 8 déficit de Hormona de Crecimiento y 5 hipogonadismo hipogonadotrófico. En el estudio por imágenes del SNC todos presentaron anomalías estructurales con afectación de la línea media.

CONCLUSIÓN

Debido a que las manifestaciones clínicas del panhipopituitarismo en el periodo neonatal pueden ser confundidas con otras patologías más frecuentes a esa edad, un alto índice de sospecha es requerido para lograr su diagnóstico precoz e iniciar el tratamiento adecuado y así disminuir la morbilidad y evitar secuelas neurológicas.

SIFILIS CONGENITA ENFERMEDAD CENTINELA DE LA CALIDAD DE SALUD PERINATAL

P 57

Martinez M.¹; Mata E.²; Perz E.³; Celotto M.⁴; Rodriguez C.⁵; Cecchini D.⁶

HOSPITAL ARGERICH DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD^{1,2,3,4,5,6}
mgmartinez@intramed.net

Sifilis congénita (SC), enfermedad sexual de transmisión vertical más frecuente en Latinoamérica, en ascenso en población vulnerable de mujeres gestantes. Objetivos para el milenio (OPS): disminuir la SC al 0,5% de los RN.

Se analizan intervenciones de baja complejidad y costo, fácil acceso, para disminuir su incidencia y tomar acciones preventivas oportunas para modificar el indicador.

OBJETIVO

Evaluar características epidemiológicas y factores asociados a sifilis en madres (SM) de hijos con SC en un Hospital Público de CABA (Argentina).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo. Revisión de 100 historias clínicas maternas. Periodo junio 2006/junio 2009.

VARIABLES: edad materna, nacionalidad, procedencia, lugar y semana de inicio del control prenatal (CP), diagnóstico, tratamiento, reinfección, co-infecciones, pareja estudiada.

Software utilizado: Statistix7.0

RESULTADOS

Mediana de edad: 24 años.

Nacionalidades: argentina(55%), paraguaya(40%), otras(5%).

Procedencia: CABA(60%), Provincia de Buenos Aires(40%).

C. Prenatal: Sin 17%; con CP: Htal. Argerich 58%, otra institución 25%

Pacientes con CP (83%): Control adecuado 54% (45/83); menor a 5 consultas 46% (38/83)

Inicio CP(semanas)	%(n total=83%)
<12	16(13/83)
12-24	54(45/83)
24-32	18(15/83)
>32	12(10/83)

Diagnóstico de SM: 68%(57/83), el 67% de éstas(38/57) recibieron tratamiento. VDRL en sala de partos aportó el 73%(73/100) de los diagnósticos. El 11% presentó coinfecciones. Se estudiaron el 8% de las parejas sexuales.

Situación materna

Reinfección	23%
Tratamiento inadecuado para SC	19%
Infección no diagnosticada	21%
Infección reciente	11%
Sin tratamiento documentado	8%

CONCLUSIONES

Situación inevitable de SC 27%: a) embarazo sin CP(17%) y b) control tardío(10%) imposible el diagnóstico y tratamiento. Importancia de VDRL en sala de partos. Situación evitable de SC 73%: a) destacar un 32%(26/83) oportunidad perdida diagnóstica, y 33%(19/57) oportunidad perdida de tratamiento.

TERATOMA NEONATAL

RPD 58

Soria E.¹; Suarez M.²; Villa Gonzalez C.³; Aguilar A.⁴; Piñeda M.⁵; Filtrin R.⁶
HOSPITAL PRIVADO TRES CERRITOS^{1,2,3,4,5,6}
etelsoria@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Los teratomas constituyen la principal neoplasia perinatal en diversas revisiones; la mayoría son benignos, pero pueden recidivar tardíamente y malignizarse; la localización sacro cóccigea es la más frecuente, siendo inusual la localización ovárica en el período neonatal.

OBJETIVO

Descripción de un caso de teratoma ovárico y las dificultades para su diagnóstico y seguimiento.

Reporte de caso: en abril de 2012, nace por cesárea electiva, por diagnóstico ecográfico de tumoración sacro-abdomino-pélvica, paciente femenina de 36 semanas, PN 3390g, vigorosa; por examen físico, ecografía y TAC presunción de teratoma sacro cóccigeo Tipo III de Altman; se descartan malformaciones asociadas; aFP mayor a 520; al 2° día ARM por restricción respiratoria secundaria a tumor abdominal. Cirugía: abordaje abdominal de tumoración sólido-quística con origen aparente en ovario derecho con salpingo ooforectomía + Biopsia peritoneal; se completa exéresis por vía sacra, tumor de aspecto infiltrante, adherido al cóccix (que se reseca) y a músculos perirectales. Buena evolución postoperatoria; Anatomía Patológica: teratoma ovárico multiquístico inmaduro en piezas abdominal

y sacra. Las imágenes al mes de la cirugía mostraban tumoración quística menor a 1 cm en zona cóccigea (tumor residual vs. seroma), con valores de aFP elevados, que posteriormente mostraron descenso gradual. Continúa en seguimiento sin evidencia de recidiva.

DISCUSIÓN

El diagnóstico prenatal permite el control del feto y la elección de la vía de parto, pero no orientó sobre el origen ovárico de la tumoración, tampoco lo hicieron la ecografía ni la TAC postnatales, sólo se sospechó intraquíricamente y se confirmó por Anatomía Patológica; en la etapa neonatal el grado de inmadurez y la presencia de focos de tumor de seno endodérmico no son en sí mismos indicadores de quimioterapia, salvo que los valores de aFP se mantengan sostenidamente elevados (difícil de interpretar durante el período neonatal). Las imágenes postoperatorias pueden ser difíciles de valorar.

CONCLUSIÓN

Si bien se trata de tumores frecuentes, pueden presentar características de difícil interpretación para definir tratamiento y en todos los casos requieren seguimiento multi e interdisciplinario, en forma prolongada (alrededor de 36 meses), por el riesgo de recidiva y malignización, aún en tumores maduros con resección completa.

MODOS DE INTERVENIR CON LA FAMILIA DEL NEONATO. ABORDAJE DESDE DIFERENTES DISCIPLINAS

RPD 59

Peltrin J.¹; Enfedaque C.²; Chanes G.³; Trotta V.⁴; Zampini A.⁵; Kaplan D.⁶; De Canio M.⁷; Bascosy E.⁸; Bonavía V.⁹; Galliano C.¹⁰; Giménez E.¹¹; Nunciato A.¹²; Palleres A.¹³; Zaffore G.¹⁴; Carreras I.¹⁵
HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15}
julipeltrin@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

En nuestra Unidad de Neonatología de Alta Complejidad, es de suma importancia la presencia y el trabajo con las madres y padres de los bebés internados. La Unidad cuenta con una Sala de Madres, con el fin de que las mismas acompañen de manera permanente a sus hijos, apostando a la creación o fortalecimiento del vínculo madre-hijo.

Se ha observado que en los papás de los niños internados en UCIN, se produce un impacto afectivo-emocional, destacándose la presencia de estupefacción y horror ante la presencia de patología orgánica y el riesgo de muerte en el niño recién nacido. Lo dicho permite comprender entonces cuán factible resulta la presencia de malestar: violencia verbal y/o física entre las madres, desorganización e incumplimiento de las normas de la Sala, distanciamiento y/o abandono del niño internado, agresión de las madres hacia el equipo de salud.

Dicho malestar lo pensamos como resonancia del impacto que produce el estado de gravedad por el que están atravesando sus hijos.

Ante lo observado el Equipo Interdisciplinario de la Unidad de Neonatología conformado por el Equipo Médico, Equipo de Enfermería, Equipo de Salud Mental: Psicología, Psicopedagogía, Musicoterapia, Equipo de Kinesiología y Escuela Hospitalaria, se decide investigar e intervenir a partir de la implementación de dispositivos grupales.

OBJETIVO

Evaluar la incidencia del trabajo interdisciplinario con padres a través de dispositivos grupales en el vínculo entre las madres, en el vínculo madre- niño y madre-equipo de salud tratante internados en esta Unidad de Neonatología.

MATERIAL Y MÉTODOS

Población: Madres y padres de los bebés internados en nuestra Unidad de Neonatología.

Intervención realizada entre 2008-2012.

Criterios de inclusión: Familias de los bebés internados en esta Unidad de Neonatología.

Criterios de exclusión: La familia rechaza participar de los dispositivos grupales o entrevistas individuales.

Modelo Cualitativo propio de las Ciencias Sociales. Se utilizó: Dispositivos Grupales, entrevistas, historias de vida y observación participante.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

Se observó mayor cooperación y/o empatía, favoreciendo la convivencia en la Sala de madres, mayor cumplimiento de las normas de la Sala de madres, mayor diálogo de las madres con el Equipo de Salud tratante.

Se constata una incidencia favorable en vínculo entre las madres de la Sala, en el vínculo madre-niño y madre- equipo de salud tratante.

TOXOPLASMOSIS CONGÉNITA (TC): IMPORTANCIA DEL SEGUIMIENTO SEROLÓGICO MATERNO

RPD 60

Nadal M.¹; Ortiz De Zarate M.²; Rossi V.³; Marcev F.⁴; Botto L.⁵
HOSP MAT INF "RAMON SARDA"^{1,2,3,4,5}
moni.nadal@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La TC sólo se transmite al feto cuando la infección aguda ocurre en el embarazo. El riesgo de infección fetal por cada trimestre es de 15%, 30% y 75%, alcanzando más de 80% en las últimas semanas de gestación. El grado de afectación es inversamente proporcional. El niño suele ser asintomático al nacer y desarrollar posteriormente: coriorretinitis, alteraciones mentales y psicomotoras. Aproximadamente el 80% de los recién nacidos (RN) con toxoplasmosis subclínica desarrollarán secuelas oculares posteriores. El tratamiento en el primer año de vida en el RN infectado tiende a prevenir la progresión y recurrencia de la enfermedad.

OBJETIVO

Presentar un caso de TC subclínica de transmisión tardía, jerarquizando la importancia del seguimiento serológico de la embarazada susceptible.

Material y método

Diseño: reporte de un caso donde se evaluaron las serologías madre-hijo y las manifestaciones clínicas y de laboratorio del RN.

RESULTADOS

Madre no controlada en HMIRS, serologías: Chagas, sífilis, HIV, HBSAg negativas y toxoplasmosis (HAI) negativa a las 15 semanas, sin estudios posteriores hasta el parto, donde se obtienen

los siguientes resultados: VD.R.L., Chagas (ambas negativas) e IgG para toxoplasmosis, (ELFA) 21 UI/ml. Examen físico del RN normal. Se repiten a la semana de nacimiento muestras pareadas dando IgG (ELFA) materno 20 UI/ml e IgG del RN negativa. Nuevo control recién a los 42 días de vida, se obtiene IgG materna 176 UI/ml e IgM (+) y del niño IgG: 224 UI/ml e IgM (+), iniciando el tratamiento. A los 53 días IgG 1180 UI/ml, IgM (+) y test de Avidéz débil. Ecografía cerebral, abdominal, fondo de ojos al momento del diagnóstico, 3 y 6 meses normales. OEA positivas, hemograma y función hepática normal. Evaluación neurológica normal. Tratamiento: pirimetamina, sulfadiazina y ácido fólico, buena tolerancia y adherencia.

CONCLUSIONES

La recepción de una serología negativa al inicio del embarazo, no siempre es jerarquizada como una situación de riesgo (susceptibilidad), perdiéndose la oportunidad de otorgar las recomendaciones higiénico dietéticas necesarias por parte del obstetra.

El seguimiento serológico (trimestral) es prioritario, utilizando las técnicas recomendadas para la embarazada.

La oportunidad del neonatólogo de actualizar dicha serología (en aquellas mujeres que no hubieran sido correctamente evaluadas) es una responsabilidad ineludible que modifica significativamente el pronóstico del niño.

ESFEROCITOSIS HEREDITARIA EN NEONATO CON SIFILIS CONGENITA. CASO CLINICO

P 61

*Estrada M.¹; Enriquez E.²; Del Puerto C.³; Carbonell M.⁴; Carrasco F.⁵; Recondo E.⁶;
Fiardi S.⁷; Corral G.⁸*
HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN^{1,2,3,4,5,6,7,8}
mev254@hotmail.com

INTRODUCCION

La Esferocitosis Hereditaria (EH) es considerada la forma más frecuente de anemia hemolítica congénita, caracterizada por hemáties de forma esférica por una alteración en la membrana eritrocitaria, con mayor fragilidad osmótica. Los neonatos pueden permanecer asintomáticos, con hemólisis mínima, o desarrollar una crisis hemolítica severa en el transcurso de una infección. Se diagnostica por microscopía y prueba de fragilidad osmótica. El tratamiento depende de la evolución, puede controlarse con ácido fólico y hierro o ser necesario transfusiones o esplenectomía.

OBJETIVOS

Presentar un caso clínico de EH neonatal sin diagnóstico familiar previo, en el contexto de una infección por sífilis congénita.

MATERIAL Y METODOS

Recién nacido pretérmino (34 semanas / 2040gr) internado en Terapia Neonatal. Con antecedentes de madre primigesta, embarazo mal controlado con polihidramnios, VDRL y FTAabs maternos positivos sin tratar. Presentó al nacer descamación palmo plantar y hepatomegalia. Leve palidez de piel y mucosas. VDRL positiva en LCR, se trató con Penicilina por Neurosífilis. Al 6to día de vida presentó importante palidez, soplo cardíaco y taquicardia (Hto 20%, Hb 6.8mg/dl), se realizó frotis y

recibió transfusión de glóbulos rojos sedimentados. Al reinterrogar a la madre, en busca de otras causas, surge el dato de anemia materna previa, tratada con hierro y ácido fólico, por lo que se la derivó a Servicio de Hematología para estudio.

RESULTADOS

En los estudios de laboratorio por frotis del paciente y maternos se observó presencia de esféricos, con estudio de fragilidad osmótica materno positiva. Bilirrubinemia directa aumentada (5.1 mg/dl), LDH elevada. Reticulocitos aumentados. Ecografía abdominal: hepatomegalia. Se estudió a toda la familia. Actualmente seguido por Hematología Pediátrica y Consultorio de Alto Riesgo.

CONCLUSION

La EH en el período neonatal suele ser asintomática o manifestarse como ictericia o anemia crónica. En nuestro paciente observamos la forma más severa dado que se presentó en el curso de una infección congénita, con desconocimiento de antecedentes familiares. Es por ello que a pesar de ser la anemia hemolítica más frecuente, el diagnóstico familiar previo es fundamental pues orienta a un diagnóstico y un abordaje adecuado, mejorando el pronóstico que en casos como éste no es una forma de presentación típica.

DIFERENTES EVOLUCIONES DE IMÁGENES QUÍSTICAS PULMONARES PRENATALES

RPD 62

Miño L.¹; Gonzales Faryna T.²; Pico A.³; Ritz A.⁴; Cruz S.⁵; Olsen G.⁶
HOSPITAL POSADAS^{1,2,3,4,5,6}
lore_e80@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Las anomalías congénitas del pulmón pueden detectarse por diagnóstico prenatal, distres respiratorio al nacer, o ser asintomáticas durante varios años. Existen quistes broncogénicos, secuestros pulmonares, malformaciones adenomatoideas quísticas (MAQ) y enfisemas lobares congénitos. El tratamiento depende del momento del diagnóstico, la presentación; en la mayoría de los casos se recomienda la resección quirúrgica.

OBJETIVO

Describir dos neonatos con diagnóstico prenatal de MAQ con diferentes evoluciones clínicas posnatales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Caso 1: Embarazo controlado, con diagnóstico prenatal de imagen ecogénica de 40x23x28mm en pulmón izquierdo con desviación de silueta cardiaca, a las 22sem, probable MAQ. RNT 38 sem, BPEG 2500g, cesárea, apgar 5/8, requirió intubación en sala de recepción. Ingresó a UCIN en ARM. Presentó ecocardiograma, ecografías cerebral y abdominal normales. A las 80hs de vida: Rx con hiperinsuflación de pulmón izquierdo, desviación del mediastino, atrapamiento aéreo, se sospechó enfisema lobar congénito y se realizó lobectomía izquierda. Requirió 32 días de

ARM y O₂ suplementario. Egresó a los 72 ddv. Diagnóstico anatomopatológico: enfisema lobar izquierdo.

Caso 2: Embarazo controlado, con diagnóstico prenatal de imagen circunscrita heterogénea macroquística de 57x45x14mm en pulmón izquierdo. Probable MAQ vs Secuestro pulmonar. RNT 39 sem, PAEG 3525g, cesárea, apgar 9/10. Ingresó a UCIN requirió halo O₂ por 48 hs. Presentó ecografía cerebral normal, de Tórax: hemitórax izquierdo imagen heterogénea de 40mm de diámetro sólido quística con quistes de diferentes tamaño. Evaluación cardiovascular dextroposición secundaria. TAC tórax: condensación pulmonar en lóbulo inferior izquierdo con vascularización pulmonar y presencia de arteria anómala que emerge de la aorta descendente compatible con secuestro pulmonar. Egreso: 6ddv. Seguimiento ambulatorio.

DISCUSIÓN

El enfisema lobar congénito es una anomalía poco frecuente de desarrollo pulmonar que a menudo se presenta en el periodo neonatal. La resección temprana maximiza el crecimiento compensatorio del pulmón restante. El secuestro pulmonar consiste en una masa de tejido pulmonar no funcionante con irrigación propia, carece de comunicación con el árbol traqueobronquial. Diagnóstico tomográfico por identificación de vaso aberrante. Tratamiento lobectomía. Se exponen estos casos clínicos dada la infrecuencia de estas patologías y evoluciones diferentes.

RELEVANCIA DE LA PESQUISA NEONATAL EN EL DIAGNÓSTICO DE FIBROSIS QUÍSTICA DE PÁNCREAS (FQP)

P 63

Pesl M.¹; Romero E.²; Sosa P.³; Olsen G.⁴; Diaz Peña G.⁵
HOSPITAL POSADAS^{1,2,3,4,5}
marcospesl@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La FQP es una enfermedad congénita que se transmite con un patrón de herencia autosómico recesivo. La misma se caracteriza por enfermedad pulmonar crónica, insuficiencia pancreática exócrina e incremento de electrolitos en el sudor. Su incidencia es aproximadamente 1/ 6100 RN vivos y la frecuencia de portadores sanos de 1/ 40 individuos.

En nuestro medio, el diagnóstico suele ser tardío, por lo que se demora el inicio del tratamiento incrementándose la morbimortalidad.

En neonatología no siempre los hallazgos clínicos orientan al diagnóstico por lo que es sumamente importante la realización de la pesquisa neonatal en forma temprana, dosando Tripsina Inmuno-Reactiva (TIR) en sangre.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión de caso clínico 12/ 02/ 2013.

RNT/PAEG (38 sem/2915gr) sexo femenino es derivado de internación conjunta a las 24 hs de vida por presentar vómitos biliosos, abdomen tenso, distendido, doloroso, cataris negativa. Se solicitan estudios complementarios: Rx y ecografía

abdominal e interconsulta con cirugía pediátrica: se realiza Laparotomía exploradora, enterotomía, ileostomía. Diagnóstico: Ileo meconial.

Presentó buena evolución postquirúrgica, requiriendo 19 días de NTP tolerando adecuadamente el aporte enteral progresivo. Se recibe resultado pesquisa neonatal que informa TIR elevada (53 ug/l), Test de Elastasa fecal menor 15 ug/g indicando insuficiencia pancreática grave. Nutrición infantil indica aporte leche hidrolizada + polímera 3%, ácido ursodesoxicólico, Enzimas pancreáticas, vitaminas ADCE.

Se otorga egreso hospitalario con 43 días de vida con buen progreso de peso. Pendiente Test del Sudor

CONCLUSIÓN

La razón de presentar este caso es concientizar acerca de la importancia de la pesquisa neonatal para orientar el diagnóstico lo más rápido posible y así comenzar con el tratamiento adecuado, reduciendo la extensión y severidad de la morbilidad y la tasa de mortalidad temprana.

CAFEINA VS TEOFILINA EN LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LAS APNEAS DEL PREMATURO

RPD 64

Prado L.¹; Gonzalez F.²; Giudice Bas C.³
HOSPITAL NACIONAL DE PEDIATRÍA JP GARRAHAN^{1,2,3}
lauraalexiprado@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Las apneas se definen como el cese de la respiración mayor a 20 segundos y/o asociada a bradicardia, cianosis o palidez. Las mismas son frecuentes en neonatos pretérmino, especialmente a edades gestacionales muy tempranas, y pueden llevar a hipoxemia y bradicardia lo suficientemente severas como para requerir reanimación y ventilación a presión positiva. Las metilxantinas son drogas que se cree estimulan el esfuerzo ventilatorio, disminuyendo las apneas y previniendo el efecto deletéreo de las mismas.

OBJETIVOS

Revisar la bibliografía disponible que compare cafeína vs. teofilina para la prevención y el tratamiento de las apneas idiopáticas del prematuro y valorar si existe evidencia científica que avale el uso de una metilxantina sobre la otra.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión sistemática utilizando las bases de datos de Medline, LACS, Cochrane y Google Académico. Se analizaron mediante las guías de J.A.M.A.

ECAs y metanálisis que comparaban teofilina vs cafeína para la prevención y tratamiento de las apneas idiopáticas del prematuro donde se evaluaban pacientes menores de 33 semanas de edad gestacional.

RESULTADOS

De 261 artículos encontrados se descartaron 250 por no responder a la pregunta planteada y se excluyeron 7 previos a 1990 ya que dado el aumento de la supervivencia de neonatos a menores edades gestacionales en los últimos años los mismos no son representativos de la población actual. Se analizaron 4 artículos, 1 metanálisis y 3 ECA, no evidenciándose diferencias significativas entre ambas metilxantinas.

CONCLUSIÓN

En base a nuestra revisión ambas metilxantinas son igualmente efectivas para la prevención y el tratamiento de las apneas del prematuro. Sin embargo, y si bien se requieren estudios de evaluación de efectos a largo plazo con el uso de estas drogas, dadas las ventajas farmacocinéticas de la cafeína, ésta debería ser la droga de elección

SINDROME DE ZELLWEGER

Pesl M.¹; Romero E.²; Olsen G.³; Diaz Peña G.⁴; Frenkel S.⁵
HOSPITAL POSADAS^{1,2,3,4,5}
marcospesl@gmail.com

P 65

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Zellweger también conocido como síndrome cerebro hepato-renal, es una variedad de desordenes peroxisomales que constituyen un grupo de trastornos de causa genética, llevando al individuo a una acumulación de ácidos grasos de cadena larga y ácidos grasos ramificados, provocando una alteración en la función normal de múltiples órganos y sistemas, por la falta de formación o mantenimiento de los peroxisomas.

Su incidencia global se estima 1 cada 100000 nacidos vivos con mortalidad del 70% en los tres primeros meses y casi la totalidad antes del año.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión de historia clínica de un RN en el hospital (20/07/2011).
RN de sexo femenino pt / pa (36 sem / 2970 gr) parto vaginal cefálico, apgar 2/8 requirió intubación en sala de partos. Fascie peculiar. Hipotonía marcada
Ecografía cerebral compatible con malformación compleja. Abdominal s/p Tolero extubación. A los 15 días reingresa a arm por insuficiencia respiratoria.

Recibió atb con cultivos negativos. A los dos meses presentó colestasis con laboratorio y ecografía abdominal patológicas, donde se observaron quistes renales y hepatomegalia; planteándose como diagnóstico presuntivo el síndrome de Zellweger (cariotipo normal). El dosaje de ácidos grasos de cadena larga confirmó la sospecha clínica.

A los dos meses y medio fallece.

CONCLUSIÓN

La finalidad de presentar este caso radica en que debemos pensar en la probable existencia de trastornos peroxisomales en todo RN hipotónico con colestasis sobre todo en aquellos con fenotipo Down. Resaltar la importancia del estudio ecográfico que orienta al diagnóstico y la posibilidad de poder dosar ácidos grasos de cadena larga que confirmó el mismo, lo que permitió a los padres poder comprender la enfermedad y su progresión hacia su desenlace y poder realizar consejo genético para futuros embarazos.

AGENESIA DE PROTUBERANCIA COMO MALFORMACIÓN NEUROLÓGICA EN EL SÍNDROME DE GOLDENHAR: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

RPD 69

Paredes N.¹; Moreno G.²; Barboni F.³; Hernanz P.⁴; Chirino A.⁵; Ferreyra M.⁶

SANATORIO DEL SALVADOR¹²³⁴⁵⁶
nati_n1@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Goldenhar o Espectro Oculo-Aurículo-Vertebral, es una displasia del 1ª y 2ª arcos branquiales, caracterizado por presentar múltiples aberraciones cromosómicas y etiología genética desconocida. Tiene una incidencia de 1:3500-5000 nacidos vivos, con predominio en el sexo masculino. Clínicamente se observan malformaciones faciales, oculares, anomalías vertebrales, renales y cardíacas. Las malformaciones cerebrales son infrecuentes y entre ellas las más comunes son hidrocefalia, encefalocele y agenesia del cuerpo callosa. Es de buen pronóstico, con crecimiento y desarrollo normales (salvo en las malformaciones cerebrales) y los defectos son corregidos con cirugías plástica y ortopédica.

La agenesia de protuberancia es una malformación rara con sólo pocos casos reportados en la bibliografía, la falta de formación puede ser debida a un defecto en el programming genético molecular del tubo neural, específicamente del gen (EN2).

Los RN con esta malformación mueren tempranamente en la infancia debido a paro respiratorio por pérdida del control central de la respiración.

Objetivo

Presentar de un caso de Síndrome de Goldenhar asociado a Agenesia de Protuberancia.

CASO CLÍNICO

RNT/AEG, de 38 semanas nacido por parto vaginal peso al nacer de 3640g, sexo femenino. Apgar al nacimiento 7/8. Sin antecedentes maternos patológicos. Al examen físico se constató fontanela anterior amplia, orejas dismórficas con tubérculos preauriculares sésiles por delante del trago y a nivel de línea trago-oral, macrostomía (fisura horizontal en región de comisura labial derecha),

movilidad cervical disminuida, movimientos mioclónicos, hipotonía generalizada y atrapamiento del pulgar.

Laboratorio: normal

Radiografía tóraco-abdominal: fusión de arcos costales, costillas bifidas, hemivértebrales dorsales y lumbares.

Ecocardiograma: Ductus Arterioso Persistente.

Valoración neurológica: síndrome convulsivo, se solicita Electroencefalograma. Y se indica Fenobarbital.

EEG: trazado anormal, asinergia y asincronía interhemisférica, hiperexcitabilidad neuronal. Se agrega A. Valproico y Piridoxina.

Resonancia Nuclear Magnética: espacio aracnoideo irregular, megacisterna magna, 4º ventrículo dilatado, vermis cerebeloso inferior de pequeño tamaño, no se identifican pedúnculos cerebelosos medios. No se puede identificar ¼ inferiores de la protuberancia (impresiona agenesia).

Angioresonancia: no se identifica arteria vertebral derecha, tronco basilar de pequeño calibre y aspecto filiforme.

Tractografía: se observa interrupción de los tractos de fibras de la sustancia blanca a nivel de la protuberancia, sin continuidad con bulbo raquídeo.

Alta sanatorial con alimentación por sonda orogástrica, presentando episodios convulsivos reiterados. A los 5 meses de edad ingresa por guardia central en paro cardiorrespiratorio irreversible.

CONCLUSIÓN

El Síndrome de Goldenhar, de presentación esporádica en pediatría habitualmente se asocia a buen pronóstico. En nuestro caso, su comorbilidad con Agenesia de Protuberancia la condujo a la muerte en los primeros meses de vida.

ATRESIA DE ESÓFAGO: SEGUIMIENTO INTERDISCIPLINARIO POSTALTA

PS 70

Giúdice L.¹; Feiben F.²; Maricic M.³; Bokser V.⁴; Franco C.⁵; Gutiérrez M.⁶; Ibarra L.⁷; Kotynski M.⁸; Lorenzano A.⁹; Mariani I.¹⁰; Perelli A.¹¹; Sanchez P.¹²; Stadelmann A.¹³; Trovato M.¹⁴; Ferrario C.¹⁵; Califano G.¹⁶; Klenner I.¹⁷; Vázquez M.¹⁸

HOSPITAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE¹²³⁴⁵⁶⁷⁸⁹¹⁰¹¹¹²¹³¹⁴¹⁵¹⁶¹⁷¹⁸

feiben@intramed.net

INTRODUCCIÓN

En nuestro Hospital el Programa de Seguimiento de Recién Nacido de Alto Riesgo (PS) evalúa sistemática y protocolizadamente a los pacientes, en su mayoría quirúrgicos complejos. El 14% de estos pacientes nació con Atresia de esófago (AE). En Argentina hay pocos informes acerca del seguimiento postalta de UCIN de AE

OBJETIVO

Describir la evolución en el Seguimiento sistemático protocolizado postalta de pacientes ingresados a PS con AE al año, 3 años y 6 años de edad

MÉTODO

Trabajo retrospectivo, descriptivo. Análisis de historias clínicas de PS de los pacientes egresados de la UCIN con diagnóstico de AE entre el 1º/11/03 y 31/03/11. Seguimiento protocolizado incluye: Crecimiento, Neurología- Maduración Psicomotriz (ND), Audición, Visión, Genética, Salud Mental, reintervención quirúrgica(RQ), Fonoestomatología (FE) y Lenguaje (L), Neumonología, Reinternación (RI), y Deserción y fue descripto al año, 3 años y 6 años de vida. Criterio de Inclusión: Pacientes nacidos con AE que hayan cumplido 1 año de edad al iniciar este estudio. Los datos se cargaron en Base Excel, analizados con Stata 8.0. Nivel de confianza 95%.

RESULTADOS

Ingresaron al PS 22 pacientes AE de los cuales 7 tuvieron long-gap y 5 asociación Vacter; Fallecidos en Seguimiento: 4 (todos AE long gap) antes del año de vida. Cumplieron criterio de inclusión 17. Deserción: 0/17 pacientes. Crecimiento(peso): al año: 13/17 (76%) percentilo >10, 3 años: 11/12 (92%) percentilo >10; 6 años: 6/6 (100%) percentilo >10. ND anormal: 1 año: 6/11 (54%); 3 años: 5/8 (62%); 6 años: 3/6 (50%), 1 en escolaridad especial; Trastorno Auditivo: 1/17 (5.8%) (Hipoacusia Neurosensorial severa); Trastorno visual: 1/17 (5.8%); Genética: 1/8 evaluados cromosómico anormal; Salud Mental: 13/13 evaluados, con problemas vinculares y familiares; RIQ: 9/17 (52%); Alteraciones FE: 4/11(36%); L: anormal al año: 10/14 (71%), 3 años 6/13 (46%); 6 años 1/6 (16%) Neumonología: 6/13 con alteraciones; Reinternación por causas clínicas: 9/17 pacientes (52%) causa más frecuente IRAB

CONCLUSIONES

El Seguimiento sistemático mostró que los pacientes con AE presentan secuelas alejadas en cuanto a crecimiento, ND, Audición, Visión, Salud Mental, Quirúrgicas, Fonoestomatológicas, Lenguaje y Respiratorias. La tasa de RI por causas clínicas y RQ es elevada. La vigilancia sistemática permite prevenir, detectar y corregir estos problemas en forma oportuna.

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN Y MEJORA DE CALIDAD DE ATENCIÓN

RPD 71

Villoldo M.¹; Moreano J.²; Dip V.³; Asis M.⁴; Tiburcio E.⁵
HOSPITAL AVELLANEDA^{1,2,3,4,5}
marielavilloldo@hotmail.com

INTRODUCCION

En el mundo la proporción de muertes infantiles que ocurren en el período neonatal está en aumento (38%). Se estima que un total de 4 millones de bebés mueren por año. Ajustándonos a esta realidad mundial y enfocándonos en nuestra provincia específicamente en el Hospital de C. Pte Dr. N. Avellaneda surge la iniciativa de armar un programa de capacitación como respuesta a la necesidad de brindar conocimientos actualizados a los enfermeros que trabajan en el Servicio de Neonatología de este hospital para una asistencia especializada de los recién nacidos y sus familias. Este programa propone una actualización para los enfermeros neonatales con contenidos clínicos y prácticos para la capacitación del personal aun sin la necesidad de tener que asistir a encuentros o clases programadas, utilizando para esto la modalidad virtual.

PROBLEMA

Un obstáculo para la capacitación es la disponibilidad de tiempo para la asistencia a los cursos por lo que este programa intenta solucionar este problema usando como herramienta la virtualidad.

PROPÓSITO

Unificar criterios de los conocimientos adquiridos en razón de la productividad de Enfermería por procedimientos para mejorar la calidad de la asistencia y brindar herramientas que ayuden a optimizar el cuidado de los recién nacidos y reducir, de esta forma, la morbi-mortalidad infantil.

OBJETIVOS

1. Elaborar y transmitir una base de conocimientos clínicos sólidos aplicando el proceso de atención de enfermería (PAE) en su atención directa al paciente.
2. Desarrollar herramientas que le permitan una comunicación fluida con todos los integrantes del equipo de salud.
3. Desarrollar estrategias para emplear los recursos disponibles que mejoren la calidad de atención de enfermería.
4. Confeccionar un manual normas y procedimientos del Servicio que integren los conocimientos clínicos y destrezas para mejorar el cuidado del recién nacido sano.
5. Optimizar el manejo de la tecnología adecuándola a las necesidades de los pacientes a cargo.
6. Implementar estrategias de enseñanza para poder captar y llegar a la totalidad de los enfermeros del servicio de Neonatología y la familia del neonatos.

POBLACIÓN

Personal de Enfermería (40) y la familia de los neonatos.

METODO

El estudio será descriptivo de corte transversal. Se evaluará la participación y aprendizaje de los enfermeros de acuerdo a las diferentes actividades durante el período Setiembre 2012-Setiembre de 2013 referidas a capacitación.

VARIABLE

-Grado de Participación de los enfermeros a las actividades planteadas -Nivel de conocimiento adquirido antes y después de la capacitación. Para la recolección de datos se utilizarán encuestas de control previa y posterior a la capacitación. En la evaluación se aplicarán indicadores de proceso y resultados según el Modelo de Avedis Donabedian

LARINGOTRAQUEOPLASTIA EN EL PERÍODO NEONATAL. REPORTE DE CASO CLÍNICO

RPD 72

Paredes N.¹; Ferreyra J.²; Oller A.³; Defago V.⁴; Roldan O.⁵; Ferreyra M.⁶
SANATORIO DEL SALVADOR^{1,2,3,4,5,6}
nati_n1@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La estenosis subglótica es la complicación obstructiva más frecuente en la vía aérea de un neonato con intubación prolongada. La laringofisura es un procedimiento que ha permitido evitar la traqueostomía en al menos el 60% de este grupo de pacientes. Últimamente la incorporación de un injerto en el lecho de la laringofisura ha mejorado aún más estos resultados.

OBJETIVO

Presentar un paciente RN con obstrucción severa de la vía aérea al que se le efectuó una laringotraqueoplastia con injerto de cartilago tiroideo con la finalidad de recuperar la permeabilidad de la tráquea y evitar la traqueostomía.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

RN de 2880 gr de peso al nacer, sexo masculino, derivado de Catamarca por dificultad respiratoria. Como antecedente figuró una intubación endotraqueal de 20 días de duración con intervalos de intentos de extubación fallidos. Al ingreso el paciente presentaba un estridor severo inspiratorio y espiratorio. Se realizó broncoscopia, hallando una lesión subglótica que incluía úlceras profundas que permitían visualizar el fondo cartilaginoso acompañado de sangrado y abundante fibrina a nivel del cartilago cricoides que ya demostraba una disminución del calibre de la luz traqueal mayor al 60%. Ante la inminencia de una estenosis severa y con la finalidad de evitar una traqueostomía se indicó una laringofisura con interposición de cartilago tiroides.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Incisión cervical transversa, separación de músculos infrahiodeos y sección de glándula tiroides a nivel del istmo. Apertura traqueal desde la porción media del cartilago tiroides hasta el segundo anillo traqueal. Pasaje y fijación de tubo nasotraqueal. Aplicación de injerto anterior con material extraído de la pared anterosuperior del cartilago tiroides. Fijación de injerto con puntos separados de poliglactina 6/0. Cierre de partes blandas dejando drenaje por 24 horas.

RESULTADOS

Luego del procedimiento, el paciente permaneció con intubación nasotraqueal por 17 días, manteniéndose vigil, activo y recibiendo alimentación a través de una sonda orogástrica. Posteriormente a la extubación, los síntomas persistieron por lo que se realizó un nuevo examen endoscópico que permitió observar un buen calibre de la vía aérea con buena reconstitución del plano mucoso por lo que se decidió mantener la intubación nasotraqueal a modo de tutor por 7 días adicionales. El paciente fue extubado presentando un estridor leve que mejoró tratándose con nebulizaciones con adrenalina y corticoides endovenosos por 5 días. A los 63 días de internación se dio el alta hospitalaria encontrándose asintomático, sin requerimiento de oxígeno, y con buen progreso de peso.

CONCLUSIÓN

La laringotraqueofisura con injerto de cartilago permite recuperar el calibre de la vía aérea y evitar la traqueotomía en lactantes pequeños con estenosis subglótica adquirida.

EVOLUCIÓN DEL NEURODESARROLLO EN PACIENTES QUIRÚRGICOS COMPLEJOS NEONATALES EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, ARGENTINA

PO 73

Bokser V.¹; Giúdice L.²; Eiben F.³; Perelli A.⁴; Franco C.⁵; Ferrario C.⁶
HOSPITAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE¹²³⁴⁵⁶
vsbokser@intramed.net

INTRODUCCIÓN

Los niños con antecedente de Cirugía compleja neonatal (CC) tienen riesgo de alteraciones en el Neurodesarrollo (ND) a mediano y largo plazo. El Programa de Seguimiento (PS) de nuestro Hospital Pediátrico asiste pacientes con CC y valora el ND con la escala CAT/CLAMS hasta los 36 meses de edad. En nuestro país no abundan informes acerca de la evolución del ND en estos niños.

OBJETIVO

1) Describir antecedentes perinatológicos de la población en estudio: Diagnóstico principal; Edad gestacional (EG), bajo peso para la edad gestacional (BPEG). 2) Analizar la evolución del ND en niños con antecedente de CC, según resultados de cociente de desarrollo cognitivo (CDC) obtenidos en la evaluación entre los 6-12 meses, y 30-36 meses de vida.

MÉTODO

Estudio analítico, observacional, longitudinal. Población: Criterio de Inclusión: Pacientes del PS con antecedente de CC que hayan tenido una evaluación entre 6 y 12 meses de edad y otra entre 30 y 36 meses. Criterio de exclusión: Niños con síndromes genéticos o enfermedades congénitas del SNC. Variables: Diagnóstico principal, EG, BPEG. Test de Pesquisa del neurodesarrollo: CAT/CLAMS, expresado como CDC de 0 a 100 puntos. Se consignó ND NORMAL CDC >85; Sospecha CDC

70-84; Retraso CDC <70; Procesamiento de datos: variables categóricas descriptas a través de frecuencias simples y proporciones. Variables cuantitativas: medidas de tendencia central y medidas de dispersión. Análisis pareado de primera y segunda evaluación del ND de cada paciente: test no paramétrico Wilcoxon signed-rank test. Análisis estadístico: Stata 8.00.

RESULTADOS

Cumplieron criterio de selección 26 niños. Diagnóstico principal: Celosomías: 8 casos; Misceláneas: 8; Atresia Intestinal: 5; Atresia Esófago: 4; Hernia Diafragmática: 1. Mediana EG 37 semanas (RI 35-38); BPEG 3/26 (11%). Primera evaluación: CDC normal, 16/26 niños (CDC mediana: 86.6- [RI 77.5-93]). Segunda evaluación: CDC Normal, 10/26 pacientes (CDC mediana: 82.25- [RI 76.5-87.5]). El análisis pareado mostró las siguientes características: Sobre 16 pacientes con Valor CDC Normal en la primera evaluación, 13 pacientes tuvieron un descenso estadísticamente significativo del CDC en la segunda evaluación. Sobre 10 pacientes con valor CDC Anormal (<85) en la primera evaluación, no hubo una diferencia estadísticamente significativa de ascenso del CDC en la segunda evaluación.

CONCLUSIONES

El análisis pareado del Cociente de Desarrollo Cognitivo entre 6-12 meses y 30-36 meses de vida no mostró una evolución favorable.

A PROPOSITO DE UN CASO: ENFISEMA PULMONAR INTERSTICIAL EN RECEN NACIDO PREMATURO

P 74

Alvarez V.¹; Quinteros G.²; Gonzales C.³; Valdes S.⁴; Segovia G.⁵
HOSPITAL PABLO SORIA¹²³⁴⁵
luzcenicienta@hotmail.com

INTRODUCCION

El enfisema pulmonar intersticial pulmonar es una entidad que se produce con mayor frecuencia en los prematuros ventilados que cursan un síndrome de dificultad respiratoria. Su fisiopatología esta relacionada con el uso de altas presiones en vía aérea posibilitando la existencia de barotrauma.

Su incidencia parece aumentar inversamente con la edad gestacional y en forma proporcional al grado de SDR.

OBJETIVO

Describir un caso clínico poco frecuente en nuestra práctica clínica.

CASO CLINICO

Bebé encontrado en vía pública, en un desagüe urbano en la ciudad de Ledesma, provincia de Jujuy. Es derivado al Servicio de Neonatología del Hospital Pablo Soria de San Salvador de Jujuy, ingresando con 7 horas de vida. Niño con 30 SEG, peso: 1129 grs., talla 45 cm. cianótico, hipotérmico y con dificultad respiratoria. Diagnóstico de ingreso: RNPT/MBPN/PEG. SDR Grave. EMH. Sepsis por antecedentes. Injuria por frío. En UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal) es intubado y conectado en ARM (Asistencia Respiratoria Mecánica) con un setting PIM 17,PEEP 5, TI 0,35, FR 40, FIO2 0.6. Se realiza surfactante una dosis. Se solicita laboratorio que informa leucopenia, PCR negativa. Se pancultiva y se coloca ATB (Ampicilina

+ Gentamicina) . A las 12 hs de vida se disminuye setting ARM 14/4/0.39/28/0.25. A los 2 días de vida es extubado y a las 12 hs. por dificultad respiratoria importante reingresa en ARM. Se recibe hemocultivo + a Aeromona spp. Se rota ATB a Piperacilina Tazobactam que recibió 10 días.

El 4to día de vida presenta enfisema intersticial pulmonar a predominio izquierdo. Se coloca en decúbito lateral izquierdo y se modifica setting disminuyendo PIM y FIO2. A los 18 días de vida se extuba y se mantiene con Oxígeno por halo durante 10 días. Luego estando en recuperación nutricional requirió oxígeno por narinas. Paciente con buena evolución. Fue dado de alta a los 2 meses de vida con peso 3050 grs. Continúa en programa de seguimiento de prematuros de esta institución. Actualmente con un año de vida no registra internaciones por patología respiratoria.

CONCLUSIONES

El Enfisema pulmonar intersticial agudo es una patología casi exclusiva del RN prematuro con síndrome de dificultad respiratoria ventilado a presión positiva. Constituye una grave complicación de la ventilación asistida que se asocia con gran mortalidad, riesgo de progresión a neumotórax y displasia broncopulmonar. En el caso clínico presentado, la etiología de EPI se encontró agravada por Neumonitis por Aeromona, habiéndose planteado diagnósticos diferenciales como MAQ, Enfisema Lobar Congénito, Quistes Pulmonares Congénitos.

IMPACTO DE LA PREMATURIDAD A LARGO PLAZO

PS 75

Franchi A.¹; Pollastrini C.²; Oreiro V.³; Fiorentino A.⁴; Saglio L.⁵
HTAL POSADAS^{1,2,3,4,5}
adriffranchi@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Un alto número de niños nacidos pretérmino, pueden desarrollar dificultades tanto en el aspecto motor como en áreas cognitivas-conductuales. Estos se observan en la primera infancia o aún en la adolescencia.

Son niños con modos de vinculación familiar relacionados con apego excesivo, dificultades en el proceso de separación e individuación saludable, dificultades en la puesta de límites y en la constitución de legalidades, conduciendo a trastornos de conducta que se manifiestan en diferentes áreas del aprendizaje.

OBJETIVOS

- Observar las conductas no adaptativas en niños nacidos pre-término entre los dos y tres años de edad que concurren al consultorio de seguimiento.
- Analizar la modalidad vincular familiar operante en las familias de los niños que presentan conductas no adaptativas.

POBLACIÓN

Niños de 2-3 años de edad, con peso al nacer menor a 1500 grs, y edad gestacional menor a 32 semanas, nacidos entre enero del 2010 y enero del 2011 (N= 50).

METODOLOGÍA

- Entrevista familiar y vincular
- Perfil de desarrollo (CAT CLAMS)

ANÁLISIS

N= 50

Periodo= Enero 2010- Enero 2011

- Alteraciones Oftalmológicas - ROP: 11/35 (31%); 3 Láser (8,5%)
- Valoración Auditiva - OEA normales 22/35 (62,8%)
- No pasan bilateral 3/35 niños (8,5%)
- PEAT 15/35 (42%) normales

Alteraciones en el aprendizaje - 16%

Al ingresar al ámbito escolar se evidencian trastornos vinculares con sus pares como también alteraciones en el aprendizaje manifestadas por dispersión o dificultades en áreas como aritmética y lecto-escritura. La mayor parte de niños con bajo peso al nacer presenta dificultades en el lenguaje lo cual acarrea dificultades en las actividades académicas.

CONCLUSIÓN

Es imprescindible el trabajo de forma interdisciplinaria pudiendo integrar al paciente desde todos sus aspectos para mejorar su calidad de vida. No debemos olvidar el trabajo en red y tener como objetivo primordial desterrar el título de grado que representa para muchos la prematuridad.

MIOCARDIO NO COMPACTADO DE DIAGNÓSTICO NEONATAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD 76

Carbonell M.¹; Razzeto L.²; Del Puerto C.³; Rivas S.⁴; Francipane L.⁵; Corral G.⁶
HOSPITAL DE CLÍNICAS JOSÉ DE SAN MARTÍN^{1,2,3,4,5,6}
lauricarbonell@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN

Miocardio no compactado (MNC) es una miocardiopatía congénita rara, caracterizada por excesiva trabeculación en uno o más segmentos ventriculares, originada por la detención en la embriogénesis normal del miocardio. Existe una forma esporádica y una familiar ligada al cromosoma X. Los síntomas están correlacionados con el grado de disfunción miocárdica (asintomático, arritmia o insuficiencia cardíaca grave). El diagnóstico es ecocardiográfico. El tratamiento está dirigido a prevenir y tratar las complicaciones (tromboembolias, insuficiencia cardíaca y arritmias ventriculares), y en última instancia es el trasplante cardíaco. Pronóstico: Reservado con alta mortalidad.

OBJETIVOS

Presentar un caso clínico sobre diagnóstico de MNC en neonato sin signos clínicos, y con antecedentes familiares de muerte súbita.

MATERIAL Y METODOS

Recién nacido de término (39s /3200gr) en Internación Conjunta con su madre. Como antecedente relevante presenta hermano y primo paterno fallecidos por muerte súbita, tía paterna con miocardiopatía en tratamiento. Se realizó Ecocardiograma previo al alta (3 días de vida), observando hipertrofia biventricular no obstructiva, función global levemente disminuida. Paciente asintomático,

se internó en Terapia Neonatal para control y estudio. Se descartaron causas de miocardiopatía como infecciosas, tóxicas y metabólicas (enfermedad de Pompe). Entre otras causas se piensa en las hereditarias como MNC. Se repitió ecocardiograma (10 días de vida): contractilidad global del VI disminuida (FAc 14%), dilatación de cavidades e hipertensión pulmonar moderada a severa, regurgitación mitral ligera y signos de bajo gasto cardíaco, presencia de trabéculas y recesos en miocardio de VI. Se confirmó el diagnóstico de MNC y comenzó tratamiento para mejorar la función cardíaca. Actualmente en seguimiento por Cardiología Infantil y Consultorio de Alto Riesgo.

RESULTADOS

Genética: descartó cuadro sindrómico y cromosómico, no hay estudios específicos en nuestro país. Screening ecocardiográfico familiar: padre con MNC asintomático. Madre sana. Tía paterna MNC sintomática. Primeros hermanos (rama paterna) confirmados y seguidos en otra institución.

CONCLUSIÓN

La elevada mortalidad de esta entidad y el carácter familiar de la misma, hacen prioritaria la realización de un screening con ecocardiografía en familiares directos. Esto llevaría a una detección temprana y mejor control de las complicaciones que surgen en esta enfermedad.

DESERCIÓN DE LOS PREMATUROS EXTREMOS AL SEGUIMIENTO DE ALTO RIESGO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE RÍO GALLEGOS DESDE EL AÑO 2006 A 2010

RPD 77

Cruz M.¹; Rosado Cuellar R.²; Carrasco M.³; Pronsato C.⁴

HOSPITAL REGIONAL RIO GALLEGOS, NEONATOLOGIA^{1,2,3}; UNIDAD DE REHABILITACION DEL NIÑO CON DISCAPACIDAD⁴
marcelinacr@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN

Los recién nacidos (RN) prematuros se benefician de programas de seguimiento, cuyos objetivos son supervisar el desarrollo y asistir sus problemas específicos de salud. En el Hospital Regional Río Gallegos (HRRG) posee un Consultorio de Seguimiento de Alto Riesgo (CSAR). La deserción a estos programas es un problema en Argentina. No hay una definición unificada de deserción. En el HRRG, se establece cuando el paciente realiza menos de 3 controles durante el primer año o más de 6 meses sin controles en el segundo año o más de 12 meses sin controles entre los 3 y 5 años.

OBJETIVOS

Determinar el porcentaje de deserción al CSAR de los RN ≤ 1000 g, egresados de neonatología de 2006 a 2010. Analizar las variables maternas y del niño en relación a la deserción.

POBLACIÓN

RN entre 1/1/2006 y 31/12/2010 de ≤ 1000 g, egresados de neonatología del HRRG
Material y métodos: Estudio Transversal, Retrospectivo, Observacional y Descriptivo.
Revisión de las Historias Clínicas y Sistema Informativo Perinatal.
Criterios de inclusión: RN en el HRRG o derivados a este, con peso ≤ 1000 g
Criterios de exclusión: Recién nacidos fallecidos antes del egreso neonatal.

Registro de variables de madre y niño en un cuestionario, se procesó en EPIINFO 2002, versión 3.5.1 y Excel 2007. Se autorizó por Comités de Docencia e Investigación y de Bioética del HRRG.

RESULTADOS

En el periodo 2006 a 2010 se internaron en neonatología del HRRG, 59 bebés ≤ 1000 g, de los cuales, fallecieron 34 (56,7%) que fueron excluidos. Egresaron 25 pacientes, nuestra población de estudio. En el primer año 15 (60%) de los pacientes desertaron, mientras que en el segundo fueron 18 (72%). Analizados los datos, definimos tres grupos. Uno que cumplió con todos los controles para la edad ($n=4$; 16%), otro que no realizó ningún control ($n=15$; 60%) y el tercero ($n=6$; 24%) que presentó deserción parcial, ya que sólo efectuó algún control establecido para los años de seguimiento. Dentro del segundo grupo se observó que el 73,3% (11) de las madres tenían pareja, nivel de instrucción mayor o igual a secundario completo y residían en Río Gallegos. Sólo 3 (20%) de las madres habían realizado 4 controles prenatales o más. Se derivaron 14 (93,3%) RN. Motivo de derivación DAP 10 (71,4%).

CONCLUSIÓN

La deserción es elevada, un 60% en el primer año y un 72% en el segundo. Es importante mejorar la comunicación con la familia y crear un sistema de referencia y contrarreferencia con los centros de derivación.

SINDROME DE ESCOBAR O PTERIGIUM MÚLTIPLE NO LETAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

P 78

Bellonio L.¹; García S.²; Pretz D.³; Gil E.⁴; Lavin S.⁵

HIEMI^{1,2,3,4,5}
sabribellonio@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Escobar es una entidad poco conocida, se hereda de forma autosómica recesiva. Su patogenia no está clara. Clínicamente se expresa de forma variable con dismorfias mayores (Escoliosis, Pie Bot, Pterigium Múltiples, soplo, paladar hendido, criptorquidia) y menores (Talla baja, implantación baja de las orejas, campodactilia, sindactilia, facie inexpresiva, micrognatia). Su diagnóstico es fenotípico y se debe diferenciar del S. de Pterigium Múltiple Letal, S. de Bandas Popliteas, Varicela Congénita, etc. El pronóstico es compatible con la vida, sin compromiso del desarrollo intelectual, pero con limitación de movimientos y de crecimiento. Un 6% mueren el primer año por problemas respiratorios restrictivos. Su tratamiento es kinesiológico, con actividad física vigorosa para lograr mayor movilidad y cirugías plásticas con injertos.

MATERIAL Y METODOS

Paciente femenino, nacido por cesárea, con peso de 1760gs y 35 semanas de edad gestacional, apgar 7/9, gesta mal controlada, madre de 17 años, sin antecedentes patológicos. G1P0A0. Al examen físico de recepción se constata dolicocefalia, fisura palatina, cuello corto, implantación baja de orejas, caderas en

flexión, pie bot bilateral, sindactilia del 3 y 4 dedo de ambos pies, campodactilia y múltiples pterigium en codos y rodillas. Se sospecha dicho síndrome y se realiza evaluación por genética (estudio cromosómico normal); evaluado por ortopedia (presentaba fractura humeral) y odontología constata fisura de paladar blando. Otros estudios realizados son: ecografías transfontanelar y abdominal, test de deglución, fondo de ojo y ecocardiograma normales. Luego de 31 días de internación se otorga el egreso hospitalario con un peso de 2130gs ($Pc < 3$), talla 39 cm ($Pc < 3$) y PC 33 cm ($Pc 50$).

DISCUSIÓN

A nuestro paciente se le realizó el diagnóstico fenotípicamente, presentando el 50% de dismorfias mayores y 60% de menores. Su aspecto neurológico coincide con una evaluación normal así como sus exámenes complementarios.

CONCLUSIÓN

Se trata de una patología infrecuente, con 100 casos descriptos a nivel mundial. No se han encontrado estudios de serie de casos. Todos coinciden con su pronóstico neurológico favorable y una morbimortalidad determinada por las dismorfias torácicas, sintomatología que se evidencia luego del periodo neonatal.

CANDIDIASIS RENAL NEONATAL

P 79

Koroluk M.¹; Petschanker F.²; Festa S.³; Granados C.⁴; Rombola S.⁵; Altamirano L.⁶;
Steinberg D.⁷; Salva V.⁸
HZA DR. RAMON CARRILLO^{1,2,3,4,5,6,7,8}
alecram76@hotmail.com

RESUMEN

Se trata de un Recién Nacido Pretermino, de peso adecuado para edad gestacional, internado en Unidad de Cuidados Intensivo Neonatal; quien permaneció internado 81 días dentro de los cuales presento varios episodios de Sepsis entre ellos Sepsis a *Cándidas* spp. a foco renal.

Las infecciones fúngicas han aumentado en los últimos años por el aumento de nacimiento de prematuros extremos y su mayor supervivencia, su inmunosupresión fisiológica (menor actividad de los macrófagos), el uso generalizado de técnicas invasivas de diagnóstico y tratamiento (catéteres, intubación traqueal, etc), empleo de antibióticos y esteroides prolongados, antagonistas H2 y teofilina. Los lípidos favorecen la nutrición de los hongos en la alimentación parenteral. Otros factores que favorecen la infección son lo común de la candidiasis vaginal, sobre todo con la portadora de anticonceptivos. La candidiasis neonatal puede ser congénita, adquirida sistémica y cutáneo-mucosa.

Incidencia: las infecciones fúngicas graves afectan entre el 2.5-10% de los recién nacidos de muy bajo peso (RNMBP). La candidiasis es una de las principales causas de infección neonatal nosocomial. Microbiología: la más frecuente es la *C albicans*. Otras especies son la *C tropicalis* y parapsilosis y menos frecuentes *C lusitaniae*, *C glabrata*, *C stellatoidea*, *C kruzei*, *C quillermondii*, *C pseudotropicalis*, *C torulopsis*, entre otras.

La presentación clínica de la candidemia en el neonato suele ser muy inespecífica y sutil, pudiendo incluir fiebre, inestabilidad hemodinámica, distrés respiratorio, apnea, bradicardia, letárgica y distensión abdominal. La afectación del tracto urinario por *Cándida* spp. en niños ocurre, casi siempre, en el contexto de candidemia o candidiasis invasiva en los RN, de los neonatos con candiduria tienen candidiasis renal que se manifiesta como «fungus ball» o como microabscesos en la ecografía renal.

ENFERMEDAD DE HIRSCHPRUNG EN PREMATURO DE MUY BAJO PESO AL NACER

RPD 80

Alvarez V.¹; Alavar S.²; Calderari A.³
HOSPITAL PABLO SORIA^{1,2,3}
luzcenicienta@hotmail.com

INTRODUCCION

La Enfermedad de Hirschprung (EH) es una anomalía congénita que se caracteriza por la ausencia de células ganglionares parasimpáticas de los plexos autónomos del intestino terminal. Su incidencia es de 1:5000 nacidos vivos. Es más frecuente en varones que en mujeres en una relación 4:1 en la EH clásica que se reduce 2:1 en la agangliosis congénita total. En el 70% de los casos es un defecto aislado. La sintomatología clínica típica es el retardo en la evacuación del meconio de 48 a 72 horas de vida con o sin distensión abdominal. Sus complicaciones pueden ser Sepsis y perforación.

OBJETIVO

Dar a conocer una entidad clínica poco frecuente en la práctica diaria.

CASO CLINICO

Madre secundigesta, CPN adecuados, sin antecedentes familiares ni personales de importancia, internada durante 4 días previo al parto por RPM. Bebé que nace por parto vaginal cefálico, sexo femenino, EG 30 SEG, peso 1136 grs., apgar 06/07. Ingresó a UTI Neonatal por dificultad respiratoria. Diagnóstico de Ingreso: RNPT/MBPN. SDR.EMH. Requiere ARM por 7 días y una dosis de surfactante. Bebé que inicia alimentación a las 24 hs de vida. Se mantiene 7 días con alimen-

tación trófica con regular tolerancia por distensión abdominal con asas intestinales visibles y regurgitación gástrica. Los análisis de sangre, orina, materia fecal y pesquisa metabólica fueron normales. Radiografía de abdomen: asas intestinales con contenido aéreo. Catarsis positiva a las 24 hs. de vida. Continuó 21 días con lactancia materna exclusiva y por gastroclisis, suspendiéndose en forma transitoria y reiterada el aporte lácteo por distensión abdominal y dificultad respiratoria. No presentó regurgitación alimentaria. A los 40 días de vida niña con peso 1200 grs., se alimenta con leche de fórmula hidrolizada en gastroclisis sin mejorar tolerancia. Se realizan análisis de laboratorio que se informan normales y radiografía de abdomen con dilatación importante de asas intestinales persistente. Se realiza IC con Gastroenterología. Se asume como Megacolon congénito. A los 2 meses de vida se realiza ostomía. A los 70 días de vida se recibe biopsia intestinal que informa ileon-sigmoide-apéndice ganglionar. Recto aganglionar. Actualmente con 90 días de vida, niña con buen progreso de peso (peso: 3260 grs.) Se alimenta por succión con buena tolerancia.

CONCLUSIÓN

A pesar de que la enfermedad de Hirschprung es una entidad compleja con características clínicas típicas, se debe pensar en ella ante cuadros con distensión abdominal persistente y sin clínica compatible como hemos observado en este paciente.

RECIÉN NACIDO CON ENFERMEDAD AMPOLLAR

P 81

Koroluk M.¹; Pestchanker F.²; Costamagna V.³; Martinez J.⁴; Festa S.⁵; Altamirano L.⁶; Granados C.⁷; Rombola S.⁸; Steinberg D.⁹; Salva V.¹⁰
HZA DR. RAMON CARRILLO¹²³⁴⁵⁶⁷⁸⁹¹⁰
alecram76@hotmail.com

RESUMEN

Se presenta un caso de un paciente RNPT / PAEG (36 semanas / 2840 gramos) que presenta al momento del nacimiento lesiones ampollares en antebrazos y torso, acompañadas de agenesia de piel en ambas piernas.

La epidermólisis ampollosa es una patología poco frecuente, caracterizada por la susceptibilidad de la piel y mucosas a la aparición de lesiones ampollares de contenido seroso o serohemático ante mínimos traumatismos, de forma localizada o generalizada, que se extienden también a la mucosa de la vía aérea, boca, esófago, conjuntivas y mucosa vesical.

El origen de la epidermólisis ampollar es una serie de anomalías genéticas que producen alteración de las proteínas que intervienen en la unión de la dermis y la epidermis. Estas variaciones se traducen en fragilidad cutánea y tendencia a formar ampollas.

Se diferencian en su gravedad y pronóstico, características clínicas e histopatológicas y patrones de herencia, pero todas tienen en común la formación de ampollas ante traumatismos y su exacerbación en ambientes calurosos.

Hasta el momento, se han descrito más de 26 subtipos clínicos con manifestaciones variables, desde leves alteraciones hasta procesos que llegan a ser fatales en corto tiempo

La incidencia reportada de esta enfermedad varía por zonas geográficas, afectando aproximadamente a 2 de cada 100.000 nacidos vivos, con un discreto predominio en el sexo masculino y con un modo de herencia que puede ser dominante o recesiva. Sin embargo, en muchos países no se conoce por completo el porcentaje de niños que nacen con epidermólisis ampollar.

HENDIDURA LARÍNGEA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN NEONATOLOGÍA

RPD 82

Fernandez N.¹; Molina R.²; Sampietro H.³; Sicca G.⁴; Olsen G.⁵
HOSPITAL A. POSADAS¹²³⁴⁵
nmf_cdv@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN

La hendidura laringo-traqueo-esofágica es la ausencia del septum entre laringe, traquea y esófago. Clínicamente hay cianosis al nacimiento, tos al alimentarse y neumonías.

OBJETIVO

Reportar un caso clínico de hendidura laríngea como diagnóstico diferencial de dificultad respiratoria en neonatología.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente RNT/ PAEG, embarazo no controlado, exposición a agro-químicos en zona rural durante el primer trimestre, parto vaginal, presentación cefálica, APGAR 9/10. Presentó a las 4 hs de vida dificultad respiratoria, aleteo nasal, tiraje subcostal y taquipnea; ingresó a UCN, se colocó oxígeno por halo cefálico, se hemocultivó y medicó con ampicilina + gentamicina por 3 días. Se evidenció llanto disfónico desde su nacimiento. A los 2 días de vida comenzó a alimentarse por succión, presentó episodio de cambio de coloración y desaturación, con tos inefectiva durante la misma, por lo que se inició alimentación por SOG. Por persistir

con episodios de dificultad respiratoria y desaturaciones transitorias durante la alimentación se decidió ayunar y colocar PHP. Se realizaron ecocardiograma, ecografías cerebral y abdominal normales. A los 5 días de vida se realizó endoscopia respiratoria bajo anestesia, donde se diagnosticó: HENDIDURA (CLEFT) LARÍNGEA, por lo que se indicó continuar con vía oral suspendida y se solicitó su derivación para resolución quirúrgica en centro de mayor complejidad.

DISCUSIÓN

La hendidura laringo-traqueo-esofágica es una rara anomalía caracterizada por una carencia total del septo entre la laringe, traquea y esófago. Representa 1% de las malformaciones laríngeas. De acuerdo con la clasificación de Petterson hay cuatro tipos. Se asocia a varias anomalías congénitas incluyendo gastrointestinales (micrognatia, atresia esofágica y fístula traqueoesofágica), genitourinarias (agenesia renal, hernia inguinal y criptorquidia) y malformaciones cardíacas (defectos septales, coartación de aorta y transposición de grandes vasos). Se decidió presentar este caso debido a su baja frecuencia y a la importancia del diagnóstico precoz, el cual mejoraría la morbilidad y mortalidad de esta patología.

PROGRAMA DE SALUD DESTINADA A MADRES DE NIÑOS INTERNADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA. "AYUDANDO A LAS MAMÁS"

P 83

Villoldo M.¹; Gutierrez G.²; Villa Y.³; Lucena M.⁴; Cajal A.⁵; Morales S.⁶

HOSPITAL AVELLANEDA¹²³⁴⁵⁶

marielavilloldo@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La salud es uno de los factores más importantes para el desarrollo de un país. Los servicios de salud tienen la responsabilidad de prevenir y enfrentar los problemas de salud. Este Programa de Salud está destinado a las Madres que se encuentran en la sala de Madres de nuestra Institución. Intentaremos conseguir los cambios de conducta esperados para mejorar los estilos de vida con respecto a la conservación de la Salud.

OBJETIVOS

- Aplicar un programa de salud destinado a las madres de los niños internados en el Servicio de Neonatología.
- Contribuir a mejorar la salud de la población infantil a través de la vigilancia de su crecimiento y desarrollo físico y psicosocial.
- Implementar un trabajo conjunto y coordinado de los sectores de educación, salud y otros sectores que correspondan según sea el problema.
- Motivar a las madres como así también a los profesionales de la salud de los servicios asistenciales como agentes eficaces en la implementación de la presente Programación.
- Impartir educación para la salud en procura de cambios de conducta y hábitos de vida y en la detección y abordaje de factores de riesgo.

MÉTODO

El estudio será descriptivo de corte transversal. La población bajo estudio será la totalidad de las madres cuyos Recién Nacidos se encuentren internados en el Servicio de Neonatología del Hospital Avellaneda. En el estudio se evaluará la participación y aprendizaje de las madres de acuerdo a las diferentes actividades durante el período Mayo-Diciembre de 2013 referidas a capacitación sobre Cuidados del RNPT internado-Cuidados del RNPT en el hogar-Cuidados durante el puerperio-Lactancia materna-Planificación familiar y Paternidad responsable-Contención de padres en crisis-Infecciones respiratorias y reanimación neonatal para padres. Variables bajo estudio: -Grado de Participación de las madres a las actividades planteadas -Nivel de conocimiento adquirido antes y después de la capacitación

Para la recolección de datos se utilizarán encuestas de control previa y posterior a la capacitación.

Para la evaluación se utilizarán indicadores de proceso y resultados según el Modelo de Avedis Donabedian

IMPLEMENTACION DE UN INSTRUMENTO PARA CATEGORIZACION DE PACIENTES Y PASE DE GUARDIA

RPD 84

Villoldo M.¹; Mendoza P.²; Concha C.³; Cordoba N.⁴

HOSPITAL AVELLANEDA¹²³⁴

marielavilloldo@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Para optimizar el trabajo y mejorar la calidad de atención del personal de enfermería se diseñó un instrumento para registrar datos importantes del paciente respecto a su internación y asu vez determinar a través de la asignación de pacientes según complejidad la distribución del personal de Enfermería. Un registro practico y sencillo que garantiza el seguimiento del cuidado según la necesidad emergente del paciente.

OBJETIVOS

- Registrar datos relevantes del paciente (Nombre, Apellido, Diagnostico, categorizacion, etc).
- Describir el estado clínico del paciente y los elementos que forman parte de la unidad.
- Descripción detallada del tratamiento, estudios y resultados de laboratorio.
- Dejar registrado los enfermeros a cargo según día y turno correspondiente.
- Llevar el registro durante todo la internación del paciente en un único instrumento.

MÉTODO

El estudio será descriptivo de corte transversal. La población bajo estudio será la totalidad de los Recién Nacidos que se encuentren internados en el Servicio de Neonatología durante el período Abril -Diciembre de 2013. Variable bajo estudio: -Características y clasificación de pacientes según instrumento empleado

Para la recolección de datos se utilizarán los instrumentos diseñados para categorización de psientes y pase de guardia.

Para la evaluación se utilizaran indicadores de proceso y resultados según el Modelo de Avedis Donabedian

GASTROSQUISIS (GQ): CRECIMIENTO Y DESARROLLO A LOS DOS AÑOS DE VIDA

PS 85

Andres S.¹; Bauer G.²; Rabasa C.³; Novali L.⁴; Fariña D.⁵

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

silviabandres@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La GQ es un defecto de la pared abdominal que ha tenido un aumento en la incidencia en las últimas décadas. Requiere de un equipo neonatal capacitado para su manejo. Muchos de estos pacientes tienen un curso neonatal complejo y la evidencia sobre su evolución es aún insuficiente.

OBJETIVO

Evaluar la evolución a los 2 años de una cohorte de niños con diagnóstico de GQ.

MÉTODO

Cohorte prospectiva de pacientes (p) con diagnóstico de GQ egresados de neonatología del hospital J.P. Garrahan entre 01/2008 y 07/2010, seguidos en el Consultorio de Alto Riesgo hasta los 2 años de vida. Variables demográficas y neonatales. Medidas de resultado: Morbilidad (reinternaciones), crecimiento (evolución del score Z) y retraso del desarrollo (escala CAT/CLAMS, CD < 70).

RESULTADOS

De 56 p que egresaron de neonatología, 12 fueron contrarreferidos a otros servicios y 44 ingresaron a seguimiento, 37 (84%) fueron seguidos hasta los 2 años (18 Niñas/12 Niños). Características neonatales (Medianas y Rangos) Peso

Nacimiento: 2.450g (1600-3000), edad gestacional 37sem (33-40), tiempo de internación 53 días (24-210), nutrición parenteral total 33 días (12-174), el 20% requirió más de 1 cirugía. Reinternaciones: 1er año: 15p (40%), 8p (21%) por IRA, 5p (13,5%) por suboclusión intestinal y 2p (5%) por cirugía; 2do año: 1p (3%) por suboclusión intestinal. Crecimiento Score Z (X±DS) Peso: al alta neonatal -2,10 ±0,93, 1 año -0,84 ±0,80, 2 años -0,58 ±1,13 (diferencias p < 0.001), Talla: al alta -2,78 ±1,32, 1 año -1,06 ±1,04, 2 años -0,76 ±1,28 (diferencias p < 0,003), Perímetro cefálico: al alta -1,50 ±1,68, 1 año -0,26 ±1,08, 2 años -0,13 ±1,08 (diferencias p < 0,001). Retraso del desarrollo: 6 niños (20%).

CONCLUSIÓN

Se observó en esta cohorte un alto impacto en la salud y la mitad de ellos continúa con importante morbilidad durante el primer año de vida. Los niños con GQ logran una buena compensación del crecimiento a los 2 años en todos los parámetros. El 20% evoluciona con retraso del desarrollo y marca necesidad de continuar con estrecha vigilancia.

ESTUDIO DE LA ASOCIACIÓN DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO CON EPISODIOS DE APARENTE AMENAZA DE LA VIDA MEDIANTE IMPEDANCIOMETRÍA INTRALUMINAL MULTICANAL-PHMETRÍA DE 24 HS. EN LACTANTES

PS 86

Ussher F.¹; Cohen Sabban J.²; Mariani G.³; Garrido Sarabia D.⁴; Donato G.⁵; Orsi M.⁶

SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA, HEPATOLOGÍA Y TRASPLANTE HEPATOINTESTINAL PEDIÁTRICO^{1,2},

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

fedeussher@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La asociación temporal del reflujo gastroesofágico (RGE) con los episodios de aparente amenaza de la vida (EAAV) sigue siendo un tema controvertido. Es de interés analizar si los episodios de reflujo ocurren antes, durante o después del evento. Dado que la Impedanciometría Intraluminal Multicanal con Phmetría de 24hs (IIM-pH24hs) aporta información acerca de múltiples variables del reflujo, puede ser de gran utilidad en el manejo de lactantes con esta presentación clínica.

OBJETIVO

Analizar con IIM-pH24hs la correlación sintomática temporal entre ahogos y/o apneas y los episodios de reflujo en pacientes con EAAV y sospecha de RGE.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de lactantes ≤ 3 meses de edad con EAAV entre 2005 y 2011. Se realizó IIM-pH 24hs para determinar en ventana de 2 minutos si los ahogos y apneas ocurrían antes, durante o después del episodio de reflujo. Los pacientes fueron monitorizados con oximetría de pulso continua. El registro de los síntomas fue realizado por personal de salud según observación clínica. De acuerdo a la presentación de síntomas (ahogos y/o apneas) durante el estudio, se dividieron los pacientes en: Grupo I (GI) con síntomas y Grupo II (GII) sin síntomas. Además se analizó, la composición del reflujo: ácido (pH < 4), levemente ácido (pH 4-7) y no ácido (pH > 7), clearance del bolo, score de pH, y el ascenso a canales proximales.

RESULTADOS

Fueron evaluados 53 niños (26 niñas), X 49,4 días (r 2-82 días). El 45% (24 niños)

presentó síntomas, 15 ahogos y 9 apneas (GI). El score de phmetría fue normal en el 71% de los niños del GI y 69% del GII. Los episodios totales de reflujo fueron significativamente mayores en GI vs GII (p 0,026). No hubo diferencia significativa en ambos grupos con respecto al número total de episodios de reflujo que ascendieron a canales proximales. Se observó que las apneas ocurrieron 32% antes, 36% durante y 32% después del RGE (levemente ácidos: 64%). En cambio, los ahogos ocurrieron 22% antes, 50% durante y 28% después del RGE (ácido: 50%).

CONCLUSIÓN

Los hallazgos de la IIM-pH24hs confirman la variabilidad en la secuencia temporal de la asociación estudiada. La terapéutica existente no daría respuesta a las características físico-químicas del RGE observado en un grupo de estos pacientes. De haberse realizado exclusivamente phmetría convencional, se hubiese omitido el diagnóstico de RGE en un gran porcentaje de los niños estudiados.

	GRUPO I X (± DS)	GRUPO II X (± DS)	t-Test (p)
Edad (días)	43,83(±20,1)	54,03(±19,5)	
Score de Ph (Boix-Ochoa)	14,86(±15,14)	14,96(±13,64)	p 0,980
Clearance del Bolus (seg.)	14,16(±5,05)	15,03(±5,52)	p 0,557
Total Episodios de RGE	56,21(±23,61)	44,31(±13,63)	p 0,026
Canales Proximales (1-2)	24,58(±15,81)	24,55(±10)	p 0,993

INSTRUMENTACIÓN DEL APGAR FAMILIAR EN EL CONSULTORIO DE NEONATOLOGÍA DE ALTO RIESGO

RPD 87

Gorostizu E.¹; Alayes S.²; Oyarburo L.³

HOSPITAL MATERNO INFANTIL "DON VICTORIO TETAMANTI"^{1,2,3}
agoro23@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

En el Hospital provincial "Victorio Tetamanti" de Mar del Plata, el consultorio de seguimiento en el año 2012 recibió 3239 consultas, el 48,25% lo forma los recién nacidos pretérmino (RNPT) peso <1500gr al nacer. La adecuada dinámica familiar es un factor decisivo en el seguimiento.

OBJETIVO

Conocer la percepción de las madres de los RNPT peso <1500 gr al nacer, con respecto a su realidad familiar y la contención que esta le brinda

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal simple en una muestra de 100 madres de RNPT peso <1500gr al nacer mediante la entrega de un cuestionario mixto (APGAR Familiar Dr. Smilkstein) auto-administrado, anónimo y voluntario, durante un período de 01/02/12 a 01/03/13.

RESULTADOS

Se analizaron del cuestionario de la muestra de 100 madres de RNPT Peso <1500gr al nacer, las herramientas personales que fueron las variables independientes de las cuales se observó que el 51% (51) tienen una edad entre 15-25 años, el 28% (28) tienen escolaridad incompleta, el 44% (44) tienen pareja estable y el 29% (29) viven con su marido e hijos.

Las variables independientes de Recién Nacido: Peso de Nacimiento y Días de Internación, se obtuvo que un porcentaje del 21% (21) tuvieron un peso al nacer entre 1250-1500 gr y el 32% (32) estuvieron internados entre 1 a 2 meses en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Las preguntas del cuestionario APGAR Familiar, sobre la percepción que tienen las madres de la realidad funcional familiar, mostró que el 97% (97) poseen "Funcionalidad Familiar" y el 3% (3) presentaron "Probable disfunción familiar".

CONCLUSIÓN

Estudiar la dinámica familiar es importante para entender como funciona cada familia y así poder planificar mejor su Atención Integral permitiendo una intervención oportuna en resguardo de la vulnerabilidad del recién nacido favoreciendo su adherencia al programa de seguimiento. Destacamos, que es percibido un sesgo en la evaluación con disfunción familiar debido a que es un estudio retrospectivo, donde hubo acomodamiento familiar producido después del alta del prematuro.

Por tal razón sugerimos que se realice en un futuro inmediato, la aplicación del APGAR Familiar en el área de internación neonatal, que a nuestro entender reflejaría una mayor disfuncionalidad familiar, requiriendo una participación del equipo de salud interdisciplinaria.

PERFIL DE LA DEMANDA ESPONTÁNEA DE LOS MENORES DE 30 DÍAS QUE CONSULTAN AL HOSPITAL GARRAHAN

PS 88

Arbio M.¹; Brunner N.²; Pierro E.³; Rodrlguez S.⁴; Fariña D.⁵

HTAL GARRAHAN^{1,2,3,4,5}
soledadarbio@yahoo.com.ar

El Área de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Garrahan (HG) fue creada con el objetivo de ser un centro de referencia para la asistencia de recién nacidos (RN) de alta complejidad. En los últimos años el ingreso de RN ≤ 30 días por demanda espontánea (DE) se ha incrementado y representa el 45% de las internaciones.

OBJETIVO

Determinar el perfil de RN que concurren por DE al HG; analizar si existió referenciamiento adecuado luego del nacimiento hacia un centro de atención primaria (APS); establecer si existieron consultas previas en otros centros antes de concurrir al HG; explorar cuales RN podrían haber sido absorbidos por otra institución de menor complejidad y conocer los motivos de sus padres para concurrir a este hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal, descriptivo y observacional.

POBLACIÓN

Consultas de ≤ 30 días en el área de emergencia o en los consultorios de DE. Se recolectaron características y motivaciones para la consulta mediante un cuestionario ad oc. Un grupo asesor independiente evaluó si la consulta correspondía o no a la alta complejidad. Con el fin de unificar criterios de internación de la DE se consideró alta complejidad: RN que ingresaron al sector de emergencia y requirieron soporte vital y aquellos que, por su patología, requerían la atención ≥ 2 especialistas o presentaban ≥ 2 patologías asociadas.

RESULTADOS

Se analizaron 180 consultas, edad X 18 d. ± 7,6; 88% de los RN habían sido referenciados a un centro de APS luego del nacimiento. Los motivos más frecuentes de consulta fueron: Infección Respiratoria Aguda (IRA), patología infectológica (PI), puericultura, Ictericia (I) y patología gastrointestinal (GI). Se internaron en la unidad 78 % del total de los RN de DE; según patología: IRA= 88% (43/49); PI=100% (n=35); I=67% (9/14); GI=91% (10/11). Sólo 20% de los neonatos presentaban una patología de alta complejidad pasible de ser resuelta en el HG. Los motivos de los padres para consultar fueron: búsqueda de 2da opinión: 57%, derivación por otro profesional 32%; falta de respuesta en el APS: 20%. El 52% concurren en más de 1 oportunidad a otro centro.

CONCLUSIÓN

El análisis del perfil de RN que concurre por demanda espontánea al HG mostró una alta necesidad de internación de patología de mediana y baja complejidad. La demanda insatisfecha en el primer y segundo nivel de atención implica la utilización de plazas destinadas a RN críticos que debería, en su gran mayoría, ser absorbida por centros de menor complejidad.

HIPOTERMIA TERAPÉUTICA EN NEONATOS: IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO EN UN HOSPITAL PÚBLICO DEL GCBA

Valera M.¹; Berazategui J.²; Saa G.³; Olmo Herrera C.⁴; Tavosnanska J.⁵; Sepulveda T.⁶; Buraschi M.⁷; Gacio S.⁸; Villalba C.⁹

HOSPITAL FERNANDEZ¹²³⁴⁵⁶⁷⁸⁹
valeramariana@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La encefalopatía hipoxico-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) (Sarnat & Sarnat). El servicio de Neonatología del Hospital "Juan A. Fernández" (HJAF) incorporó esta terapéutica mediante la implementación de un programa de hipotermia para la prevención del daño cerebral de los RN de las maternidades del GCBA. Comprendió tres fases: 1-Auditoría interna y certificación en Reanimación Neonatal (RCPN), 2-Capacitación en el centro, SAME y red neonatal, 3-Implementación

OBJETIVOS

Evaluar la factibilidad de implementar el programa como estándar de tratamiento.

POBLACIÓN

RN con EG \geq 36 semanas y PN \geq 1800 gramos con EHI M-S que hayan nacido en cualquiera de los Hospitales del GCBA, cuyos padres hayan firmado el consentimiento informado para el ingreso al programa.

Material, métodos, Resultados: Descriptivo, serie de casos. Las fases 1 y 2 se desarrollaron desde Junio de 2010 a Junio de 2011. La tercera fase comenzó en Junio de 2011 y hasta Marzo de 2013, ingresaron al programa 14 RN (8 de HJAF y 6 del

resto de la red), a los que se les realizó hipotermia activa selectiva y monitoreo de la función cerebral con aEEG (Cool Cap[®], OLYMPIC CFM 6000[®]-Natus).

Se formó un grupo de trabajo, se capacitó en hipotermia y RCPN. Se realizaron reuniones de capacitación con los jefes de las maternidades y SAME.

Todos los pacientes ingresaron antes de las 6 h de vida, los nacidos en HJAF en promedio a las 4h, los derivados a las 5,5h. La temperatura central al ingreso fue en promedio 34°C. Todos tuvieron antecedentes perinatales y pH de cordón o de la primera hora de vida con valor medio de 6,8 y exceso de base con valor medio -22. El 79% de los pacientes tuvo convulsiones; 50% EHI M-S; 50% coagulopatías; 14% hipoglucemia; en 10 pacientes se realizó RNM de cerebro con difusión y espectroscopia siendo en el 50% de los casos patológica. La mortalidad fue del 14% (2 pacientes, de los cuales 1 solo falleció durante el tratamiento).

CONCLUSIONES

Fue factible implementar el programa 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 100% de los neonatos que solicitaron derivación. Ante los beneficios del tratamiento, es necesario concientizar a los sistemas de salud sobre el mismo.

PS 89

Opción a Premio

CELULITIS COMO FORMA DE PRESENTACION DE SEPSIS NEONATAL TARDIA POR ESTREPTOCOCO GRUPO B- PRESENTACION DE UN CASO

Valera M.¹; Cevallos S.²; Palma K.³; Molina M.⁴; Olmo Herrera C.⁵; Bonifacino G.⁶; Bossi G.⁷; Valanza K.⁸

HOSPITAL FERNANDEZ¹²³⁴⁵⁶⁷⁸
valeramariana@gmail.com

INTRODUCCION

El *Streptococcus Agalactiae* (SGB) es el agente etiológico más frecuente de sepsis bacteriana y meningitis neonatal. Puede traspasar las membranas ovulares intactas y se lo ha relacionado con muerte fetal y parto prematuro.

La celulitis es una manifestación localizada de sepsis neonatal tardía por SGB, que debe considerarse un marcador de enfermedad invasiva, dado que presenta bacteriemia en el 91% de los casos.

OBJETIVO

Describir un caso clínico de sepsis tardía por SGB de presentación clínica poco frecuente

MATERIAL Y MÉTODOS

RNPT/PAEG (31s/1170gr) nacido por parto vaginal, vigoroso; cuya madre, primigesta, adicta a drogas de abuso, con serologías negativas y cultivo de SGB negativo del último mes de embarazo, presenta ruptura prematura de membranas ovulares de más de 48 horas de evolución, por lo que fue medicada con Azitromicina y Penicilina. El RN por sospecha de sepsis precoz inicia tratamiento empírico con Ampicilina y Gentamicina al nacimiento, suspendiéndose el mismo a las 48h con lectura de hemocultivos negativos. A los 20 días de vida presenta

apneas, irritabilidad y se observa una lesión con signos de flogosis localizada en la región parótida y submaxilar derecha. Con sospecha de infección nosocomial se policuliva y realizan laboratorios de *Screening* Infectológico (hemograma y proteína C reactiva) que arrojan resultados normales e inicia tratamiento con Piperacilina-Tazobactam y Vancomicina durante 48h, con lectura de hemocultivos positivos para SGB y antibiograma sensible se adecua el tratamiento a Penicilina IV cumpliendo 10 días de tratamiento con este antibiótico. No se aisló el germen en el líquido cefalorraquídeo.

Se repite hisopado vaginal a la madre con resultado positivo para SGB, y se culiva la leche materna arrojando resultado negativo.

CONCLUSIONES

La transmisión vertical de SGB en madres portadoras alcanza el 50%, pero la colonización del recién nacido es alrededor de 2%. Aproximadamente el 20% de las infecciones neonatales tardías causadas por SGB se pueden presentar como meningitis, artritis, celulitis, adenitis, impétigo, otitis media o bursitis.

Teniendo en cuenta que en el 36% de los casos las madres no presentan factores de riesgo y la pesquisa universal de SGB tiene un falso negativo de 8-20%, no debe dejar de pesquisarse SGB hasta los 3 meses de vida.

P 91

EPIDERMOLISIS AMPOLLAR: PRESENTACION DE UN CASO

P 92

Valera M.¹; Olmo Herrera C.²; Bovalina E.³; Giuliano F.⁴; Sexer H.⁵; Gendra M.⁶;
Cruz V.⁷; Batocletti C.⁸; Plafnik R.⁹
HOSPITAL FERNANDEZ^{1,2,3,4,5,6,7,8}; HOSPITAL RAMOS MEJIA⁹
valeramariana@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La epidermolísis ampollar está caracterizada por la ausencia congénita localizada de la piel, lesiones ampollares muco-cutáneas y alteraciones de las uñas. Las lesiones ampollares de piel y mucosas, se inician después del nacimiento, en áreas de piel sometida a presión o traumatismo. Su incidencia se sitúa alrededor de 1 caso por 200000 habitantes y su tratamiento no se encuentra estandarizado, es de sostén con el objetivo de lograr la re-epitelización de las lesiones.

OBJETIVOS

Presentación de un caso clínico de epidermolísis ampollar y su tratamiento.

POBLACIÓN

RNT /PAEG (40s/3030 gr), que presenta desde el nacimiento lesiones compatibles con agenesia cutánea en región pretibial de ambos miembros inferiores, alteración de ortijos, onicodistrofia y lesiones ampollares en zonas de contacto. El paciente fue evaluado por el Servicio de Dermatología del Hospital "Ramos Mejía". Al efectuarse la biopsia se confirma el diagnóstico de epidermolísis ampollar. El tratamiento se basó en curaciones diarias durante la primera semana luego cada 48 hs con clorhexidina al 2% o jabón de avena sin frotar, enjuagues con agua tibia por arrastre y secado con gasas por apoyo. Se cubrieron las lesiones con un

apósito antimicrobiano formado por espuma de poliuretano (Mepilex® Mohnlycke Healthcare) que aceleró la re-epitelización. La curación a realizar en caso de no disponer de este material es con vaselina sólida estéril y vendajes embebidos en vaselina líquida.

RESULTADOS

El neonato se externa a los 10 días de vida, sin presentar complicaciones infecciosas y re-epitelización de las lesiones. Actualmente continúa en seguimiento por el consultorio de Neonatología del Hospital "Juan A. Fernandez", con buena evolución, sin presentar nuevos brotes.

CONCLUSIONES

Los apósitos de poliuretano aprobados por la FDA desde el año 2009, de amplio uso a nivel internacional, fueron utilizados por recomendación del Servicio de Dermatología del Hospital "Ramos Mejía", previo consentimiento de los padres. Los mismos fueron donados por la fundación "Debra" ya que no se encuentran disponibles en el mercado local. El neonato presentó restitución ad-integrum de las lesiones con dicho tratamiento y actualmente a partir de la documentación de este caso índice se está gestionando la aprobación por el ANMAT.

PRESENTACION DE CASO CLINICO: SINDROME DE KARTAGENER

RPD 93

Menzio M.¹; Brezigar A.²; Belzunce L.³; Cardetti M.⁴; Diorio L.⁵
MATERNIDAD DRA TERESITA BAIGORRIA-SERVICIO NEONATOLOGIA^{1,5}; CLINICA CERHÚ^{2,4}; SERVICIO
NEUMONOLOGIA PEDIATRICA HOSPITAL SAN LUIS³
moclame70@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Síndrome de Kartagener, trastorno que se hereda de forma autosómica recesiva. Incidencia 1/16.000. Consiste en una combinación de secreciones nasales mucosas espesas, pansinusitis, situs inverso parcial o total, posición más inferior del testículo derecho, otitis media serosa crónica y bronquiectasias, asplenia. Anomalía principal: epitelio respiratorio y esperma con alteraciones en el número, orientación y estructura del complejo de filamentos de los cilios; con inmovilidad o movilidad anormal de los mismos, con ausencia del brazo de dineína. Promedio de vida normal.

MATERIAL Y MÉTODO

Caso clínico

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino, nace el 13/11/12. Peso: 3470 grs. Talla: 50 cm y PC: 33cm. EG: 39 semanas. Antecedentes Perinatales: G1P0A0, 8 controles del embarazo. ITU en 2º trimestre medicada con ATB. Ecografías prenatales (2) normales. Ingresó a UCIN a las 9 horas de vida por Síndrome de Dificultad Respiratoria. Requiere O2 por halo, SOGA y VCL 60/0/0 flujo de glucosa 4,1. Se realiza Rx tórax:

se constata silueta cardíaca a la derecha, cámara gástrica a la derecha e imagen hepática a la izquierda. Sospecha diagnóstica SITUS INVERSO TOTAL. Se realiza ecocardiograma Doppler, donde se constata Situs Inverso y FOP. Presenta Atelectasia, por lo que se sospecha neumonía connatal y se medica con ATB: ampicilina más gentamicina durante 7 días. Hemocultivo negativo. Recibe CPAP nasal por 13 días, Halo de O₂ por 8 días y cánula nasal con FiO₂ 21% hasta completar 30 días de O₂ total. Recibe Salbutamol cada 4 horas hasta el alta. Se realimenta a los 3 días de vida con LM. Se realiza cariotipo. Estudio de Motilidad ciliar y Ultraestructura ciliar: Disquinesia ciliar primaria por defecto de ambos brazos de dineína; con determinación de FeNO (Óxido Nítrico exhalado) francamente disminuida. A los dos meses de vida se realizó estudio de función respiratoria en Hospital Gutiérrez de Bs.As. dando como resultado flujos respiratorios forzados en límite inferior a la normalidad. El paciente se interna en Servicio de Pediatría al mes de vida por taquipnea. Crecimiento y desarrollo normal, con FR de base 60 x minuto. Fondo de ojo y otoemisiones acústicas normales.

CONCLUSIONES

Importancia de la sospecha diagnóstica ante paciente con dificultad respiratoria y situs inverso, y la realización del estudio ciliar para su confirmación.

SINDROME DE DOWN: CONSULTORIO DE SEGUIMIENTO

RPD 94

Lenzano S.¹; Menzio M.²; Diorio L.³; Lopez M.⁴

MATERNIDAD DRA TERESITA BAIGORRIA-SERVICIO NEONATOLOGIA^{1,2,3,4}
slenzano@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN

El seguimiento continuo de niños con Síndrome de Down, favorece en forma PRECOZ la inclusión del niño a la familia y a la sociedad. También permite pesquisar patologías de fuerte asociación a este síndrome.

OBJETIVO

Evaluar los resultados de los recién nacidos ingresados al Consultorio de Seguimiento (nacidos en nuestro Hospital y derivados de otras instituciones)

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo y descriptivo. Se revisaron las historias clínicas de 35 recién nacidos con diagnóstico de síndrome de Down. Nacidos en nuestro Servicio 31 pacientes (88,5%), en otras instituciones 4 pacientes (11,4%). También se revisó el SIP y registros internos del Servicio de los niños nacidos entre el 01/01/05 al 31/12/12 (8 años), con un total de partos hospitalarios de 16.013 (2,2%) de RN con Síndrome de Down.

RESULTADOS

Edad materna media 28,8 años. Confirmación diagnóstica con cariotipo 27 pacientes (77,1%). Faltan datos 7 pacientes (20%). Sin cariotipo 1 paciente (2,8%). Cardiopatía congénita asociada CIV mas asociación 11 pacientes (42,9%). Otras patologías asociadas (Hipotiroidismo 20%, Enfermedad Celiaca 5,7%, Atresia de Duodeno por páncreas anular 5,7%, malformaciones renales más ITU 8,5%, síndrome mieloproliferativo 2,8%, requerimiento quirúrgico 20%. Otros datos de interés: percentilo PESO/TALLA al año de vida (Tabla *Children Hospital Boston*) < P25 28,5%, P50-75 37,1%. No ingresaron a seguimiento 8,5%. Fallecieron en UTIP 2 pacientes. Desertores antes del año 22,8%. Continúan en seguimiento: 24 pacientes, 68,5%.

CONCLUSIONES

Con el control temprano y longitudinal se detectan y tratan patologías de importancia como cardiopatías congénitas, hipotiroidismo, leucemia, infecciones del tracto urinario con o sin malformaciones asociadas, etc. Por eso se debe continuar trabajando para el ingreso y permanencia de los pacientes en SEGUIMIENTO.

INFECCION NEONATAL SEVERA POR ENTEROVIRUS. A PROPOSITO DE UN CASO

RPD 95

Belzu Rodriguez M.¹; Colantonio G.²; Pedraza A.³

CLÍNICA Y MATERNIDAD SUIZO ARGENTINA^{1,2,3}
drmarcobr@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Se ha estimado que alrededor de 10–15 millones de infecciones sintomáticas por enterovirus ocurren al año en el mundo. Existen reportes de casos de infecciones adquiridas pre, intra o posnatalmente. La infección por enterovirus está asociada a un amplio espectro de signos y síntomas, desde fiebre inespecífica hasta enfermedad multisistémica potencialmente fatal.

OBJETIVO

Presentar un caso clínico de sepsis neonatal por enterovirus.

MATERIAL Y MÉTODOS

Descripción de caso y revisión de la bibliografía.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino, que nace por cesárea a las 38 semanas de edad gestacional con un peso de 2860 gramos, Apgar 9/10. A los 8 días de vida es internado en terapia intensiva neonatal con signos de dificultad respiratoria, palidez cutánea, cianosis peribucal, relleno capilar lento, secreciones nasales escasas y rechazo al pecho materno. La ecografía cardiaca informó disfunción miocárdica severa (FA: 18%). Estuvo en ARM durante 28 días. Requirió inotrópicos hasta los 30 días de

internación. Presentó taquicardia ectópica de la unión que respondió a adenosina y amiodarona e hipertensión arterial tratada con enalapril. Tuvo un episodio convulsivo que cedió con fenobarbital, insuficiencia hepática con colestasis y coagulopatía. Los signos clínicos de sepsis neonatal, con compromiso multiorgánico especialmente cardiovascular, además de los cultivos bacterianos negativos, orientaron a realizar PCR en LCR para virus atípicos. A los 10 días de internación se confirmó la etiología del cuadro infeccioso: ENTEROVIRUS. La evolución fue favorable, compensándose la función respiratoria, cardiovascular y hepática. Egresó del servicio a los 63 días de vida. Diagnóstico: Sepsis neonatal severa por enterovirus.

CONCLUSIÓN

Los enterovirus pueden causar enfermedad severa, como en el caso de nuestro paciente, con entidades que amenazan la vida como hepatitis, coagulopatía, encefalitis y miocarditis. Es importante sospecharlo ante la ausencia de otros gérmenes que pueden provocar cuadros clínicos similares. El tratamiento de sostén de gran complejidad permitió la compensación de la falla multisistémica egresando con secuelas leves, sobre todo cardíacas, que continuaron bajo seguimiento ambulatorio.

Palabras clave: enterovirus, sepsis, miocarditis.

DISTROFIA MIOTÓNICA TIPO 1 CONGÉNITA (ENFERMEDAD DE STEINERT). A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD 96

Belzu Rodríguez M.¹; Leiva G.²; Tamanaha F.³; Di Gruccio V.⁴

CLÍNICA Y MATERNIDAD SUIZO ARGENTINA^{1,2,3,4}
dmarcobr@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La distrofia miotónica tipo 1 es una enfermedad multisistémica autosómica dominante descrita en 1909 por Steinert, Batten y Gibb. La prevalencia de la forma congénita (DMC) es de 2 a 5 por 100 000. Produce, en el periodo neonatal inicial, una significativa morbilidad y mortalidad. Si bien el cuadro clínico tiene una amplia variedad de presentaciones, la hipotonía suele ser el primer síntoma.

OBJETIVO

Presentación de un caso y revisión de la bibliografía.

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 28 semanas de edad gestacional y 765 gramos de peso al nacer, Apgar 4/7. Madre primeriza, con antecedentes personales de distrofia miotónica que requirió, durante su infancia, lobectomía por bronquiectasias. Presentó complicaciones propias de la prematuridad. Se sospechó DMC o enfermedad de Steinert por fenotipo característico: hipotonía generalizada, impactación meconial, doblez facial con cara alargada, inexpressiva, oclusión palpebral incom-

pleta bilateral y boca abierta con labio superior en forma de campana, paresia diafragmática, artrogríposis múltiple, pie equinovaro bilateral y antecedentes maternos. El diagnóstico se confirmó a los 4 meses de vida, con estudio genético molecular que informó 1700 repeticiones del trinucleótido de CTG. La evolución fue favorable con mejoría de la hipotonía, la estabilidad cardiorespiratoria y un adecuado progreso de peso (4416 gramos a la salida del servicio). Fue egresado a internación domiciliar a los 5 meses de vida requiriendo ventilación no invasiva a través de una traqueotomía y alimentándose por gastrostomía.

CONCLUSIÓN

Como se describe en la literatura los pacientes con esta enfermedad necesitan, para resolver las complicaciones propias de la misma y de la prematuridad, ser atendidos por un equipo multidisciplinario en terapias de alta complejidad.

Palabras clave: Prematuro, distrofia miotónica tipo 1 congénita, hipotonía generalizada, debilidad facial bilateral.

USO DE MEDICAMENTOS NO AUTORIZADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES DE ARGENTINA

PO 97

Arbio M.¹; Fistolera S.²; Travaglianti M.³; Goldsmit G.⁴; Calle G.⁵; Romero S.⁶

HTAL GARRAHAN^{1,2,3,4,5,6}
soledardarbio@yahoo.com.ar

Existe preocupación a nivel internacional por el uso de medicamentos en condiciones diferentes a las autorizadas por la autoridad sanitaria (off-label) en recién nacidos (RN) y pacientes pediátricos. El objetivo de este estudio es conocer las prescripciones de fármacos "off label" en una unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) de alta complejidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, descriptivo, transversal. Entre abril de 2010 y abril de 2011 se realizaron dos cortes mensuales para evaluar la prescripción de todos los pacientes internados en la UCIN del Hospital Garrahan. Se incluyeron todos los medicamentos registrados en las indicaciones médicas. Se excluyeron las indicaciones de nutrición parenteral, medicación tópica y oftálmica. Para cada paciente se tuvo en cuenta la edad gestacional (EG) y postnatal (EPN), peso, días de internación (DI) y número de prescripciones. Para establecer la condición de utilización de las drogas se recurrió a la clasificación de la FDA (ya que el ANMAT no clasifica por edad), la base de datos Thomson DRUGDEX® System (versión electrónica, 05/06/2010). Los fármacos con uso aprobado en pediatría pero sin aclaración explícita en RN se incluyeron en la categoría "no aclara". Se clasificaron los fármacos de acuerdo al código ATC (Clasificación Anatómica, Terapéutica, Química) de la OMS

RESULTADOS

De los 261 pacientes se incluyeron 674 prescripciones, con una mediana de 2 (1-12). La mediana de peso fue 3148 (1046-7140) gramos, la EG 37 (25-42) sem, EPN 47 (1-292) ds y la mediana de DI: 33 (1-292). Se utilizaron 79 drogas, siendo las tres más prescritas ranitidina (15%), domperidona (11%) y vancomicina (5%). El 33% de las indicaciones fueron fármacos antimicrobianos, seguido por los cardiovasculares (15%) y los gastrointestinales (15%). El 70% de las prescripciones no estaban aprobados para su uso en RN y el 12% no aclaraba edad mínima de autorización. En el caso de pediatría, el 33% fue no aprobado.

DISCUSIÓN

El porcentaje de fármacos "off label" para su uso en RN concuerda con estudios internacionales, que reportan porcentajes superiores al 90%. Los antimicrobianos constituyen un tercio de las prescripciones. Si se considerara la falta de especificación de autorización en neonatos ("no aclara"), el porcentaje de uso "off-label" llegaría al 82%.

CONCLUSIONES

La utilización de medicamentos no autorizados en nuestro hospital resultó alta pero comparable a la bibliografía. Es necesario realizar esfuerzos para promover más estudios en esta población y así mejorar la seguridad y calidad en la atención del paciente.

REPORTE DE CASO: DISPLASIA ALVEOLO CAPILAR, UNA CAUSA INFRECIENTE DE HIPERTENSIÓN PULMONAR SEVERA

RPD 98

Albornoz Crespo G.¹; Belzu M.²; Leiva G.³; Fucksman R.⁴; Colantonio G.⁵; Pedraza A.⁶
CLÍNICA Y MATERNIDAD SUIZO ARGENTINA^{1,2,3,4,5,6}
guadalupealbornoz74@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La displasia alveolo-capilar (DAC) es una enfermedad de muy baja frecuencia. Se caracteriza por hipertensión pulmonar severa y desenlace fatal en el 100% de los casos. El diagnóstico es histológico y se caracteriza por "mal alineamiento" (misalignment) de vasos pulmonares.

OBJETIVO

Presentar un caso clínico de displasia alveolo capilar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Resumen de historia clínica y revisión bibliográfica.

CASO CLÍNICO

Recién nacida de 38 semanas de edad gestacional y 3074 gramos de peso, Apgar 9/10. A las 12 horas, por apneas, ingresa en asistencia respiratoria mecánica. Ecocardiograma: hipertensión pulmonar. Cultivos, radiografía de tórax y laboratorios iniciales normales con descompensación hemodinámica progresiva sin respuesta a expansores ni inotrópicos. Deterioro ecocardiográfico con hipertrofia y dilatación del ventrículo derecho. Recibió ventilación de alta frecuencia y óxido nítrico por hipoxemia. Fallece al 8° día de vida. Autopsia: misalignment de venas pulmonares. Diagnóstico: DAC.

DISCUSIÓN

Esta patología debe sospecharse en casos de hipertensión pulmonar severa que no responden al tratamiento. La mayoría son bebés de término que comienzan con dificultad respiratoria después de 12 horas de "luna de miel". La evolución es fatal y el máximo de sobrevida reportado es de 3 meses. El diagnóstico se realiza por autopsia (90%) o por biopsia pulmonar a cielo abierto (10%). La incidencia real es desconocida. Presenta recurrencia familiar del 12% (autosómica recesiva). El 75% se asocia a malformaciones gastrointestinales, urogenitales, cardiovasculares o musculoesqueléticas. La histología se caracteriza por el hallazgo del "misalignment" de las venas pulmonares adyacentes a las arterias bronquiales. También hay incremento de la musculatura de arteriolas, reducción del número de capilares, mal desarrollo de los lóbulos pulmonares y alteración de la barrera alveolo-capilar. El tratamiento es el de la hipertensión pulmonar persistente (ARM, HFOV, ONi, ECMO, etc) ya que no hay ninguno específico.

CONCLUSIONES

Es importante considerar esta entidad frente a un bebé asintomático que desarrolla hipertensión pulmonar severa sin respuesta al tratamiento. La autopsia permite confirmar el diagnóstico, realizar un adecuado asesoramiento familiar y conocer su incidencia real.

PRESENTACIÓN DE UN CASO DE INFECCIÓN TARDÍA POR STREPTOCOCCUS B HEMOLITICUS DEL GRUPO B ASOCIADO A LA LECHE HUMANA

RPD 99

Albornoz Crespo G.¹; Leiva G.²; Aguilera N.³; Vazquez L.⁴; Pedraza A.⁵
CLÍNICA Y MATERNIDAD SUIZO ARGENTINA^{1,2,3,4,5}
guadalupealbornoz74@gmail.com

Algunos reportes de casos de sepsis tardía por *Streptococcus Agalactiae* (SGB) sugieren que podría adquirirse a partir de la leche humana.

OBJETIVO

Presentar el caso de un bebé con infección tardía por SGB, madre con mastitis y cultivo de leche positivo para SGB. Población: prematuro con sepsis a SGB.

MATERIAL Y MÉTODOS

Resumen de historia clínica y revisión bibliográfica.

RESULTADOS

Bebé de 31.5 semanas de EG y 1233 gramos de peso al nacer. Cesárea por doppler alterado. Primigesta, sin cultivo de SGB, recibió antibióticos profilácticos. Presentó taquipnea transitoria. Alimentado con leche humana exclusiva desde el 2° día. Ecografía cerebral normal. El día 20 presentó apneas, mal estado general y neutropenia. Ingresó en respirador, requirió inotrópicos. Hemocultivos y líquido cefalorraquídeo positivos para SGB. Tratamiento con penicilina. Ecografía cerebral: HIV grado 2 bilateral que evolucionó a quistes porencefálicos. Madre con mastitis. Cultivo de leche: SGB. Recibió penicilina y suspensión transitoria de lactancia. A

los 49 días con cultivo de leche negativa reinició lactancia. A los 2 meses presentó lesiones quísticas y de sustancia blanca. Al 4° mes se colocó válvula de derivación ventrículo-peritoneal. Desarrolló síndrome de West.

DISCUSIÓN

El SGB produce enfermedad invasiva en recién nacidos. Si bien la presentación tardía es menos frecuente, puede desarrollar meningitis con alto riesgo de secuelas neurológicas. Algunos reportes sugieren que puede producirse por colonización de los conductos galactóforos de madres con/sin síntomas de mastitis. El serotipo III es el más frecuente. La prematuridad es un factor de riesgo para la adquisición tardía aumentando por cada semana que disminuye la edad gestacional. La mastitis suele ser secundaria a estasis de leche, siendo fundamental su prevención y detección temprana. En madres de prematuros o bebés con sepsis por SGB con mastitis se sugiere cultivar la leche. La producción láctea puede mantenerse mediante la extracción manual o por bomba. Si bien la literatura no es concluyente certificada la negativización de los cultivos debe valorarse, en virtud de sus múltiples ventajas, continuar con la lactancia. Este caso clínico reforzaría la hipótesis de que la sepsis tardía por SGB puede adquirirse por la leche materna.

LOS HIJOS DEL SERVICIO

Marzullo M.¹

HOSPITAL LUCIO MELÉNDEZ¹

mvmarzullo@yahoo.com.ar

PS 100

Este trabajo de investigación ha sido realizado como condición de aprobación de la Práctica Profesional; en Psicología Perinatal, a cargo de la docente Oiberman Alicia, de la U. B. A., tiene por finalidad investigar el vínculos entre las enfermeras y enfermeros del servicio de maternidad, internación de neonatología y la unidad de terapia intensiva pediátrica; con los bebés, niños y niñas allí internados, particularmente cómo se posicionan y qué lugar ocupan estos niños para el cada uno de los miembros del equipo de enfermería.

Con ese objetivo se tomaron una serie de entrevistas en el Hospital L, en el mes de Junio de 2012, que luego fueron analizadas en detalle, con la información reunida, gracias a la observación del ámbito hospitalario a lo largo de del cuatrimestre, y algunos de los casos trabajados durante esta práctica.

Entendiendo una situación tan compleja como es la internación en neonatología, donde si bien es central el aspecto medico-biológico, se debería poder trabajar también el desarrollo y fortalecimiento del vínculo del niño y sus padres, como una de las condiciones de salud del niño. Es por ello que me interese en saber más acerca de la triada Madre (padre) -Bebé-Enfermera/o. Aquí puse el foco particular en el lugar que ocupan las enfermeras y enfermeros, de Neonatología, UTIP y Maternidad.

Problema: ¿Cómo se vinculan las enfermeras y los enfermeros del hospital L con los bebés, niños y niñas de las distintas áreas del hospital?

Hipótesis es que el 100% de las enfermeras/os toma a los niños/as internados como hijos/hijas.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Examinar cómo y desde que lugar las enfermeras y enfermeros ejercen la mediación entre el recién nacido y su madre

Observar si existe una diferencia en el posicionamiento según el servicio al que correspondan las enfermeras y enfermeros: sala de maternidad, UTIP y UNCI de neonatología.

Población: Enfermeras y enfermeros del hospital L, pertenecientes los servicios de Maternidad, a la UTIP y Neonatología.

Muestra: n= 12; 3 enfermeras y un enfermero de la UNCI de Neonatología, 3 enfermeras y un enfermero de la UTIP y 4 enfermeras de la Maternidad, de entre 28 y 62 años de edad, con una antigüedad de entre 3 y 32 años de trabajo en el hospital. Instrumento: Entrevista semidirigida.

Tipo de estudio: Exploratorio-descriptivo. Cuali-cuantitativo.

CONCLUSIONES

La hipótesis fue descartada, pero nos permitió acercarnos al tema en cuestión. De todo lo desarrollado se puedo extraer que lo que podría existir en el hospital seria una disfunción a nivel de los roles. Es necesario entonces que las intervenciones se hagan en dirección a restablecer las limitaciones de cada rol, de forma de que las relaciones sean lo más sanas posibles.

A nivel emocional, poder diferenciar los espacios simbólicos que ocupan estos niños. Pudiendo facilitarle a la madre la asunción del rol de madre. Es importante reafirmar entonces los roles de cada uno de ellos, se puede plantear la posibilidad de que si esto llegara a darse así, serian mayores las posibilidades que tendrían tanto enfermeras como enfermeros de funcionar como facilitadores del vínculo entre padres e hijos.

RESULTADOS A LOS DOS AÑOS DE EDAD CORREGIDA, EN NIÑOS DE MUY BAJO PESO AL NACER, EN UNA MATERNIDAD PRIVADA DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

PS 101

Aguilera N.¹; García S.²; Escandar A.³; Pedraza A.⁴; Prudent L.⁵

SERVICIO DE NEONATOLOGÍA- CONSULTORIO DE SEGUIMIENTO DE RECIÉN NACIDO DE ALTO RIESGO-CLÍNICA Y MATERNIDAD SUIZO ARGENTINA^{1,2,3}; SERVICIO DE NEONATOLOGÍA-CLINICA Y MATERNIDAD SUIZO ARGENTINA^{4,5}
 nelidaguilera@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La CyMSA asiste alrededor de 7000 partos anuales. El 1.3% de los niños nacen con un peso <=1500g (MBPN). La sobrevivencia en el periodo de estudio fue del 83% y se incorporaron al Programa de Seguimiento el 92%.

OBJETIVOS

Describir morbilidades neonatales y resultados en el crecimiento, el neurodesarrollo y la función sensorial a los 2 años de edad corregida (EC). Población: 234 niños con MBPN fueron ingresados entre junio del 2007 y diciembre del 2010. El 30% de la población tenía peso al nacer por debajo de 2 DS de la media.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: observacional, retrospectivo, transversal. Se evaluaron: 1-Morbilidades neonatales: Displasia broncopulmonar (DBP), Sepsis, Ductus c/cierre quirúrgico (DAP), Hemorragia Intra-ventricular grado 3-4 (HIV 3-4), Retinopatía c/laser (ROP) y días de internación. 2-Parámetros antropométricos: peso (P), talla (T) y perímetro cefálico (PC) a las 40 semanas, al año y a los 2 años de EC, aplicando Score Z (sz). 3-Examen Neurológico normal o anormal (ENa). 4-Coeficiente de desarrollo (CD), según Test de Bayley y Escala de Evaluación de Desarrollo Psicomotor de Rodríguez, en riesgo o alterado (RA). 5-Función Sensorial: Déficit auditivo (Da). Déficit visual (Dv). 6-Reinternaciones en el primer año (RI). 7-Deserción al 2° año de EC.

RESULTADOS

MORBILIDAD NEONATAL

DBP	41 (17.5%)	HIV 3-4	14 (5.9%)
SEPSIS	42 (17.9%)	ROP	8 (3.4%)
DAP	29 (12.3%)	DÍAS DE INTERNACIÓN	64 (37-164)

DESERCIÓN AL 2° AÑO DE EC: 18.8%

CRECIMIENTO NIÑAS

EC	40 SEMANAS	1 AÑO	2 AÑOS
P(g): x(sz)	2.701 (-1.33)	8.812 (-0.44)	10.850 (-0.86)
T(cm): x(sz)	46.9 (-1.72)	73.32 (-0.30)	83.49 (-0.64)
PC(cm) / DS	33.7 (-1)	45.62 (0)	47.64 (0)

CRECIMIENTO NIÑOS

EC	40 SEMANAS	1 AÑO	2 AÑOS
P(g): x(sz)	2.862 (-1.09)	9.182 (-1.03)	11.235 (-1.17)
T(cm): x(sz)	48.03 (-1.42)	74.51 (-0.33)	85.68 (-0.23)
PC(cm) / DS	34.56 (0)	46.78 (0)	48.66 (0)

EVOLUCIÓN AL 2° AÑO DE EC

ENa	14 (5.9%)
CD: AR	25 (10.6%)
Da	6 (2.5%)
Dv	10 (4.3%)
RI	57 niños (24.3%)

CONCLUSIONES

El crecimiento y la evolución neurosensorial a los 2 años de EC así como el índice de deserción resultan muy satisfactorios cuando se comparan con los de otras series publicadas. Estos resultados pueden estar relacionados, entre otros, con el correcto control del embarazo, el cuidado neonatal, la elevada incidencia de alimentación específica (al alta 96%) y al nivel de instrucción materno.

ADHERENCIA A LAS RECOMENDACIONES DE SUEÑO SEGURO EN RELACIÓN A LA DISMINUCIÓN DEL RIESGO DEL SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE

PS 102

Jenik A.¹; García S.²; Fernández A.³; Marquez M.⁴; Urman G.⁵; Fustiñana C.⁶

HOSPITAL ITALIANO DE SAN JUSTO^{1,2,3,4,5,6}

alejandrojjenik@hiba.org.ar

INTRODUCCIÓN

La Academia Americana de Pediatría recomienda con énfasis la posición boca arriba para dormir de los lactantes, además de aconsejar la lactancia materna y el uso del chupete, con el propósito de disminuir el riesgo del Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL).

OBJETIVO

Conocer la adherencia a dichas recomendaciones en familias cuyos niños nacieron en el Hospital Italiano de San Justo y recibieron material educativo, por escrito, en relación a la disminución del riesgo del SMSL.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo y analítico. Se realizó una encuesta, en el vacunatorio del hospital, a los padres de niños de hasta los 6 meses de edad que incluía la posición al dormir, el uso del chupete y el tipo de alimentación. Resultados: se encuestaron 330 familias durante 4 meses en el año 2012

Lactancia Posición al dormir Chupete

Exclusiva: 63% Boca arriba: 72 % Chupete sí: 32 %

Pecho + otra leche: 26 % De costado: 18 % Chupete no: 68 %

Otra leche: 11 % Boca abajo: 10 %

Lactancia	Posición al dormir	Chupete
Exclusiva: 63%	Boca arriba: 72 %	Chupete sí: 32 %
Pecho + otra leche: 26 %	De costado: 18 %	Chupete no: 68 %
Otra leche: 11 %	Boca abajo: 10 %	

CONCLUSIONES

El 72 % de los niños cumplen con la recomendación más importante para la disminución del riesgo del SMSL: dormir boca arriba. Esta posición durante el sueño de los niños, disminuye la mortalidad postneonatal, debido a que la posición prona durante el sueño quintuplica el riesgo del SMSL. El 10 % de los niños duerme boca abajo. Este porcentaje es similar al que informa la encuesta anual realizada por el Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos de América que es 11.4 % (año 2009). El 90% de los niños se beneficiaron con el efecto protector de la lactancia con respecto al SMSL, teniendo en cuenta que la lactancia exclusiva y la lactancia parcial reducen el riesgo del SMSL en un 73 % y en un 62 % respectivamente. Con respecto al chupete, su uso no fue óptimo (30%). El pediatra debe incluir en la lista de sugerencias de sueño seguro, el uso del chupete a partir de la bajada de la leche, ya que el mismo reduce el riesgo del SMSL en un 61%, sin afectar la lactancia materna.

A PROPÓSITO DE UN CASO: SÍNDROME DE ARCAPA

RPD 104

Rodríguez A.¹; García S.²; Iatzky C.³; Latazza E.⁴; Pretz M.⁵; Zamperetti F.⁶

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

aliciamrodriguez@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El origen anómalo de las arterias coronarias derecha (ARCAPA) e izquierda (ALCAPA) desde la arteria pulmonar es una malformación cardíaca rara, con una incidencia de 1/300000 nacidos vivos.

OBJETIVO

Presentar reporte de caso con patología infrecuente como diagnóstico diferencial de displasia broncopulmonar y compararlo con la bibliografía existente.

PRESENTACIÓN DE CASO

RNPT, 30 semanas de EG, peso 1215 g, parto vaginal. Sin antecedentes perinatales de relevancia.

Presento enfermedad de Membrana Hialina, recibí 1 dosis de surfactante y requirí 7 días de ARM. Durante 60 días requirí de forma intermitente oxígeno por desaturaciones/apneas.

Presento DAP que cierra con ciclo de indometacina.

Radiografía de tórax sin particularidades, gasometría normal y crecimiento en percentil 50. Se descarta reflujo gastroesofágico y patología infecciosa.

Ante la persistencia de desaturaciones y dependencia de oxígeno, se constata por ecocardiografía coronaria izquierda dilatada y trayecto fistuloso de coronaria derecha a arteria pulmonar con cavidades cardíacas dilatadas, planteándose el diagnóstico de fístula arterio-venosa vs. Implantación anómala de arteria coronaria derecha

Se realiza cateterismo observando arteria coronaria izquierda dilatada y coronaria derecha que nace de la arteria pulmonar. Se realiza corrección quirúrgica del

defecto. La ecocardiografía posquirúrgica constata la correcta implantación de la coronaria derecha en aorta.

Actualmente se encuentra en seguimiento con buena evolución y pronóstico.

DISCUSIÓN

Esta anomalía puede involucrar tanto a la arteria coronaria izquierda, como a la derecha o a ambas naciendo de la arteria pulmonar.

ALCAPA presenta una frecuencia del 26% mientras que ARCAPA tiene una frecuencia del 0,002%. Estas anomalías suelen ser asintomáticas, aunque ALCAPA se relaciona con la presencia de isquemia miocárdica e inclusive muerte súbita. ARCAPA presenta sintomatología no tan evidente como ALCAPA, no es letal aunque hay algún caso descrito de muerte súbita. Probablemente su carácter más benigno radica en que el ventrículo derecho trabaja con menores presiones de eyección, pudiendo mantenerse una perfusión diastólica.

El diagnóstico se realiza con ecocardiografía y cateterismo, actualmente se considera la corrección quirúrgica el tratamiento de elección, Presenta baja incidencia de complicaciones postoperatorias con buen pronóstico posterior.

CONCLUSIÓN

ARCAPA es un diagnóstico infrecuente a tener en cuenta como diagnóstico diferencial ante pacientes con dependencia de oxígeno una vez descartados diagnósticos diferenciales habituales. A su vez la manifestación clínica en el periodo neonatal es extremadamente inusual y no hemos encontrado descripción de reporte de caso en neonatos.

TROMBOSIS DE LA VENA PORTA DE ETIOLOGÍA INFECCIOSA EN NEONATOLOGÍA

RPD 105

Opción a Premio

Crido S.¹; Bravo M.²; Morcillo N.³; Rabasa C.⁴; Cermeño C.⁵; Dardanelli E.⁶; Mognillansky S.⁷
HOSPITAL DE PEDIATRÍA S A M I C "PROF DR J P GARRAHAN"^{1,2,3,4,5,6,7}
silvinacrido@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La trombosis de la vena porta (TVP) en recién nacidos (RN) se asocia al uso de catéteres umbilicales (CU). La TVP de causa infecciosa, no asociada a CU, es poco frecuente. La Ultrasonografía (US) es el método de elección para el diagnóstico temprano, inicio oportuno del tratamiento y disminuir así sus complicaciones.

OBJETIVO

Presentar tres RN con TP de causa infecciosa, sin antecedente de CU.

PRESENTACIÓN DE CASOS

Caso 1: RN de 24 días, sin antecedentes, con fiebre, celulitis en piernas y eritema periumbilical. El US muestra múltiples colecciones en miembros inferiores (que se drenan), trombosis de las venas: porta y esplénica y tronco espleno-mesaraico, colección que sigue a los ligamentos redondo y falciforme. La tomografía computada confirmó los hallazgos de la US. Los Cultivos en sangre y colecciones de partes blandas fueron positivos para *Streptococo Pyogenes*. Recibió antibióticos y enoxaparina. Evolucionó en forma favorable. Presentó como secuela cavernoma de la porta.

Caso 2: RN de 6 días, sin antecedentes. Derivado de otra institución con sepsis y distensión abdominal con rescate de *Staphilococo Aureus* en los HMC y *Klebsiella* en el

urocultivo. La US abdominal mostró múltiples abscesos hepáticos, trombosis de la porta y sus ramas, tronco mesaraicoesplénico y vena esplénica, abundante ascitis tabicada. Requiere drenaje de la cavidad abdominal. Recibió fibrinolíticos y anticoagulación con enoxaparina. Evolucionó en forma favorable. Al control mostró transformación cavernomatosa de la vena porta y su rama izquierda, sin flujo en rama derecha.

Caso 3: RN de 10 días, sin antecedentes. Se interna por fiebre, distensión abdominal y eritema periumbilical. En la US se visualizan múltiples abscesos hepáticos, trombosis de la rama izquierda de la vena porta y de la vena umbilical. Los HMC fueron positivos para *Staphilococo Aureus*. Recibió tratamiento antibiótico y anticoagulación con enoxaparina. Buena evolución clínica. En la US control, presentó trombosis de la rama izquierda de la vena porta como secuela.

CONCLUSIONES

La TVP en RN sin antecedentes de CU es poco frecuente. Puede ocurrir como complicación de un proceso infeccioso, principalmente onfalitis o infecciones intraabdominales, como en los casos presentados. Presenta sintomatología inespecífica, la sospecha clínica y su reconocimiento por US son de vital importancia para instaurar el tratamiento adecuado y disminuir las complicaciones asociadas a corto y largo plazo.

A PROPOSITO DE UN CASO: TROMBOSIS DE SENOS VENOSOS CEREBRALES

RPD 107

Malachevsky M.¹; Hernandez D.²; Racigh N.³
HOSPITAL DE NIÑOS ORLANDO ALASSIA^{1,2,3}
helenmalachy@yahoo.com.ar

INTRODUCCION

La trombosis venosa cerebral constituye una entidad neuropatológica infrecuente dentro del periodo neonatal. Es una patología poco descrita hasta el momento en el recién nacido, pero gracias al desarrollo de nuevas técnicas de neuroimagen, como la angioresonancia, el número de casos descriptos en la literatura es cada vez mayor. La etiología es múltiple y se presenta clínicamente con depresión neurológica y convulsiones.

OBJETIVOS

Incluir dentro de los diagnósticos diferenciales de las convulsiones neonatales esta entidad.

CASO CLINICO

Recién nacido de término con alto peso para edad gestacional (PN 4.650) sin antecedentes patológicos familiares de jerarquía. Al séptimo día de vida presenta pérdida de peso de 500 gr desde el nacimiento que motivo su internación durante la cual presentó reiteradas convulsiones focalizada en hemisferio derecho. Se

realizó TAC de SNC con la cual se sospecha el diagnóstico y luego se confirmó con angiografía digital. Se realizó estudio de coagulación no detectándose ninguna alteración. Se indicó anti coagulación por 3 meses, presentando muy buena evolución si secuelas neurológicas, hasta el día de la fecha continua bajo seguimiento.

CONCLUSION

La trombosis venosa cerebral debe ser pensada como uno de los diagnósticos diferenciales dentro de las causas de convulsiones neonatales, a pesar de su infrecuencia. A menudo coexisten varios factores de riesgo como son la deshidratación, acidosis metabólica, sepsis, infecciones del sistema nervioso central, complicaciones perinatales, cardiopatías congénitas cianósicas entre otros. La evolución según la bibliografía, en más de la mitad de los casos es hacia la curación, aunque pueden persistir déficit motores en un tercio de los pacientes. En caso de una crisis convulsiva neonatal debe descartarse trombosis venosa cerebral y confirmarse mediante técnicas de neuroimagen.

USO DE OCTREOTIDE EN EL TRATAMIENTO DEL QUILOTÓRAX: A PROPÓSITO DE UN CASO

P 108

Romero S.¹; Eveling C.²; Rauch P.³; Maciel R.⁴; Soria E.⁵

HOSPITAL PUBLICO MATERNO INFANTIL¹²³⁴⁵

sergiromeroa@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El quilotorax es la causa más frecuente de derrame pleural en el periodo neonatal. Puede ser de causa congénita o adquirida, aunque la mayoría de los casos, se presenta sin una clara etiología. En este trabajo se presenta el caso de un paciente con quilotorax que se manifestó al 8vo día post quirúrgico de una toracotomía por malformación adenomatoidea quística congénita del pulmón (M.A.Q.), y fue tratado mediante drenaje pleural, nutrición parenteral, y fórmula Monogen, un preparado nutricional completo de bajo contenido lipídico con alto contenido de triglicéridos de cadena media (TCM), y octreótide, como otra alternativa en el tratamiento conservador.

OBJETIVOS

Reportar un caso clínico de un paciente neonato, con quilotorax, en quien se implementó como parte del tratamiento conservador el uso de octreótide y f. Monogen

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un análisis retrospectivo de la historia clínica de un paciente neonatal con quilotorax que presentaba antecedentes de toracotomía por M.A.Q. y recibió tratamiento con octreótide.

RESULTADOS

La alimentación con f. monogen se mantuvo durante 72 hs luego del cese del drenaje pleural. El tubo de drenaje pleural se retiró luego de 48 hs de reiniciada la alimentación enteral con leche materna y leche fórmula.

CONCLUSIÓN

La variante en este esquema de tratamiento está dada por el inicio precoz del uso de octreótide, una vez diagnosticado el quilotorax, concomitantemente con el tratamiento convencional (formulas enriquecidas con triglicéridos de cadena media- nutrición parenteral), lo cual redujo el tiempo total en que se prevee la resolución de un quilotorax con tratamiento convencional exclusivo y logró mantener la progresión de peso.

Día	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Débito pleural ml/día	124	50	150	150	50	50	105	150	70	20	60	30	30	30	0	0	0
Débito pleural ml/kg/día	45	17.8	53.2	53.5	18.5	18.2	37.7	51.02	23.8	6.8	19.5	9.75	9.7	9.61	0	0	0
Dosis µg/kg/día	1	1	1	1	1	1	2	3	3	3	3	3	3	3	2	1	susp
Nutrición parenteral Cc/kg/día	-	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	70	60	70	70	70	60
F. monogen kg/día	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	90	100	100	100	100	128	50+LM
Peso diario kg	2.700	2.800	2.815	2.800	2.700	2.740	2.780	2.920	2.940	2.940	3.075	3.075	3.090	3.120	3.130	3.140	3.130

SIRENOMELIA: UN SÍNDROME POCO FRECUENTE

P 109

Sorgetti M.¹; Colantonio G.²; Musante G.³; Lezzano J.⁴; Quiros M.⁵; Pedraza A.⁶

CYMSA¹²³⁴⁵⁶

msorgetti@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La sirenomelia es una rara entidad con una incidencia de 1.5-4.2/100.000 recién nacidos. Si bien el cuadro suele ser incompatible con la vida, existen reportes de casos que han sobrevivido. Se clasifica de diferentes formas según el número de huesos de la extremidad inferior y del pie y su etiología sigue siendo incierta.

OBJETIVO

Presentación de un recién nacido con una malformación congénita poco frecuente.

CASO CLÍNICO

Recién nacido prematuro de sexo masculino por cariotipo prenatal de 35 semanas con un peso al nacer de 1809 gramos y diagnóstico prenatal de agenesia renal bilateral. Producto de un embarazo controlado de padres no consanguíneos sin antecedentes de importancia. Nace por cesárea electiva con un puntaje de Apgar 4/5/8. Presenta al examen físico facies aplanada, filtrum largo, anquilosis bilateral de codos y mano en garra además de la característica fusión de ambos miembros

inferiores por partes blandas (que incluía ambos pies) y agenesia de genitales con orificio meatal presente, arteria umbilical única y ano imperforado. Se decide intubar en sala de partos hasta la confirmación diagnóstica, trasladándose a la unidad de cuidados intensivos neonatales donde se realiza ecografía renal que confirma agenesia renal bilateral y estudios radiológicos donde se observa la presencia de ambos fémures, ambas tibias y ambos perones. El paciente fallece a las cuatro horas de vida. La autopsia confirmó el diagnóstico de sirenomelia y reveló un doble tracto de salida del ventrículo derecho, comunicación interventricular amplia y ventrículo izquierdo pequeño.

CONCLUSIONES

Si bien solo un pequeño número de fetos con agenesia renal tienen además esta patología, es necesario un alto índice de sospecha que permita realizar el diagnóstico antes de nacer. De esta manera se podrá ofrecer a los padres un adecuado acompañamiento y asesoramiento pre-natal, ya que esta alteración es grave, generalmente mortal y carece de tratamiento.

FIBROSARCOMA CONGENITO INFANTIL

Sorgetti M.¹; Colantonio G.²; Leiva G.³; Quiros M.⁴; Pedraza A.⁵
CYMSA^{1,2,3,4,5}
msorgetti@gmail.com

RPD 110

INTRODUCCIÓN

El fibrosarcoma es el tumor de tejido blando más frecuente en los niños menores de 1 año. En el 50% de los casos se encuentra presente al nacimiento.

OBJETIVO

Presentación de un recién nacido (RN) con diagnóstico prenatal de tumoración en extremidad inferior, de etiología inusual, difícil diagnóstico diferencial y controvertida terapéutica.

CASO CLÍNICO

RN de sexo masculino, con diagnóstico prenatal de tumoración en miembro inferior izquierdo. Al nacer presentó una lesión no dolorosa de 5cm x 6 cm de diámetro. Con sospecha de malformación vascular se realizó eco doppler que mostró marcada vascularización de la lesión: vasos de neo formación y múltiples dilataciones venosas. Se interconsultó con dermatología infantil y cirugía general. Se realizó tomografía axial computada que informó formación heterogénea sumamente vascularizada (principalmente a partir de ramas profundas de la arteria femoral) con compromiso del extremo distal del fémur izquierdo. La angioresonancia con contraste evidenció un ovillo central con múltiples vasos aferentes y eferentes.

Al tercer día de vida presentó plaquetopenia (PLT: 58000). Se realizó biopsia quirúrgica de la lesión que informó fibrosarcoma congénito infantil. A los 27 días de vida, al no ser la lesión resecable quirúrgicamente, se colocó un catéter implantable y se inició quimioterapia con vincristina y actinomomicina con buena tolerancia a la misma.

CONCLUSIONES

Durante la vida intrauterina, los tumores fetales pueden presentar complicaciones como polihidramnios, torsión, compresión de órganos vecinos, anemia por sangrado, hemólisis o secuestro, insuficiencia cardíaca, hidrops y muerte fetal lo que hace necesario un adecuado seguimiento prenatal. El diagnóstico diferencial es difícil, pudiendo confundirse con hemangioendoteloma kaposiforme, fibrosarcoma y hemangioma congénito. En nuestro paciente el diagnóstico de certeza solo fue posible con la histología. Si bien el mejor abordaje terapéutico parece ser la extirpación, por el tamaño del tumor y el riesgo de discapacidad permanente, no pudo realizarse en este niño. La quimioterapia preoperatoria es, en estos casos, una opción que debe considerarse.

COHORTE DE PREMATUROS DE ALTO RIESGO HASTA LOS 24 MESES. CRECIMIENTO Y NEURODESARROLLO

Martinini M.¹; Caram M.²; Perez M.³; Djivelekian M.⁴; Sims R.⁵; Santana M.⁶; Miceli S.⁷
FACULTAD DE MEDICINA. CÁTEDRA DE MEDICINA INFANTO JUVENIL; INSTITUTO DE MATERNIDAD NUESTRA SRA DE LA MERCEDES⁸; FACULTAD DE MEDICINA. CÁTEDRA DE MEDICINA INFANTO JUVENIL; HOSPITAL DEL NIÑO JESUS^{9,10}; FACULTAD DE MEDICINA. HOSPITAL DEL NIÑO JESUS⁵; CÁTEDRA DE BIOESTADÍSTICA.; FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUCUMÁN⁶. FACULTAD DE MEDICINA. CÁTEDRA DE MEDICINA INFANTO JUVENIL HOSPITAL DEL NIÑO JESUS⁷
mimartinini@hotmail.com

PS 111

Opción a Premio

Un objetivo del Desarrollo del Milenio es prevenir, detectar precozmente y tratar efectivamente enfermedades y problemas de salud que afectan a las personas. Desde el año 2008 estamos abocados a controlar la salud de niños clasificados como prematuros de alto riesgo, con el fin de intervenir oportunamente. Objetivos: Analizar crecimiento y desarrollo para detectar precozmente alteraciones. Asociar crecimiento y desarrollo a factores de riesgo perinatales. Programar intervenciones oportunas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Población: Ejecutado conjuntamente entre Hospital de Niños y Facultad de Medicina. Se incluyó pacientes nacidos con < de 32 semanas (s) de edad gestacional (EG), peso de nacimiento (PN) < a 1500 gramos (g) sin patología al alta. Admitidos a 40 s de edad corregida (EC), período 2008 - 2009. Seguimiento de 2 años. Se realizaron controles en 40 y 64 s, 12 y 24 meses (m). Se midió P, T y PC con score Z. Se usó Curvas de Lejarraga y OMS. La nutrición se valoró en adecuada, bajo peso y sobrepeso. Neurodesarrollo (test de CAT/CLAMS a 12 y 24 m) valorados como normal y no normal (riesgo o retraso). Variables: EG, PN y TN, Apgar, HIV, lactancia materna (LM), días de ARM. Estudio de cohorte prospectivo. Análisis multivariado, multinivel (regresión logística). Aprobado por CIUNT y Comité de Docencia e Investigación. Padres firmaron consentimiento. Resultados: Ingresaron 96 niños, 56 % mujeres, edad materna 26 años (a); 10% con escolaridad < 7 a;

sin control prenatal 11%. Media de EG, PN, TN y PC fueron 30s, 1229 g, 35 cm, 25 cm respectivamente. Los datos de crecimiento a las 40s; 64s, 12m y 24 m fueron: P (g) 3069 (PZ-1,06); 6622 (PZ-0,88); 8275 (PZ-0,94); 11.356 (PZ -0,69). T(cm) 48 (PZ-1,68); 63 (PZ-1,35); 72,6 (PZ-0,77); 84,4 (PZ-0,41). PC (cm) 35; 42; 46 y 48. La nutrición fue: adecuada: 90%, 81%, 70% y 76%; bajo peso 9%, 19 %, 25% y 7% y sobrepeso 1%, 0 %, 5% y 6%. La mejor evolución de peso y talla asoció a varones (p= 0,010), menos días de ARM (p=0,007), < EG (p=0,000); > PN (p= 0,030). El score PZ de talla asoció a < días de ARM (p=0,013), a < EG (p=0,011) y a lactancia materna (p= 0.031). PC a varones (p= 0.002) y > PN (p=0,000). En la evaluación de neurodesarrollo a 12m (n=50) y a 24m (n=32); el lenguaje fue normal 90% y 53%; con riesgo 8% y 31% y retraso: 2% y 16% en respectivos cortes. CLAMS no normal asoció a sexo masculino, lactancia exclusiva (LE) y > grado de HIV (p=0,004). Area visomotora resultó normal (98%) y (69%); con riesgo 2% y 28% y retraso a los 24m, 3%. CATS no normal asoció con Apgar, ROP.

CONCLUSIONES

Se evidenció la importancia de mantener LM hasta el año de vida. Se observó sobrepeso como problema emergente al año de edad y mayor prevalencia de alteraciones en el lenguaje. El hallazgo de asociación a factores de riesgo perinatales, señaló la necesidad de identificarlos como tales, para mejorar la calidad de atención neonatal e intervenir en forma oportuna.

DEMANDA ESPONTÁNEA INSATISFECHA EN RECIÉN NACIDOS CON OBRA SOCIAL

PS 112

Arbio M.¹; Brunner N.²; Piero E.³; Rodriguez S.⁴; Fariña D.⁵

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

soledadarbio@yahoo.com.ar

El Área de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Garrahan (HG) fue creada con el objetivo de ser un centro de referencia del sector público para la asistencia de recién nacidos (RN) de alta complejidad. En los últimos años el ingreso de los menores de 30 días a través de la demanda espontánea (DE) se ha incrementado hasta representar el 45% de las internaciones del Área. Nuestros datos muestran que el 35% de los RN que concurren espontáneamente tienen obra social (OS). El objetivo de este estudio es determinar el perfil de RN que concurren espontáneamente al HG y poseen OS; analizar si el lugar de nacimiento fue en un centro público o privado; establecer si existieron consultas previas por su OS antes de concurrir al HG y explorar los motivos de sus padres para concurrir a este hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal, descriptivo y observacional. Población: consultas de ≤ 30 días en el área de emergencia o en los consultorios de DE de RN con OS. Se recolectaron características y motivaciones para la consulta mediante un cuestionario ad hoc.

RESULTADOS

Se analizaron 62 consultas, edad $X 18 d. \pm 7,6$. El 74% nació en un centro perteneciente a su OS. Los motivos más frecuentes de consulta fueron: Infección

Respiratoria Aguda (IRA)(14/62), patología infectológica (PI) (10/62), puericultura (11/62) e Ictericia (I) (6/62). Se internaron en la unidad 76% de estos RN; según patología: IRA= 93% (13/14); PI=100% (n=10); I=67% (4/6); GI=100% (n=11). Sólo 20% de los neonatos presentaban una patología de alta complejidad posible de ser resuelta en el HG. Los motivos de los padres para consultar fueron: búsqueda de 2da opinión 50%, derivación por otro profesional 34%; falta de respuesta en los lugares de atención por su OS: 23%. El 38% concurren en más de 1 oportunidad a otro centro antes de consultar al HG.

CONCLUSIÓN

El análisis del perfil de RN con OS que concurre por DE al HG mostró que la mayoría de los RN nacen en la institución correspondiente a su OS sin embargo se observa una falta de respuesta al aumento de la demanda que implican las interconurrencias de sus pacientes. Sería conveniente, por parte de las autoridades regulatorias de las OS, que se analicen los motivos de la falta de respuesta a esta demanda lo mismo que las motivaciones para que los profesionales de las OS disecionen estos pacientes hacia el HG. Esta situación impacta directamente en la disponibilidad de las plazas destinadas a RN sin cobertura social.

RETINOBLASTOMA: DESCRIPCION DE UN CASO DE PRESENTACION NEONATAL

P 113

Valera M.¹; Olmo Herrera C.²; Giuliano F.³; Roldan L.⁴; Auteri S.⁵; Sepulveda T.⁶; Zelter M.⁷

HOSPITAL FERNANDEZ^{1,2,3,4,5,6,7}

valeramariana@gmail.com

INTRODUCCION

El retinoblastoma es un tumor poco frecuente, aunque es el tumor ocular primario maligno más común, con una incidencia estimada de 1/15000-34000. Representa alrededor del 3% de los Cánceres en menores de 15 años, 80-95% se diagnostica antes de los 5 años, 25-40% son bilaterales. 90% curan con tratamiento.

OBJETIVO

Describir un caso clínico de retinoblastoma de presentación neonatal.

MATERIAL Y METODOS

RNPT/PAEG (31s/1170gr) nacido por parto vaginal, vigoroso; madre, primigesta, con serologías negativas y cultivo de SGB negativo del último mes de embarazo. El paciente presenta reflejo rojo normal al 5º día de vida realizado con el oftalmoscopio WelchAllyn®, se realiza el primer fondo de ojo a los 20 días de vida donde se observa falta de vascularización de zona periférica en ambos ojos. Previo al alta, a los 34 días de vida, edad gestacional corregida de 36 semanas se realiza nuevo fondo de ojo en donde se observa lesión nodular gris/blanquecina sobre elevada

en ojo derecho. A los 40 días de vida se solicita ecografía ocular para descartar calcificaciones, donde se observa lesión compatible con retinoblastoma en ojo derecho; tanto el examen físico como la ecografía realizada en el ojo izquierdo son normales.

La paciente es derivada al Servicio de Oftalmología Infantil del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez" e inicia quimioterapia a los 3 meses de vida con Vincristina y Carboplatino, sin respuesta al tratamiento. A los 6 meses de vida se decide colocar de placa de radioterapia en la macula derecha.

CONCLUSIONES

El retinoblastoma diagnosticado tempranamente posee mejor pronóstico, incluso con la conservación el globo ocular. El diagnóstico temprano, en algunos casos disminuye la necesidad de quimioterapia y radioterapia.

El reflejo rojo en recién nacidos, en internación conjunta o en aquellos internados en neonatología previo al alta, así como el fondo de ojo, puede poner de manifiesto una forma de presentación temprana, acercando la posibilidad de diagnóstico precoz y tratamiento temprano.

IMPLEMENTACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EL REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE CATÉTERES PERCUTÁNEOS DE INSERCIÓN PERIFÉRICA EN NEONATOS HOSPITALIZADOS

Dibaja L.¹; Bifano K.²; Vieta K.³; Velazquez J.⁴; Caceres P.⁵; Zuniga M.⁶; Silva J.⁷

HIAEP "SML" DE LA PLATA^{1 2 3 4 5 6 7}
luisdibaja7@hotmail.com

RESUMEN

La colocación de dispositivos biomédicos en accesos venosos por inserción periférica y de ubicación central en neonatos prematuros y/o críticamente enfermos para la infusión de nutrición parenteral, o medicaciones hiperosmolares es una práctica diaria del personal de Enfermería en las unidades de cuidados intensivos; dado que los catéteres venosos centrales de inserción periférica, en adelante PICC, son dispositivos adecuados para tales fines. Se ha comprobado que este procedimiento no está exento de complicaciones tanto de tipo mecánicas o de otra índole; por lo cual, se implementó en el servicio de Neonatología una planilla, como instrumento para llevar el registro y seguimiento de los mismos.

OBJETIVO GENERAL

Implementar en el servicio de Neonatología una planilla, como instrumento que nos permita registrar y hacer el seguimiento de los catéteres centrales de inserción periférica (PICC) colocados durante el periodo Junio 2012 – Marzo 2013 a los neonatos ingresados.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Constituir un equipo de trabajo con referentes en cada turno de enfermería
- Elaborar un instrumento para el registro y seguimiento de los catéteres colocados en el servicio
- Cuantificar todos los catéteres que se hayan colocado en el servicio durante el periodo junio 2012-marzo 2013.
- Determinar el tiempo de permanencia de los catéteres.
- Evaluar las principales causas de retiro.
- Concientizar a todo el personal de enfermería sobre la importancia del registro y seguimiento de PICC.

POBLACIÓN

Neonatos ingresados en el servicio de Neonatología durante en el periodo junio del 2012 a marzo del 2013.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo, retrospectivo, de tipo cuantitativo. Revisión de las planillas de datos de PICC.

DESCRIPCIÓN, RESULTADOS

El propósito de este trabajo fue identificar objetivamente las causas de retiro de los PICC colocados en los neonatos hospitalizados durante el periodo junio 2012 a marzo del 2013a través de los datos obtenidos de la planilla específica diseñada por Enfermería; arrojando la siguiente información:

Total de neonatos con PICC: 69(38 masculinos/31 femeninos); edad gestacional promedio: 35 semanas(rango 25-42); peso al nacer promedio: 2,230 grs(rango: 525-4680 grs); con tratamiento quirúrgico: 29, tto medico: 40; promedio días de permanencia: 12 días(rango:1-35 días);motivos de retiro: fin de tto(48%). sepsis(15%), ruptura del PICC(11%),extracción accidental(11%), obstrucción del PICC(10%),trombosis(2%)ruptura del PICC(11%), infiltración(3%)

CONCLUSIONES

El seguimiento sistematizado en la colocación de PICC en el servicio de Neonatología a través de un instrumento específico durante el periodo junio 2012 a marzo del 2013 demostró: entrenamiento específico y de calidad del personal de Enfermería Se logró que el personal de enfermería tome conciencia de la importancia del registro de PICC y su seguimiento incorporando a los registros habituales la planilla diseñada para tal fin.

PO 115

Opción a Premio

RINOVIRUS HUMANO: VIRUS PREDOMINANTE EN LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS DE LOS NIÑOS PREMATUROS DE ALTO RIESGO

Plachco T.¹; Bauer G.²; Castro S.³; Álvarez M.⁴; Brundi M.⁵; Kasten L.⁶; Borroni R.⁷; Cuneo Libarona L.⁸; Fiorentino A.⁹; Schapira I.¹⁰; Aspres N.¹¹; Libster R.¹²; Jackson J.¹³; Polack F.¹⁴; Miller E.¹⁵

HOSPITAL GARRAHAN^{1 2 3 4}; MATERNIDAD SARDA^{5 6 7 8 9 10 11}; FUNDACION INFANT^{12 13 14}; DEPARTMENT OF PEDIATRICS, VANDERBILT UNIVERSITY MEDICAL CENTER, NASHVILLE, TN - USA¹⁵
plachco@hotmail.com

OBJETIVOS

El impacto del Rinovirus Humano (RVH) en las infecciones respiratorias de los niños prematuros no está bien determinado. El objetivo de este estudio es definir la prevalencia y la severidad de las infecciones respiratorias agudas (IRA) asociadas a RVH, en bebés prematuros durante el primer año de vida.

DISEÑO

Llevamos a cabo un estudio colaborativo prospectivo de una cohorte de prematuros con MBPN de 2 consultorios de seguimiento de alto riesgo. Ingresaron al estudio bebés prematuros con PN <1500 g y menores de 6 meses al comenzar el estudio. Período: junio de 2011 a octubre de 2012. Los participantes fueron evaluados en sus consultas de salud mensuales y en cada infección respiratoria durante el primer año de vida. Se recogieron datos clínicos y demográficos, se tomaron aspirados (en todos los episodios de IRA) e hisopados (en cada control) de secreciones nasofaríngeas, analizando las mismas con RT-PCR cuantitativo en tiempo real para RVH, virus sincicial respiratorio (VSR), virus parainfluenza (VPI), virus influenza (A y B) y metapneumovirus humano (MPV). Se evaluaron los resultados de episodios y rehospitalizaciones por IRA. Todos estos niños reciben profilaxis pasiva para VSR durante la estancia del mismo

RESULTADOS

De 99 pacientes candidatos, 76 familias consintieron participar. Características de la población: media de EG 29 ± 4.4 sem, de PN 1165 ± 249 g, 56 % sexo masculino, 5% pecho exclusivo, 44% alimentación mixta; 2 niños requirieron O2 domiciliario. 67/82 (82%) tuvo al menos 1 episodio de IRA asociado a RVH durante su primer año de vida, 47/67 (70%) tuvieron 2 o más IRA por esta causa. De los 169 episodios de IRA en la cohorte, 161 (95%) estuvieron asociados con RVH, 8% VSR, 2%, MPV, 5% VPI3, 2% influenza A, 0.6% P11 y 0.6% P12. Hubo 14 coinfecciones asociadas a RVH: 7 con VSR, 2 con MPV, 3 con VPI3, 1 con VPI1 y 1 con influenza A H3N2 y influenza C; 20 (24%) niños requirieron internación por IRA, el 67% tuvo RVH (1 coinfectado con VSR y 1 con MPV), todos requirieron oxígeno suplementario y 1 asistencia respiratoria mecánica. Dos (2.4%) niños fallecieron por muerte súbita en su hogar, 1 presento RVH positivo, 6 días antes de fallecer.

CONCLUSIONES

En prematuros de MBPN de nuestro medio, el RVH fue la etiología más frecuente de IRA durante el primer año de vida. Este virus se asoció con la mayoría de los episodios severos ocurridos. Proponemos que el RVH es el nuevo virus predominante en los niños prematuros en países industrializados y en desarrollo, y requiere realizar mayor investigación y estudio.

PO 116

COMPARACIÓN DE MORBILIDAD NEONATAL PRECOZ EN RECIÉN NACIDOS DE TÉRMINO TEMPRANO Y RECIÉN NACIDOS A TÉRMINO

PO 117

Zapata Barrios J.¹; Perez G.²; Colantonio G.³; Musante G.⁴; Pedraza A.⁵; Prudent L.⁶

CLINICA Y MATERNIDAD SUIZO ARGENTINA^{1,2,3,4,5,6}

jorgezapata@gmail.com

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha incrementado progresivamente el número de nacimientos por cesáreas (CS), en muchos casos sin indicación clara, siendo la electiva (CSE) cada vez más frecuente. Por otro lado, la CS puede potencialmente aumentar la morbilidad neonatal y materna.

OBJETIVO

Describir morbilidad neonatal precoz (MNP) en recién nacidos de término temprano (RNTT: 37-38 semanas), comparándolos con recién nacidos a término (RNT: 39-41 semanas). Determinar si la CS se asocia con mayor MNP. Población: Recién nacidos vivos, entre 1/2009 y 12/2011, con edad gestacional (EG) entre 37-41 semanas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio analítico, retrospectivo, que utilizó los datos de la base neonatal institucional. Se estratificó por EG en RNTT y RNT. Se analizaron diferencias en: ingreso a UCIN, días de internación, re internaciones y MNP, utilizando Chi2 para las variables categóricas y pruebas de T o Wilcoxon (según corresponda) para variables continuas. Se realizó análisis de regresión logística multivariado, buscando asociación entre morbilidad respiratoria (MR) y CS; la adecuación del modelo se evaluó con

curva ROC y Test de Hosmer-Lemeshow. Resultados: Ingresaron al estudio 19.209 pacientes, 7.349 (38.3%) RNTT y 11.860 (61.7%) RNT. Los RNTT tuvieron peso al nacer y EG significativamente menor que los RNT (3148±424 g vs 3431±498g, p<0.01; EG 37.5±0.5 semanas vs 39.5±0.6 semanas, p<0.01). El grupo RNTT tuvo mayor necesidad de internación [RNTT: 1043(14.19%) vs RNT: 760(6.42%), P<0.01], re internación [RNTT:446(6,1%) vs RNT: 346(2.9%), P<0.01] y mayor terminación por cesárea [RNTT:5251(71.5%) vs RNT:6857(57.9%), P<0.01]. El grupo RNTT tuvo mayor MR [RNTT: 563(7.7) vs RNT: 314(2.6), P<0.01], mayor ictericia [RNTT: 658(8.9) vs RNT: 382(3.2) P<0.01], mayor necesidad de ATB [RNTT: 202(2.7) vs RNT: 168(1.4) P<0.01]. La internación en UCIN de los RNTT fue más prolongada, 4.9±7.5 días (IC95% 4.48-5.4) contra 4.04±5.2 días en los RNT (IC95%, 3.66-4.4), p<0.01. En el modelo de regresión logística la CS se asocia con MR en los RNTT, OR 2.12 (IC 95%: 1.66-2.72) p<0.01, ajustado por sexo, PN, Apgar<5 1°. Curva ROC 63 % y Test de Hosmer-Lemeshow P=0.68.

CONCLUSIÓN

En concordancia con lo reportado por otros autores, en nuestra serie los RNTT tuvieron internaciones más prolongadas en UCIN, mayor tasa de re internaciones y de MNP. En el análisis de regresión logística, la CS se asoció con MR en los RNTT.

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DE LA ENCEFALOPATÍA HIPÓXICO ISQUÉMICA CON HIPOTERMIA CORPORAL TOTAL EN DOS MATERNIDADES PRIVADAS DE LA C.A.B.A.

PS 118

Colantonio G.¹; Zapata Barrios J.²; Perez G.³; Lopez Turconi E.⁴; Alvarez P.⁵; Waisburg C.⁶; Pedraza A.⁷

CLINICA Y MATERNIDAD SUIZO ARGENTINA^{1,2,3}; SANATORIO LOS ARCOS^{4,5};

CLINICA Y MATERNIDAD SUIZO ARGENTINA Y SANATORIO LOS ARCOS^{6,7}

guillermo.colantonio@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El tratamiento con hipotermia corporal total (HCT) ha mostrado ser efectivo en el seguimiento alejado de los recién nacidos (RN) que padecieron encefalopatía hipóxico isquémica (EHI), disminuyendo la incidencia de parálisis cerebral y trastornos neurológicos.

OBJETIVO

Describir la factibilidad del tratamiento, efectos adversos, morbilidad y seguimiento neurológico de RN con EHI y necesidad de HCT. POBLACION: RN admitidos en CYMSA y DLA con diagnóstico de EHI que cumplieron, según guías de tratamiento, los criterios de ingreso a HCT. La HCT fue realizada con el Blanketrol® II/III y se realizó monitoreo cerebral con CFM Monitor®.

MATERIAL Y METODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo, datos obtenidos de la base neonatal institucional. Las variables se muestran con estadísticas descriptivas, frecuencias y porcentajes para las categóricas, medias y desvíos estándares para las continuas.

RESULTADOS

Desde el 09/2010 a 12/2012, ingresaron a HCT 20 pacientes. Todos los embarazos fueron simples, el promedio de edad materna fue 35.3 (±3.3). La media de edad gestacional y peso al nacer fue 38.2 semanas y 3123.8 (±507) g respectivamente, 12(60%) nacieron por cesárea. El 75% de los pacientes requirió asistencia respiratoria mecánica, con una duración promedio de 1.5 (±1.9) días, 10 (50%) presentaron convulsiones evidenciadas por clínica y monitoreo de función cerebral (MFC), 3 (15%) tuvieron trastornos de la coagulación y plaquetopenia. La media de PH al ingreso a HCT fue de 6.9 (±0.17), Pco2 de 56.5 (±31), Hco3 de 10.18 (±10.8) y EB de -18.58 (±9). La T° corporal durante el HCT se mantuvo dentro del rango deseado. Se realizó, a todos los RN, RMN y EEG dentro de los 7 días de vida. La duración de internación fue de 12.8 (7) días, registrándose 3 óbitos (15%). Los 17 sobrevivientes continúan en seguimiento neurológico.

CONCLUSIÓN

En nuestra población fue factible la realización del HCT, registrándose bajo frecuencia de efectos adversos. El seguimiento alejado de ésta población nos permitirá evaluar los efectos del mismo sobre la integridad del sistema nervioso central.

RESULTADOS DE LA PESQUISA AUDITIVA SEGÚN LA VÍA DE NACIMIENTO EN RECIÉN NACIDOS DE TÉRMINO EN DOS MATERNIDADES PRIVADAS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

PO 119

Quirós M.¹; Serra M.²; Colantonio G.³; Merodio M.⁴; Lopez Turconi E.⁵; Pedraza A.⁶
CLINICA Y MATERNIDAD SUIZO ARGENTINA; SANATORIO DE LOS ARCOS^{1,4,6}; FUNDASAMIN²;
CLINICA Y MATERNIDAD SUIZO ARGENTINA³; SANATORIO DE LOS ARCOS⁵
mariangelesgq@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La pesquisa auditiva en el período neonatal se realiza para la detección temprana de la hipoacusia congénita. Las otoemisiones acústicas (OEA) tienen alta sensibilidad; sin embargo cuando son negativas antes de las 72 hs de vida, deben repetirse. El momento en el que se realizan y la vía de nacimiento podrían incidir en los resultados de las OEA.

OBJETIVOS

Evaluar asociación entre vía de nacimiento y resultado de las OEA. Analizar si las horas de vida al momento de realizarlas se asocian con una mayor proporción de resultados negativos, en forma global y por vía de nacimiento.

POBLACIÓN

Se incluyeron retrospectivamente, desde el 30 de noviembre del 2012 hasta alcanzar el tamaño muestral estimado, recién nacidos (RN) de término sanos, de 2 servicios privados de neonatología de la Ciudad de Buenos Aires, en internación conjunta y a quienes se les realizaron OEA previo al egreso institucional.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo de corte transversal. Criterios de inclusión: RN ≥ 37 semanas a los que se les realizó OEA con el dispositivo Bio-logic®, Scout® Sport System. Criterios de exclusión: internación en UCIN y antecedente materno de infección por TORCHS en el embarazo. Se revisaron HC y registros electrónicos

de neonatología y fonaudiología. El tamaño muestral necesario estimado fue de 608 para una potencia del 90% y un nivel α de dos colas del 5%. El estudio fue aprobado por el comité de ética en investigación de las instituciones. El software utilizado fue STATA 11.

RESULTADOS

Se incluyeron 646 RN, 52% masculinos, la media de peso de nacimiento fue 3356 g (DE 417); la mediana de edad gestacional fue 39 semanas (IC25-75= 38-39.6). El 63.5% (410) fueron cesáreas. La mediana de horas de vida al realizar el estudio fue 40 hs (IC25-75 =32-45). El total de OEA negativas fue 129 (20%), en los nacidos por parto 44 de 236 (19%) y en los nacidos por cesárea 85 de 410 (21%), $\chi^2=0,41$ y $p=0,52$. Dentro de las primeras 48 hs de vida se realizaron 591 OEA (91% de la muestra) de las cuales, 124 fueron negativas (96% del total de OEA negativas), $p=0,053$.

CONCLUSIÓN

A diferencia de lo reportado por otros autores, en nuestra población la proporción de OEA negativas no reveló diferencias significativas según la vía de nacimiento. Si bien antes de las 48hs de vida se obtuvo mayor proporción de resultados negativos, las diferencias no fueron estadísticamente significativas, siendo necesario analizar una muestra de mayor tamaño.

INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO PARA HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR SEVERA EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS DE MUY BAJO PESO EN UNA MATERNIDAD PRIVADA

PS 120

Zapata Barríos J.¹; Perez G.²; Colantonio G.³; Musante G.⁴; Pedraza A.⁵; Prudent L.⁶
CLINICA Y MATERNIDAD SUIZO ARGENTINA^{1,2,3,4,5,6}
jorgezapata@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La hemorragia intraventricular (HIV) es un factor de riesgo asociado a trastornos del neurodesarrollo, en recién nacidos prematuros de muy bajo peso al nacer. La etiología de la HIV es poco clara, enfocándose los modelos fisiopatológicos en el flujo sanguíneo cerebral (FSC) y su autorregulación.

OBJETIVO

Describir la incidencia de HIV severa (Grado 3-4) y factores de riesgo asociados en RNMBP.

POBLACIÓN

RN con peso de nacimiento (PN) entre 500-1500 g, admitidos en UCIN de CYMSA entre 1/2005 y 12/2010. Material y métodos: Estudio de cohorte retrospectiva, basado en una base de datos neonatal institucional. Se realizó análisis univariado buscando asociación entre HIV severa y variables de interés, se usó χ^2 para variables categóricas y Pruebas de T o Wilcoxon, según correspondiera para variables continuas. Se realizó análisis de regresión logística ingresando al modelo las variables significativas en el análisis univariado, sumado a la plausibilidad biológica. Adecuación medida por curva ROC y Test Hosmer Lemeshow.

RESULTADOS

Se incluyeron 460 pacientes, de los cuales 33 (7.17%) presentaron HIV severa. Hubo diferencias significativas en el PN de aquellos RN, sin y con HIV severa siendo de 1135 g (IC95%:1110-1159) y de 873 g (IC95%:769-979) respectivamente y la edad gestacional de 29.5 semanas (IC95%:29.3-29.8) y 26.2 semanas (IC95%:25.3-27.1) respectivamente, ambas $p < 0.01$. El análisis univariado mostró además asociación significativa con el ductus, tipo de parto, corticoides prenatales y sepsis precoz. La regresión logística mostró asociación significativa entre HIV severa y EG (OR:0.71, IC 95% 0.58-0.86, $p < 0,01$), asistencia respiratoria mecánica en las primeras 72 hs (ARM 1° 72 hs) (OR: 5.52, IC 95% 1.9-15.9, $p < 0,01$), Apgar < 5 al 1° , (OR: 3.05, IC 95% 1.29-7.22, $p=0,01$), ajustado por vía de nacimiento, sexo y corticoides prenatales. Curva ROC de 89% y Test Hosmer Lemeshow $p = 0,20$.

CONCLUSIÓN

En nuestro estudio encontramos baja incidencia de HIV severa, presentando asociación inversamente proporcional a la EG, se asocia al Apgar < 5 al 1° y ARM 1° 72 hs, ajustado por el resto de las variables.

PREMATURO CERCANO AL TÉRMINO, NACIMIENTO POR CESÁREA Y MORBILIDAD RESPIRATORIA

PS 121

Zapata Barrios J.¹; Perez G.²; Colantonio G.³; Musante G.⁴; Pedraza A.⁵; Prudent L.⁶

CLINICA Y MATERNIDAD SUIZO ARGENTINA^{1,2,3,4,5,6}

jorgezapata@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La población de niños nacidos entre las 34 y las 37 semanas de edad gestacional (EG) o prematuros tardíos (PT) se ha incrementado en los últimos años. Esto ha provocado un aumento de la morbilidad neonatal y de la utilización de recursos. Por otro lado, el nacimiento por cesárea aumenta la morbilidad respiratoria neonatal, especialmente cuando se realiza antes de las 39 semanas de EG.

OBJETIVOS

Evaluar si la vía de nacimiento, en PT ingresados a la UCIN, se asocia en forma independiente con morbilidad respiratoria, duración de la internación y otras patologías.

MATERIAL Y MÉTODOS

Cohorte retrospectiva de recién nacidos con EG entre 34-37 semanas, ingresados en la UCIN de CyMSA entre 1/2009 y 12/2011. Los datos se obtuvieron de la base institucional. Las variables analizadas fueron: edad materna, vía de parto, EG, peso al nacer (PN), sexo masculino, puntuación de Apgar <5, morbilidad respiratoria, uso de surfactante, uso de nutrición parenteral total (NPT), y de antibióticos (ATB). Se realizó análisis univariado, utilizando chi2 o el test de Fisher para las

proporciones y las pruebas de T o Mann-Whitney para las variables continuas. Posteriormente se realizó un análisis de regresión logística cuya adecuación fue medida por curva ROC y Test de Hosmer Lemeshow. Resultados: Durante el periodo de estudio nacieron 21.725 recién nacidos, de los cuales 3126 (14%) fueron ingresados en la UCIN. 17% (3715) nacieron entre las 34 y 37 semanas de EG. 46% (1715) fueron internados con una media de días de internación de 7,39 (± 8). De ellos, 1239 (72%) nacieron por cesárea, siendo el PN de 2624 g (± 508). El 47% (805) de estos niños requirió algún tipo de asistencia ventilatoria. El análisis multivariado mostró asociación significativa entre morbilidad respiratoria y nacimiento por cesárea (OR de 2,12. IC 95%: 1,58-2,85) ajustado por EG, PN, Apgar <5 y sexo masculino. Curva ROC de 67% y Test de Hosmer Lemeshow p = 0,31.

CONCLUSIÓN

En nuestra población la morbilidad respiratoria y el aumento de los días de internación, luego de ajustar por PN, sexo masculino y Apgar <5 al 1° minuto, se asociaron significativamente al nacimiento por cesárea, en comparación con el parto vaginal. Es fundamental que todo el equipo perinatal se esfuerce en garantizar la necesidad real de cada cesárea realizada a estas edades gestacionales.

IMPACTO DEL PROGRAMA PALIVIZUMAB EN CONCORDIA

PS 122

Seminario Gomez B.¹; Bogao M.²; Barrientos M.³; Lopez M.⁴; Hernandez G.⁵; Lopez J.⁶;

Bonitez G.⁷; Alegre P.⁸; Lemo P.⁹; Aracama G.¹⁰

HOSPITAL D C MASVERNAT CONCORDIA^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10}

blas_hdc@gmail.com

OBJETIVO

Verificar el impacto del programa Palivizumab en pacientes de alto riesgo con criterios de inclusión. Disminuir la morbimortalidad por VSR.

INTRODUCCIÓN

El programa Palivizumab se implementa en el país en el año 2005. Concordia se suma en 2011, con la finalidad de disminuir la morbimortalidad por VSR, principal agente causal de bronquiolitis. La bronquiolitis es la principal causa de re internación en bebés de alto riesgo egresados de neonatología hasta en un 50% de los casos.

Aunque Palivizumab es una recomendación IA (máximo nivel de recomendación) las medidas básicas de prevención deben ser tenidas en cuenta y mejoradas (hábito de fumar, madre adolescente, falta de lactancia materna, anemia, medidas medioambientales desfavorables).

Criterios de inclusión: < de 28 semanas y/o < 1000gr hasta un año del comienzo de la aplicación. (1 dosis). < 32 semanas y/o < 1500gr, hasta 6 meses del inicio del mismo. Total de dosis: 5

MATERIAL Y MÉTODO

Trabajo prospectivo, de Enero de 2011 a diciembre de 2012

1. Capacitación inicial del equipo.
2. Recolección de datos: protocolos.
3. Convocatoria de los Padres.
4. Recepción de material. Logística.
5. Aplicación periódica de los anticuerpos.
6. Monitoreo posterior.
7. Resultados, conclusiones.

RESULTADOS

Total de pacientes: 25, 18 presentaron bronquiolitis (72%). 15 se internaron (83,33%). 1 falleció por displasia broncopulmonar (solo recibió una dosis).

CONCLUSIONES

El programa palivizumab, es de alto impacto a pesar de que no se cumplieron las 5 dosis estipuladas. Las condiciones medioambientales desfavorables (madres adolescentes, bebés anémicos, hábito de fumar, entre otros), interfieren negativamente. La continuidad en el tiempo y la ampliación del programa permitirá lograr la cobertura deseada en la población de bebés de alto riesgo.

IMPACTO DE LA CAPACITACIÓN EN SERVICIO EN LA MORTALIDAD NEONATAL EN EL HOSPITAL DE EZEIZA

PS 123

Romero Domínguez S.¹; Vega Chancafe J.²; Martínez M.³; Arrua M.⁴
HOSPITAL DE EZEIZA^{1,2,3,4}
sandravanessa2604@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

En Argentina la mortalidad (MN) neonatal contribuye en un 66% de la mortalidad infantil y el 47% de estas muertes ocurren en los primeros 7 días de vida. Una de las estrategias empleadas por el Ministerio de Salud de la Nación para la reducción de la MN es el programa de Capacitación en Servicio enmarcado dentro del proceso de regionalización de la provincia de Buenos Aires. En el servicio de Neonatología del hospital de Ezeiza se han desarrollado intervenciones destinadas a disminuir la MN cuya tasa al inicio del programa era del 14%.

OBJETIVOS

Evaluar el impacto que las tareas de capacitación en servicio produjeron sobre la MN.

MÉTODOS

Diseño: intervención en salud no controlado, tipo antes y después. Se analizan los resultados de intervención sobre el equipo de salud del servicio de neonatología del hospital de Ezeiza en un período de dos años desde enero 2011 a diciembre 2012.

INTERVENCIÓN

Se implementó estrategias vinculadas a mejorar la calidad de atención del cuidado neonatal, para reducir en forma directa la mortalidad en la UCIN. La tarea de los Capacitadores parte desde un diagnóstico de situación en la UCIN y posteriormente se coordinaron acciones planificadas por prioridad para evitar muertes reducibles. Las acciones incluían intervenciones en los siguientes aspectos: 1) Recursos Humanos 2) Equipamientos e insumos 3) Gestión 4) Docencia y Capacitación.

RESULTADOS

La mortalidad neonatal desciende de un 14‰ a un 5‰. Con respecto a los RNM-BP (< de 1500) de 47 nacimientos fallecen 16 (34%) en el 2011 y de 35 nacimientos fallecen 10 (28%) en 2012. Se incorporaron 4 médicos 2 con nombramiento y 6 enfermeras. El impacto más notable fue la capacitación lograda con el personal de enfermería y médicos en la mejoría de atención del recién nacido de riesgo.

CONCLUSIÓN

El programa de capacitación implementado en el servicio de neonatología del hospital de Ezeiza ha mostrado un impacto positivo en la reducción de la MN. Es necesario continuar en la búsqueda de políticas públicas que aseguren al recién nacido poder contar con el recurso del cual no puede prescindir: médicos y enfermeras.

EN BUSCA DE UNA ESTRATEGIA QUE POSIBILITE MEJOR INCLUSIÓN DE LOS NIÑOS DE RIESGO, EN UN PROGRAMA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

PS 124

Opción a Premio

Caram M.¹; Pastorino G.²; Sims R.³; Perez M.⁴; Djivelekian M.⁵; Martinini M.⁶; Miceli S.⁷
HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS TUCUMÁN¹; CENTRO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA - TUCUMÁN²;
HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS TUCUMÁN; FACULTAD DE MEDICINA - UNT³; HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS TUCUMÁN; CÁTEDRA DE MEDICINA INFANTO JUVENIL 1-UNT^{4,5,7}; CÁTEDRA DE MEDICINA INFANTO JUVENIL¹ - UNT⁶
emiliac1067@yahoo.com.ar

En el marco de un proyecto de investigación sobre estrategias para la atención integrada de recién nacidos pretérminos de muy bajo peso al nacer (RNPTAR) el equipo de salud tuvo el desafío de lograr que este seguimiento fuera accesible a todas las familias, particularmente las más vulnerables. El equipo se planteó 2 interrogantes: existía un problema en la comunicación desde el servicio a las familias, sobre la importancia del seguimiento especializado o se trataba de dificultad de accesibilidad (económico, horarios). Nos propusimos averiguarlo a través de un trabajo en terreno.

OBJETIVOS

Investigar motivos de la deserción. Recuperar pacientes. Implementar estrategias de prevención.

MATERIAL Y MÉTODOS

Familias de RNPTAR del Consultorio de Seguimiento Hospital de Niños Tucumán (CSPHTN). Se seleccionaron 26 familias (23%) por vivir a < de 50 km del hospital y los Centros de Atención Primaria (CAPS) correspondientes para visitar en 3 meses. Financiación: Fundación del HNT. Metodología: visitas al CAPS y los hogares. Entrevistas, encuestas estructurada y semiestructuradas validadas y adaptadas. Observación, señalamiento y orientación. Investigación operativa prospectiva, estudio de campo, cuantitativo.

RESULTADOS

De 244 ingresos (2008/2009), 114 niños (40%), desertaron en 2 años de seguimiento. Se visitaron 24 hogares, se entrevistaron 17 familias (7 ausentes) y 100% (14) CAPS. Datos obtenidos: 4 CAPS conocían el CSPHTN. El 100% de los entrevistados refirió haber recibido información sobre la importancia del seguimiento, el 29% pudo mencionar algunos aspectos del mismo, el 88% estuvo conforme con la atención. 70% fue citado alguna vez (redes). Indicadores sociales: 94% con NBI: hacinamiento 64%; baño precario, 47%; sin instrucción, 23%; desocupación y/o precarización laboral 88%. Causas de deserción: 40% refirió más de una causa: "lo ve sano" (53%); "falta de tiempo" (29%) y "atención en otro servicio de salud" (29%); problemas de salud en la familia (23%) y otras (29%). Regresaron al control 14 niños, que eran atendidos en CAPS y no tenían realizados controles del RNPTAR. Se realizaron talleres de información con los CAPS.

CONCLUSIONES

La prematuridad está poco reconocida como problema de salud pública, a nivel: familiar, comunitario e institucional. Resultó la principal causa de deserción. Se conoció objetivamente a la población desertora y los motivos de la deserción. Se replantearon estrategias de abordaje e intervención al problema. Se fortalecieron redes existentes. Se reflexionó sobre las debilidades del equipo en la comunicación con las familias y se plantearon cambios futuros.

PREVALENCIA DE ALIMENTACION CON LECHE DE MADRE EN RECIEN NACIDOS <1750 GR Y/O <34 SEMANAS DE GESTACION HASTA LOS TRES MESES POST ALTA

PO 125

Covas M.¹; Alda E.²; Alvarez A.³; Alvarez S.⁴; Suarez C.⁵
SERVICIO DE NEONATOLOGIA - HOSPITAL PRIVADO DEL SUR - BAHIA BLANCA^{1,2,3,4,5}
eralda@criba.edu.ar

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna en prematuros presenta dificultades, más aún, cuando han sido internados en unidades de cuidados neonatales.

OBJETIVOS

Principal: Conocer la prevalencia de alimentación con leche de madre (LM) hasta los tres meses del alta institucional, en recién nacidos con peso <1750gr. y/o <34 semanas de gestación. *Secundarios:* Describir las características de la lactancia en estos recién nacidos durante su internación.

DISEÑO

Estudio clínico observacional, prospectivo, tipo cohorte.

POBLACION

Recién nacidos <1750gr. y/o <34 semanas de gestación, asistidos en el Servicio de Neonatología desde Julio/2010 hasta Junio/2012 (24 meses).

MÉTODOS

Análisis según tipo de alimentación recibida en la internación, desde su inicio hasta comienzo de la succión al pecho: LM exclusiva, LM >50%, LM <50% o fórmula exclusiva. Alimentación al momento del alta institucional y tres meses postalta.

RESULTADOS

Recién nacidos con criterios de ingreso al estudio: 76. Fallecen en el período de internación: 9 (4 incompatibles). Negativa a participar o pérdida de su seguimiento: 11. Población en estudio: 56 (84%).

Análisis en internación: Tipo de alimentación enteral y momento (mediana-rango): Inicio con LM, 40día (10-130). Volumen diario administrado de LM y/o fórmula (LF) hasta el comienzo de la succión al pecho: 45% LM exclusiva, 45% >50% de LM. Inicio y frecuencia de extracción de LM (mediana-rango): 20día (10-120). Evolución del peso y perímetro cefálico semanal y momento de recuperación del peso de nacimiento: sin diferencias según tipo de alimentación.

Al alta y tres meses postalta:

- *Al alta:* LM exclusiva: 52% - Mixta: 48% - Fórmula: 0

- *Tres meses postalta:* LM exclusiva: 16% - Mixta: 35% - Fórmula: 49%

Análisis de variables independientes: Antecedentes maternos personales y perinatales. Características del recién nacido y patología evolutiva (sepsis tardía, ECN, ROP, DBP).

CONCLUSIONES

Observamos un adecuado fomento de la lactancia materna en este grupo de pacientes. Alta prevalencia de LM durante su internación, en donde el 90% de los niños recibió >50% de leche de su madre hasta el comienzo de la succión al pecho. Asimismo, más de la mitad recibe Pecho exclusivo al momento del alta institucional, sin alimentación artificial exclusiva. Dicha conducta se revierte en los primeros tres meses del alta institucional. El mantenimiento de la lactancia materna por razones familiares, laborales y/o de seguimiento clínico pediátrico, suelen ser causas de compleja resolución.

"ASIGNACIÓN DE SEXO": A PROPÓSITO DE UN CASO

P 126

Lenzano S.¹; Espinosa L.²; Menzio M.³
MATERNIDAD DRA TERESITA BAIGORRIA-SERVICIO NEONATOLOGIA^{1,2,3}
slenzano@yahoo.com.ar

INTRODUCCION

La evaluación de un recién nacido con genitales ambiguos se debería tratar como una emergencia, por varias razones; pueden existir enfermedades que amenacen la vida, distintos tipos de hiperplasia suprarrenal y por otro lado los problemas psicosociales a corto y largo plazo para los papás, si la información no se maneja adecuadamente desde el nacimiento, pueden afectar la propia percepción del niño de su imagen corporal.

MATERIAL Y METODO

Caso clínico

CASO CLINICO

Madre de 23 años, secundario completo, sin APP, embarazo con controles adecuados. Nace por cesárea, 36 semanas, 3650 gr-GEG. Examen físico: labios mayores fusionados, hipertrofia de clitoris. Diagnóstico de ingreso: Genitales indeterminados. Se realiza screening neonatal, 17 oh-progesterona, cortisol, testosterona, ionogramas, cariotipo, ecografía cerebral /abdominal /genital (imágenes sugerentes de útero y ovarios), ecco-doppler cardiaco. Se descarta por controles de laboratorio HSC. Cariotipo: 46 XY (30 metafases) SRY (+). Se deriva a endocrinología: falo no visible, sólo palpable de 0.5 mm. Perfil hormonal: N Ecografía: estructuras müllerianas sólidas. Laparoscopia explorador: gónadas en

canal inguinal, disgenéticas, conductos deferentes normales, delante de recto imagen sugerente de útero. Citoscopia: seno urogenital de 3 cm, desemboca en gran cavidad vaginal rudimentaria Valoración multidisciplinaria: en base al examen clínico, estudios genéticos, hormonas y quirúrgicos se designa sexo FEMENINO en acuerdo con los padres. Se tramita DNI con identidad femenina. Continúa con controles urológicos y futuras correcciones quirúrgicas.

DISCUSIÓN

Genitales externos: ambiguos; internos: testículos y útero, cariotipo 46 XY, sexo de crianza: femenino. Probables diagnósticos diferenciales: HSC. Disgenesia gonadal mixta, SIPA (Sme. Incompatibilidad parcial a los andrógenos), deficiencia de 5 alfa reductasa, hermafroditismo verdadero, para los cuales se requieren de estudios moleculares de diagnóstico.

CONCLUSIÓN

Dada la baja frecuencia de patologías monogénicas (7%) que producen desórdenes de la diferenciación sexual, es de importancia arribar al diagnóstico, evaluar en cada caso qué información transmitir y cómo hacerlo, consensuar la terapéutica más adecuada y la contención del grupo familiar, para ello, la importancia del manejo de un equipo multidisciplinario y cirugía reconstructiva-reparadora.

RED SERENAR: GUÍAS DE ATENCIÓN AMBULATORIA INTEGRAL PARA EL SEGUIMIENTO DE RECIÉN NACIDOS DE RIESGO

RPD 128

Miravet M.¹; Navarro L.²; Suarez V.³; Bezzone N.⁴

DIRECCION DE MATERNIDAD E INFANCIA¹; DIRECCION DE MATERNIDAD DE INFANCIA DE CORDOBA^{2,3,4}
lic.navarro.leticia@gmail.com

INTRODUCCIÓN

En el marco del Programa Red de Servicios de Seguimiento de Recién Nacidos de Riesgo -Red SERENAR-cuyo objetivo principal es la atención integral de los recién nacidos de riesgo en el seguimiento ambulatorio posterior al alta hospitalaria, surgieron entre los años 1998 y 2007 las "Pautas de Atención Ambulatoria para el Seguimiento de Recién Nacidos de Riesgo", trabajo realizado por expertos de diversas disciplinas y sectores. Las mismas, actualizadas en el año 2011, se transformaron en el libro: "GUÍAS DE ATENCIÓN AMBULATORIA INTEGRAL PARA EL SEGUIMIENTO DE RECIÉN NACIDO DE RIESGO" (RNR), en el 2012.

OBJETIVOS

Este libro fue creado para facilitar los objetivos de la red SERENAR: definición de criterios para la atención integral del RNR, el desarrollo de conocimientos que permitan ratificar o modificar pautas de Atención integral de estos niños, después del alta y hasta los 6 años en seguimiento ambulatorio.

Población: Los equipos que materializan el seguimiento para el abordaje de los RNR y sus familias.

MATERIAL Y MÉTODO

Esta herramienta surgió de un intenso trabajo que propone normatizar acciones, prescribir procedimientos y ofrecer recursos de comunicación intra e interinstitucionales y comunitarios. Se convocó a autores y revisores en trece áreas temáticas para su actualización. Fueron compiladas, corregidas y posteriormente revisadas por un consultor externo y su equipo, validadas por grupos de trabajo locales.

El producto final es el libro "Guías de Atención Ambulatoria Integral para el Seguimiento de Recién Nacido de Riesgo": profesionales de excelencia y la Red SERENAR nucleando esos saberes. Los capítulos son:

- I. Seguimiento de prematuros.
- II. Pautas de atención de enfermería durante la internación y luego del alta.
- III. Aspectos psicoafectivos y emocionales.
- IV. Aspectos socioeconómicos y culturales.
- V. Desarrollo de la comunicación en el niño de 0 a 6 años. Detección temprana auditiva, seguimiento e intervención lingüística.
- VI. Intervención kinésica temprana.
- VII. Detección y seguimiento de errores congénitos del metabolismo y patología endócrina.
- VIII. Seguimiento de pacientes con patología respiratoria neonatal.
- IX. Seguimiento de pacientes con patología quirúrgica neonatal.
- X. Seguimiento de pacientes con patología cardiovascular neonatal.
- XI. Pautas de atención ambulatoria para el seguimiento de pacientes con infección congénita posible o comprobada.
- XII. Seguimiento del recién nacido con riesgo neurológico.
- XIII. Seguimiento del desarrollo en el recién nacido de riesgo.

RESULTADOS

La investigación realizada en 2003 para evaluar los resultados de la Red SERENAR demostró su impacto, reduciendo las cifras de mortalidad infantil perineonatal por causas neonatales y perinatales, redefiniéndose y unificando criterios para la atención integral del RNR.

CONCLUSIONES

Este libro es una herramienta que facilita a profesionales el mejor abordaje integral de estos niños en el seguimiento, permitiéndoles ejercer el derecho de igualdad de oportunidades, desde criterios de complementariedad, aceptando la diversidad de la interdisciplina, facilitando así los programas de seguimiento.

A PROPÓSITO DE UN CASO: SÍNDROME DE TAR

RPD 129

García S.¹; Do Santos S.²; Gil E.³; Lavin S.⁴; Pretz D.⁵

HIEMI MAR DEL PLATA^{1,2,3,4,5}
garciaseb9@gmail.com

INTRODUCCION

El síndrome de TAR es un trastorno genético no común, autosómico recesivo, cuya incidencia oscila en 1 cada 100000 nacidos vivos. Se caracteriza por la presencia de trombocitopenia (transitoria) y agenesia bilateral del radio con presencia de ambos pulgares. Se acompaña de anomalías en las extremidades, como hipoplasia de humero. Sindactilia, clinodactilia, focomelia. Luxación de cadera, implantación anómala del 5° dedo del pie, etc. También presentan anomalías faciales (53%), anomalías cardíacas (15%), alergia a la proteína de la leche de vaca (50%). El diagnóstico se basa fundamentalmente en la ausencia de ambos radios con presencia de los pulgares y la trombocitopenia. Dentro de los estudios de laboratorio confirmatorios la microdelección del cromosoma 1q21 es suficiente para confirmar el diagnóstico, aunque no siempre se detecta.

Los diagnósticos diferenciales se realizan con patologías con aplasia de radio: Síndrome de Holt-Oram, Síndrome Roberts, etc.

El desarrollo mental suele ser normal. Presentan baja talla.

Su pronóstico es benigno, siendo la principal causa de muerte la hemorragia.

El tratamiento se basa en medidas de sostén y transfusiones de plaquetas cuando existen signos de sangrado. Evitar la ingesta de leche de vaca, los traumatismos y tratamiento ortésico en busca de una mejoría en la función de los miembros.

OBJETIVO

Presentación de caso clínico poco frecuente, correlacionado con la bibliografía actual.

MATERIAL Y METODOS

Paciente nacido por parto vaginal, con 2990gs, 39 semanas de gestación, apgar 9/10. Embarazo mal controlado, sin antecedentes de relevancia. Al nacer presentaba hipertelorismo, hemangioma facial, implantación baja de las orejas, hipoplasia de miembros superiores, presencia de pulgares y mala implantación del 5 dedo de ambos pies. A las 24hs de vida presento petequias generalizadas y se constata plaquetopenia, se realiza junto a genética y hematología el diagnóstico de Síndrome de TAR. Durante su internación desarrolla intolerancia a la leche de vaca. Su egreso hospitalario se realiza a los 50 días de vida, con 3850gs y con fondo de ojo y ecografía cerebral normal.

DISCUSION

Nuestro paciente se ajusta a lo descripto en la bibliografía, respecto de un desarrollo neurológico normal y la asociación fuerte con intolerancia a la leche de vaca.

CONCLUSION

Se trata de una patología infrecuente, de buen pronóstico neurológico, y con buena sobrevida luego de la remisión de la trombocitopenia.

DESHIDRATACIÓN HIPERNATRÉMICA EN UN NEONATO ALIMENTADO CON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

P 130

Zambruno A.¹; De Elizalde M.²; Fraga J.³; Musante G.⁴

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL^{1,2,3,4}

azambruno@cas.austral.edu.ar

INTRODUCCIÓN

La deshidratación hipernatrémica (DH) en neonatos es una condición potencialmente letal, poco sospechada en recién nacidos (RN) de término sanos alimentados con pecho exclusivo.

CASO CLÍNICO

RN de 41 semanas, sexo femenino, PN=3160g, nacida por parto vaginal, de una madre primípara, en Esquel. Egres a los 2 días de vida (ddv) citándose a control. Es derivada a nuestra UCIN a los 11 ddv con diagnóstico presuntivo de insuficiencia renal aguda, por presentar 3 días de oligoanuria.

Al ingreso se encontraba en regular estado general, con pérdida de 30% del PN, Sodio de 203mEq/l, Urea de 304mg/dl y Creatinina de 3.22 mg/dl, hiporreactiva y bradicárdica (85 lpm en reposo). Presentaba alteración leve de la coagulación y plaquetopenia (59600/cm³).

Se instauró terapia de rehidratación parenteral con solución isotónica a 160ml/k/d. Se administró vitamina K y se transfundió con plaquetas por presentar sangrados leves por cordón umbilical y sitios de punción. Al cabo de 7 días de tratamiento normalizó los laboratorios y el examen clínico, con examen neurológico adecuado a su edad. Se logró restablecer la alimentación por succión con pecho y complemento.

Se descartó etiología infecciosa con laboratorio y hemocultivos, que fueron negativos. Se descartó etiología renal con pH en orina, ionogramas seriados en orina y ecografía renal normales.

Se estudió con ecografía y RMN de cerebro que fueron informadas como normales. No presentó complicaciones durante el tratamiento. Se otorgó alta a su domicilio a los 26ddv para seguimiento en su lugar de origen.

DISCUSIÓN

Proporcionar adecuada asistencia en lactancia durante la estadía en la maternidad es más importante en las madres primigestas. Evaluar la técnica y suficiencia alimentaria es parte de los controles pediátricos posteriores al alta siendo necesario contemplar la posibilidad de DH para diagnosticarla a tiempo y evitar su progresión. En caso de pérdida de peso mayor a la esperable y signos compatibles con deshidratación hipernatrémica, se debe evaluar la técnica alimentaria y considerar realizar un ionograma en sangre. En caso de ser necesario, suplementar oportunamente con leche de fórmula, sin que esto contraindique la lactancia materna. Con la complementación y el estímulo sostenido a la madre para mejorar la producción láctea, eventualmente disminuirán los niveles de sodio en la leche, pudiéndose en ocasiones restablecer la lactancia materna exclusiva.

ENDOCARDITIS BACTERIANA EN RECIÉN NACIDO DE BAJO PESO CON VÁLVULA AÓRTICA BICÚSPIDE Y SIN ACCESOS VASCULARES CENTRALES

RPD 131

Zambruno A.¹; Acha L.²; Keller R.³; Kreutzer C.⁴; López Daneri M.⁵; Musante G.⁶

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL^{1,2,3,4,5,6}

azambruno@cas.austral.edu.ar

INTRODUCCIÓN

La incidencia de válvula aórtica bicúspide (VAoB) en neonatos se desconoce y constituye un factor de riesgo para endocarditis bacteriana (EB).

CASO CLÍNICO

Recién nacido de término (37 semanas), con restricción del crecimiento intrauterino (PN=1891g), nacido por cesárea por hipertensión arterial materna con doppler fetal alterado. Debido a los antecedentes perinatales, se indicó ayuno durante los primeros 2 días de vida (ddv) recibiendo nutrición parenteral a través de acceso vascular periférico.

A los 4 ddv, por auscultación de soplo eyectivo en la base del corazón, se realizó ecocardiograma, en el cual se diagnosticó VAoB.

A los 9 ddv presentó un registro febril. Se realizó laboratorio de tamizaje infectológico, se pancultivó y se medicó con vancomicina y amikacina. En ambos hemocultivos (HMC) se rescató *Staphylococcus aureus* meticilino-sensible. Luego de 4 días de tratamiento antibiótico, el paciente persistía en regular estado general y con plaquetopenia. Se tomaron HMC intratratamiento. Con persistencia del aislamiento y la certeza de la sensibilidad se rotó el esquema a cefalotina y gentamicina. Se realizó búsqueda de focos profundos, evidenciándose vegetación

de 15mm sobre la válvula aórtica. Con diagnóstico de EB, se decidió completar tratamiento con gentamicina 10 días, agregar rifampicina 20 días, y completar cefalotina por 6 semanas. A los 7 días de haber comenzado el tratamiento antibiótico se negativizaron los HMC.

Evolucionó desfavorablemente, con insuficiencia aórtica progresiva y subsecuente descompensación hemodinámica motivando que a los 31 ddv ingrese en asistencia respiratoria mecánica y soporte inotrópico y que a los 36 ddv, pesando 2116g, se realice recambio valvular aorto-pulmonar con técnica de Ross utilizando un homoinjerto aórtico de 6mm en posición pulmonar.

Evolucionó favorablemente, discontinuando el soporte inotrópicos 5 días después de la cirugía. Actualmente continúa medicado con diuréticos, bajo tratamiento con cefalotina y en recuperación nutricional.

DISCUSIÓN

Los pacientes con VAoB presentan riesgo aumentado de EB. En pacientes con diagnóstico de VAoB, se deberán minimizar los procedimientos invasivos y realizar profilaxis de EB. En casos de EB neonatal es importante el seguimiento multidisciplinario para definir si existe o no indicación quirúrgica y cuál es el mejor momento para realizarla.

RESULTADOS A CINCO AÑOS DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (PP-IRA) EN CONSULTORIO DE SEGUIMIENTO DE PREMATUROS (RNPT) DEL HTAL. DEL NIÑO JESUS TUCUMAN

RPD 132

Perez M.¹; Caram M.²; Gabai P.³; Arancibia E.⁴; Nieva M.⁵

HTAL. DE NIÑOS^{1,2,3,4,5}

mariazaira1951@hotmail.com

INTRODUCCION

La prematuridad incide principalmente en secuelas pulmonares y mayor riesgo de contraer infecciones respiratorias agudas (IRA) en época de otoño – invierno. En el seguimiento de estos niños se debe sistematizar un programa de prevención de IRA.

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad del PP-IRA en época de mayor prevalencia del virus sincitial respiratorio (VSR) en RNPT del sector público. Comparar datos interanuales.

MATERIAL Y METODOS

Revisión retrospectiva del PP-IRA entre 2008 y 2012. Se incluyeron todos los RNPT nacidos en maternidades públicas, con criterios de inclusión para uso de palivizumab, según recomendaciones del ministerio de salud de la nación.

RESULTADOS

Durante ese periodo se inmunizaron 580 niños; características de la población: promedio de peso: 1200gr; de edad gestacional al nacer: 29 semanas. Del total de los pacientes, requirieron internación por IRA, 10.86%; reinternación 1.16%; con virológico(+): 3.2%; fallecieron: 1.89%; desertaron al programa: 6%.

CONCLUSIÓN

Debido a la implementación de este programa, se observa durante el período evaluado una disminución progresiva de niños con IRA grave; menos internaciones y fallecimientos. También se puede ver menor deserción al programa al año de vida, porque incluye, atención personalizada y sistematizada con implementación de talleres para la prevención de IRA y las citaciones por referencia y contrarreferencia y redes de la provincia.

NEUMOPERITONEO RECIDIVANTE EN PREMATUROS

RPD 133

Hernandez D.¹; Malachevsky M.²; Racigh N.³

HOSPITAL DE NIÑOS O. ALASSIA SANTA FE^{1,2,3}

danielahernandezfinos@gmail.com

INTRODUCCION

El neumoperitoneo es una complicación secundaria de NEC, barotrauma-ARM, malformaciones intestinales y en menor frecuencia es idiopático. El efecto Macklin explicaría los neumoperitoneos espontáneos en pacientes con dificultad respiratoria que presentan enfisema intersticial, burbujas de aire que migran por bronquios y vasos sanguíneos al hilio, mediastino y peritoneo. La conducta es quirúrgica, pudiendo ser conservadora en la forma idiopática. Se reporta en Chile, un niño de 3 semanas con neumoperitoneo secundario a neumopatía de manejo conservador, ambulatorio.

OBJETIVOS

Se presentan 2 casos de recién nacidos prematuros con neumoperitoneo espontáneo recidivante, en uno se realiza laparotomía exploradora, luego se coloca drenaje abdominal.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1: RNPT 30s./879grs, sexo femenino, cesárea de urgencia por doppler alterado, antecedentes: hipertensión gestacional. Apgar 7/9. Se coloca CPAP FIO2 30%. A las 24hs de vida, presenta neumoperitoneo espontáneo. La laparotomía exploradora no evidencia perforación intestinal. Al 9º día de vida, presenta neumoperitoneo estando en ARM (PIM 14), se coloca rubber abdominal, se realiza segunda laparotomía sin hallazgos patológicos.

Esofagograma sin evidencias de fístula aero-digestiva. No repite episodio.

Caso 2: RNPT 35s./2025grs, sexo masculino, cesárea de urgencia por desprendimiento de placenta. Apgar 6/9. Por dificultad respiratoria, se coloca oxígeno por Halo. A las 32hs de vida presenta neumoperitoneo. Por antecedentes se sospecha nec perforada. Ingresa a quirófano, siendo neumoperitoneo espontáneo, sin signos de perforación intestinal, permanece en ARM, se desteta al 4º día. El 5º día de vida presenta neumoperitoneo espontáneo, se coloca drenaje peritoneal bajo agua, se clampea a las 72hs y se retira a las 24hs. Se realiza TAC de tórax: sin hallazgos patológicos.

CONCLUSIONES

Ambos casos presentaron neumoperitoneo recidivante sin signos de perforación intestinal. Se realiza exploración quirúrgica en primer lugar y luego de búsqueda bibliográfica se intenta conducta conservadora en el segundo caso. Los pacientes evolucionaron favorablemente.

Si bien no se pudo determinar la etiología, al descartar las causas más frecuentes que dan origen a neumoperitoneo en la etapa neonatal, se plantea incluir el Efecto Macklin como diagnóstico diferencial.

REDUCCIÓN DE LA INCIDENCIA DE DISPLASIA BRONCOPULMONAR EN RECIÉN NACIDOS DE MUY BAJO PESO A TRAVÉS DE UN PROGRAMA DE MEJORA DE LA CALIDAD

PS 134

Cribioli C.¹; Pignatta M.²; Mariani G.³; Racioppo N.⁴; Baldini L.⁵; Herrera S.⁶; Fernandez Jonusas S.⁷; Fustiñana C.⁸

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES^{1,2,3,4,5,6,7,8}
carolina.cribioli@hiba.org.ar

INTRODUCCIÓN

La prevención de la displasia broncopulmonar (DBP) es compleja debido a su origen multifactorial. Nuestra Unidad tenía una alta incidencia de DBP en comparación con otras unidades de la Red Sudamericana de Neonatología (NEOCOSUR) entre 2000 y 2005. Hay informes de resultados exitosos después de la implementación de paquetes de atención.

OBJETIVO

Comparar la incidencia de DBP en los recién nacidos de muy bajo peso al nacer (RN MBPN) después de 5 años de la implementación de prácticas potencialmente mejores (PPM) en nuestra sala de partos (SP) y en la UCIN.

MÉTODOS

En 2005, un grupo de enfermeros y neonatólogos inició un proceso de mejora de la calidad incluyendo evaluación de la evidencia y proponiendo PPM para disminuir la DBP, controlando posteriormente su aplicación. Las principales recomendaciones incluyeron uso temprano de CPAP nasal, intubación selectiva y extubación temprana, adopción de límites de SpO₂ desde SP, uso consciente de O₂ suplementario, nutrición parenteral total (NPT) desde el primer día, y medidas de control de infecciones. Se evaluaron los resultados y las estrategias de manejo de los RN MBPN entre los años 2006 y el 2011 de nuestra base de datos recogidos prospectivamente y a través de la revisión de todos los registros médicos. DBP fue definida como la necesidad de O₂ a las 36 semanas de EG.

RESULTADOS

Fueron incluidos todos los RN MBPN (n: 248). Las características perinatales y demográficas de los pacientes fueron similares durante el período observado. La incidencia de DBP en los supervivientes se redujo de 32,5% en 2006 al 12,2% en 2011 (p < 0,05). La mortalidad fue del 18% en 2006 y 12,7% en 2011 (p 0,4). El resultado combinado de DBP o muerte se redujo de 44,9% a 23,4% (p < 0,05). El uso de la ventilación mecánica (VM) fue menor en 2011 (71% vs 47%, p < 0,05). La mediana de duración de la VM en los supervivientes fue de 9 días (IIC 4-24) en 2006 y 2 días (IIC 1-15) en 2011 (p < 0,05). Se observó una reducción en la duración del uso suplementario de O₂ en los sobrevivientes: 46 días (IIC 17-79) en 2006 frente a 8 días (IIC 1-45) en 2011 (p < 0,05). El uso de la CPAP nasal aumentó de 35% a 43% (p 0,4). Otros resultados incluyen NPT en día 1: 80% vs 92% (p 0,10); sepsis clínica o comprobada: 52% vs 40% (p 0,37); ROP: 22% vs 12% (p 0,24) en 2006 y 2011, respectivamente.

CONCLUSIONES

Un enfoque multidisciplinario destinado a mejorar los resultados a través de un consenso basado en la evidencia y del trabajo en equipo resultó en una disminución en la incidencia de DBP y en una reducción en el resultado combinado de muerte o DBP sin consecuencias adversas.

EVOLUCIÓN A LOS DOS AÑOS DE NIÑOS OPERADOS DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA EN UN CENTRO DE REFERENCIA

PO 135

Radosta G.¹; Andres S.²; Salas G.³; Bauer G.⁴; Rodriguez S.⁵; Castro S.⁶; Fariña D.⁷

HOSPITAL GARRAHAN^{1,2,3,4,5,6,7}
gradosta@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La Hernia Diafragmática Congénita está caracterizada por la presencia de vísceras abdominales en el tórax, hipoplasia e hipertensión pulmonar. Los avances en los cuidados pre y postnatales han mejorado la sobrevida.

Las complicaciones reportadas más frecuentemente son déficit neurológicos, motores y sensoriales, enfermedad pulmonar crónica, fallo de crecimiento, reflujo gastroesofágico, reinternaciones por complicaciones quirúrgicas e infecciones respiratorias.

OBJETIVO

Reportar resultados a los dos años de vida de una cohorte de niños operados de HDC en un hospital de referencia y evaluar los factores asociados a mala evolución neurológica y déficit de crecimiento.

Estudio observacional, analítico, tipo cohorte retrospectiva.

MÉTODO

Se recolectaron retrospectivamente datos de niños con HDC egresados de Neonatología en el período 2000-2010 seguidos en el Consultorio de Alto Riesgo SAR hasta los dos años de vida. Variables demográficas y neonatales. Medidas de resultado: Crecimiento (evolución del score Z) y retraso del desarrollo (escala CAT/CLAMS, CD < 70)

RESULTADOS

De 101 pacientes(p) que ingresaron a Neonatología fallecieron 37p (37%) y 64p (63%) ingresaron a SAR, 2p fallecieron durante el seguimiento, 16 desertaron(26%), 3p (5%) fueron contrareferidos y 43 (69%) completaron el seguimiento hasta los 2 años de vida. Características neonatales (Medianas y Rangos): Peso Nacimiento 3.225g (1700-4400), edad gestacional 39sem(34-41), tiempo de internación 31 días(11-240), ARM 11 días (1-70), horas de vida al ingreso 30 hs (3-312), diagnóstico prenatal 30%. Crecimiento Score Z(X±DS) Peso: al nacimiento -0,32 (±0,97), 1 año -0,76 (±1,13), 2 años -0,75(±0,87). Talla: al nacimiento -0,89 (±1,20), 1 año -0,47 (±1,28), 2 años -0,46 (±1,11). Perímetro cefálico: al nacimiento -0,43 (±1,01), 1 año -0,45 (±1,05), 2 años -0,22 (±1,32). Retraso del desarrollo: 10 niños(23%). Se encontró asociación entre retraso del desarrollo con Snappe II(p<0.000), requerimientos de adrenalina (p<0.012), días de asistencia respiratoria (p<0.000), sepsis (p<0.016) y evolución nutricional al 1º año (p<0.028) y 2º año (p<0.009) de vida.

CONCLUSIÓN

Se observó un déficit en la ganancia de peso que persistió hasta el segundo año. Este déficit junto con la gravedad al ingreso, los mayores requerimientos terapéuticos, y las complicaciones infecciosas se asociaron en forma significativa con la afectación del neurodesarrollo a los dos años de vida.

NUTRICIÓN ENTERAL MÍNIMA (NEM) TEMPRANA CON LECHE HUMANA EN PREMATUROS DE MUY BAJO PESO DE NACIMIENTO (MBPN): ¿CUÁNDO COMENZAR?

PO 136

Dinerstein A.¹; Nieto R.²; Solana C.³; Ventura D.⁴; General F.⁵

HOSP SARDÁ^{1,2,3,4}; NUTRICIA BAGO⁵

alejandro.dinerstein@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Los beneficios de la NEM con leche humana (LH) son conocidos, pero no existen datos concluyentes que indiquen cuándo es el mejor momento de inicio.

Objetivo: Comparar la morbilidad y tolerancia en MBPN que reciben NEM temprana vs. tardía, exclusivamente con LH. Objetivos secundarios: determinar la cantidad de días en alcanzar alimentación enteral completa (120 kcal) y crecimiento a los 28 días de edad y 36 semanas EGC.

DISEÑO/MÉTODOS

Ensayo clínico aleatorizado. Población: recién nacidos < de 31 semanas y peso adecuado para la edad gestacional. Criterios de exclusión: asfixia y malformaciones congénitas. La NEM comenzó dentro del primer día de vida en el grupo 1 y entre 72 y 96 horas en el grupo 2. La NPT se inició en las primeras horas de vida en ambos grupos. Los pacientes fueron alimentados con LH de su madre o de banco por un mínimo de 28 días o hasta completar 32 semanas de EGC.

Resultados: Desde Junio de 2011 a Octubre de 2012 se incluyeron 62 niños en el estudio, 30 en el Grupo 1 y 32 en el Grupo 2.

Características demográficas	Grupo 1, n=30	Grupo 2, n=32	p
Edad gestacional en semanas,			
Mediana (rango)	28.5 (25-30)	29 (25-30)	0.79
Peso al nacer en g,			
Mediana (rango)	1200 (730-1620)	1275 (610-1640)	0.83
Esteroides maternos, n (%)	26 (87)	23 (72)	0.17
Comienzo de alimentación enteral en horas, Mediana(rango)	9 (2-97)	72 (72-336)	<0.001
Días de ayuno luego del inicio de la alimentación, Mediana (rango)	0 (0-14)	4 (1-14)	<0.001
Días de NPT, Mediana (rango)	11 (8-28)	13 (11-38)	0.027
NEC ≥ Grado II, n (%)	3 (10)	0 (0-0)	0.07
Sepsis tardía, n (%)	2 (7)	9 (28)	0.027
Mortalidad, n (%)	4 (14)	2 (6)	0.35

Los pacientes que iniciaron la NEM durante el primer día de vida alcanzaron la alimentación completa mas precozmente, requirieron menos días NPT, tuvieron menos déficit proteico acumulado y mayor perímetro cefálico a las 36 semanas. La cantidad o calidad de los episodios de residuo y número de suspensiones de la ingesta fue similar en ambos grupos.

CONCLUSIONES

La NEM con LH exclusiva dentro de las 24 horas es una práctica segura y efectiva observándose menos episodios de sepsis y mayor perímetro cefálico a las 36 s EGC.

CITOMEGALOVIRUS CONGÉNITO, A PROPÓSITO DE UN CASO

P 137

Hernandez M.¹; Ale G.²; Schwab S.³; Juliano P.⁴; Delgado G.⁵; Benvenuto M.⁶; Sanchez Caro L.⁷

HIGA SAN MARTIN DE LA PLATA^{1,2,3,4,5,6,7}

hernandezjimena@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La infección por CMV es causa frecuente de infección viral congénita, 1% de los RN. La infección transplacentaria por primoinfección materna es 1- 4%. De éstos un 40% se infecta; 10% son sintomáticos al nacimiento. La infección congénita por reactivación o reinfección materna, es 0,2 -1,8%, con baja morbilidad por anticuerpos maternos; y > 90% son asintomáticos. El diagnóstico se confirma por cultivo o identificación del genoma viral mediante PCR en las primeras 2 semanas de vida. Detección antigenemia o IgM de menor sensibilidad, su negatividad no invalida el diagnóstico. Retrospectivamente mediante PCR en sangre de papel de filtro. Tratamiento: ganciclovir y valganciclovir, 6 semanas previene la hipoacusia progresiva y afectación del SNC.

OBJETIVO

Presentación caso de CMV congénito confirmado con alta sospecha clínica.

MÉTODO Y DESCRIPCIÓN

RNT 41 s, PEG, madre 19 años, embarazo no controlado, serologías NR, RPMO 3 días. Parto vaginal, Apgar 6/8, LAM, distrés respiratorio transitorio. Exámen físico: microcefalia, ictericia, petequias, equimosis y hepato-esplenomegalia. Laboratorio: plaquetopenia, coagulograma y hepatograma alterado. Otros estudios: OEA alteradas. ECO cerebral con dilatación de VL y calcificaciones tálamicas. Serologías TORCH, VHB, VHC, Herpes, VDRL, parvovirus NR, antigenemia CMV pp65 negativo. Se solicita PCR para CMV confirmando la sospecha. Inicia tratamiento con valganciclovir a los 14 días de vida.

COMENTARIO

El diagnóstico es en las 3 primeras semanas de vida; después de 21 días es difícil confirmar si es congénita o adquirida. El tratamiento precoz previene secuelas neurológicas y sensoriales. Es importante el seguimiento para el diagnóstico de sordera tardía, coriorretinitis y alteraciones del desarrollo psicomotor.

ESTADO DE SALUD, INSERCIÓN SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD EN ADOLESCENTES Y ADULTOS JÓVENES CON HISTORIA DE PREMATUREZ Y MUY BAJO PESO AL NACER EN ARGENTINA

PO 139

Martínez Caceres M.¹; Fernández P.²; Scoccola R.³; Sepulveda T.⁴; Oreiro V.⁶; Aspres N.⁷; Binda V.⁸; Martínez Rubio D.⁹; Perrota C.¹⁰; Bauer G.¹¹
HOSPITAL GARRAHAN^{1,9,11}; HOSPITAL DE CLINICAS²; HOSPITAL DURAND³; HOSPITAL FERNANDEZ⁴;
HOSPITAL ITALIANO^{5,10}; HOSPITAL POSADAS⁶; MATERNIDAD SARDA^{7,8}
majitomc1@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Los adolescentes y jóvenes con antecedentes de prematurez y muy bajo peso al nacer (PT-MBPN) tienen más probabilidades de presentar compromiso de su estado de salud (ES) afectándose así su inserción social (IS). Se ha descrito en este grupo mayor compromiso de la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS). Se propone el primer estudio multicéntrico en Argentina sobre evolución alejada en esta población.

OBJETIVOS

Caracterizar el ES, IS y CVRS de adolescentes y adultos jóvenes con antecedentes de PT-MBPN, asistidos en 5 unidades de cuidado intensivo neonatal (UCIN) del sector público y privado.

MÉTODOS

Estudio descriptivo-analítico y transversal con grupo control. Población: adolescentes y jóvenes con peso de nacimiento \leq 1500g asistidos en 5 UCIN^s de Argentina entre 1990 y 1995, los que fueron comparados con controles nacidos a término de igual edad y nivel socioeconómico. Se caracterizó a los casos mediante variables neonatales y se registraron las condiciones de vida actual (pobreza y clima educacional familiar) de casos y controles. Se midió CVRS con el instrumento KIDSCREEN-52 (KDSC). Se realizaron entrevistas personales o telefónicas y encuestas por correo electrónico. Medidas de resultado: ES: discapacidad mayor (DM) y menor (Dm) y comorbilidades (CoM). IS: estudia y/o trabaja. CVRS. Análisis estadístico: Test de chi2 y Fisher. Regresión logística multivariada.

RESULTADOS

Se incluyeron 135 casos (Cs) y 80 controles (Co). Edad: Cs: 17 años (DS 1,7a) vs Co 18,5 años (DS 2,3a) (NS). Características neonatales de los Cs: PN 1115,7g (DS 210g), EG: 29 semanas (DS 2,3s), Hemorragia Intracraneana III-IV(HIC): 18,4%, DBP: 17,2%, ROP

(láser): 13,7%. Condiciones de vida: pobreza: Cs 11,6% Co 9% (NS), clima educacional bajo: Cs 19% Co 24% (p < 0,01). El 45% de los Cs presenta alguna afectación del ES vs el 15% de Co (p 0,01) OR: 5,7 (2,5-11). En la tabla 1 se muestran los resultados principales. CVRS (según KDSC, media 50-DS10): Las dimensiones más afectadas fueron el Estado de ánimo: 31,7 (DS 5,9) y la autopercepción: 42,3 (DS 4,2), encontrándose diferencias significativas según la presencia de discapacidad en las dimensiones Apoyo social/relación con pares (52,4 vs 42,6. p0.002) y ambiente escolar (30 vs 22,4 p 0.02). Los antecedentes de HIC grave, ROP grave y condición de derivación en el período neonatal resultaron factores de riesgo para DM OR: 5,5 (1,4-21,4); 6,5 (1,3-31,7) y 8,9 (2-39,5) respectivamente.

CONCLUSIONES

Los jóvenes con antecedentes de PT, presentan mayor impacto en el estado de salud y logran menor inserción social con respecto a jóvenes que nacieron a término en el mismo período. Se encuentran diferencias en la red de amigos y recreación, funciones sociales importantes para la edad explorada. La discapacidad grave influye sobre aspectos de la calidad de vida vinculados a la inserción social.

Tabla 1.

	CASOS (n=135)	CONTROLES (n=80)	Nivel de significación	
ESTADO DE SALUD	D Mayor (%)	18	2,5	<0,01
	D Menor (%)	16	1,2	<0,01
	Comorbilidades (%)	22,5	12,5	0,05
	Bajo peso (%)	29,2	11,5	0,02
	Baja talla (%)	19,7	3,4	0,05
INSERCIÓN SOCIAL	Lograda (%)	89,1	97,4	NS
	Sin amigos (%)	24	0	0,01
	Sin recreación (%)	19	2	0,01

EMBOZILIZACIÓN ARTERIAL EN DOS NEONATOS PREMATUROS COMO TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA SECUNDARIA A ANEURISMA GIGANTE DE LA VENA DE GALENO

RPD 140

Zambruno A.¹; Keller R.²; Quintana Livingston E.³; Ceciliano A.⁴; Villasante F.⁵; Etcheagaray A.⁶; Musante G.⁷
HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL^{1,2,3,4,5,6,7}
azambrun@cas.austral.edu.ar

INTRODUCCIÓN

El aneurisma de la Vena de Galeno (AVG) es una malformación vascular cerebral que genera insuficiencia cardíaca (IC) secundaria al alto flujo a través de la misma, con cardiomegalia, hydrops y polihidramnios. Si el diagnóstico de IC es prenatal, se asocia a peor pronóstico. Su manejo neonatal es complejo.

CASO 1:

Embarazo gemelar en el que se diagnosticó AVG en 1° gemelar a las 33 semanas (s.) terminándose el embarazo a las 34s. por IC fetal con cardiomegalia, polihidramnios y ausencia de flujo umbilical telediastólico. Nació con 1990g ingresando en asistencia respiratoria mecánica (ARM) indicándose diuréticos e inotrópicos. A los 5 días de vida (ddv) se realizó angiografía cerebral y embolización, con abordaje a través de los vasos umbilicales. Se colocaron 23 coils. Presentó franca mejoría, lográndose la extubación a CPAP y luego a aire ambiente. Se mantuvo tratamiento con diuréticos por vía oral y digoxina.

A los 48ddv, por descompensación cardiorespiratoria requirió ingreso en ARM y reinicio del tratamiento inotrópico endovenoso. Se realizó una segunda embolización a los 54ddv, a través de la arteria femoral, con inyección de solución esclerosante. Evolucionó favorablemente. Egresó a internación domiciliar con alimentación parcial por sonda y tratamiento diurético a los 66ddv.

CASO 2:

Feto con AVG con dilatación de ventrículos laterales y 3er ventrículo diagnosticados a las 33 s. Se realiza cesárea por IC estimada por cardiomegalia, regurgitación tricuspídea y aumento de la resistencia en el doppler umbilical con polihidramnios moderado en la ecografía prenatal. Nace con 33s y un peso de 2132g. Ingresó en asistencia respiratoria mecánica (ARM) indicándose diuréticos e inotrópicos. A los 2ddv se realizó angiografía cerebral y embolización, a través de los vasos umbilicales, con colocación de 11 coils y solución esclerosante. Sin mostrar mucha mejoría, se realizaron segunda y tercera embolización con coils y solución esclerosante a los 12 y 23ddv, con abordaje a través de la arteria femoral. Posteriormente se extubó a CPAP. Continúa con signos de IC, en tratamiento con CPAP, diuréticos e inotrópicos, en recuperación nutricional.

DISCUSIÓN

La embolización endovascular temprana es un tratamiento viable para el manejo de neonatos con IC secundaria a AVG aún en casos de prematurez y bajo peso. Es importante el diagnóstico prenatal para optimizar el manejo perinatal. El abordaje multidisciplinario es indispensable.

NUTRICIÓN PARENTERAL EN PREMATUROS: UNO O DOS CATÉTERES?

PO 141

Brener P.¹; Konikoff L.²; Mariani G.³; Fernández S.⁴; De Cristófano A.⁵
HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES^{1,2,3,4,5}
pablo.brener@hiba.org.ar

INTRODUCCIÓN

La Nutrición Parenteral (NP) se administra a los recién nacidos (RN) internados en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales a través de catéteres umbilicales, percutáneos o de introducción quirúrgica. La complicación más frecuente es la infección asociada. Se ha sugerido que la NP sea administrada a través de un catéter exclusivo para evitar su manipulación. Sin embargo, al sumar dispositivos la presencia de más accesos centrales podría aumentar ese riesgo.

OBJETIVO

Comparar la incidencia de infección asociada a catéter en RN recibiendo NP, con uno o más accesos vasculares centrales.

POBLACIÓN

RN con peso al nacer menor a 1.500 gr. recibiendo NP a través de catéteres centrales, durante los años 2011 y 2012.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de cohorte prospectivo analítico. A través de nuestro Sistema de Vigilancia Epidemiológica identificamos a los RN con criterio de inclusión. Se dividió la cohorte en dos grupos, uno expuesto a un catéter (G1) y el otro a dos (G2). Para incluirlo en este último, la exposición debía abarcar al menos un 50% del tiempo de NP.

La variable principal de resultado fue la incidencia de infección, determinando el RR con su IC95%. Se realizó un análisis de regresión logística ajustando para peso al nacer, sexo, score Neocosur, ventilación mecánica, días de NP y Enterocolitis.

RESULTADOS

Durante el período estudiado se incluyeron 83 pacientes. La mediana de edad gestacional fue 30 semanas (RIC 27-32) para el G1 y 27 semanas para el G2 (RIC 25,5-29). La mediana de peso al nacer fue de 1.040 gr (RIC 892-1.357) en el G1 y de 875 gr (RIC 692-1107) en el G2. El grupo con dos catéteres no tuvo mayor riesgo de sepsis asociada (RR 2,33; IC95% 0,82-5,7). El análisis multivariado solo encontró el peso al nacer como factor independiente asociado a infección (OR 0,996; IC95% 0,993-0,999). El número de catéteres (OR 2,03; IC 0,48-8,67) y otras variables no resultaron significativas.

CONCLUSIÓN

No encontramos diferencia entre ambas estrategias. Si bien hubo una tendencia a mayor incidencia de infección utilizando dos catéteres, estos pacientes eran más inmaduros. Es necesario contar con estudios aleatorizados que nos ayuden a administrar Nutrición Parenteral de manera segura y basada en la mejor evidencia.

HACIA UNA CONSTRUCCIÓN EN RED PARA LA PROTECCIÓN DE NIÑOS PREMATUROS

P 142

Sims R.¹; Pastorino G.²; Caram M.³; Perez M.⁴; Martinini M.⁵; Djivekian M.⁶; Miceli S.⁷
HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS TUCUMÁN¹; CENTRO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA - TUCUMÁN²; HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS; CÁTEDRA DE MEDICINA INFANTO JUVENIL I - UNT; CENTRO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA, TUCUMÁN³; CÁTEDRA DE MEDICINA INFANTO JUVENIL I - UNT; MATERNIDAD NUESTRA SRA. DE LAS MERCEDES, TUCUMÁN⁴; CÁTEDRA DE MEDICINA INFANTO JUVENIL I - UNT; HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS, TUCUMÁN^{6,7}
rosamariasims@gmail.com

PROPÓSITO

Comunicar la experiencia de un Servicio de Seguimiento de Niños Prematuros (SSP) en un Hospital del Niño Jesús - Tucumán (HNJ), en forma interdisciplinaria e interinstitucional.

INTRODUCCIÓN

Se ha demostrado el beneficio de programas de seguimiento a largo plazo en niños prematuros. La complejidad del mismo requiere ser abordado en forma integral e interdisciplinaria. Constituye un grave problema para los actores de salud, no estar capacitados para tomar decisiones en contextos de incertidumbre o escenarios sociales complejos, lo que obstaculiza la construcción de salud con "otros", provocando una descontextualización que en sí misma es una amenaza para el logro de sus objetivos últimos. En función de esta realidad, se aplicó como estrategia de intervención el modelo en red que tomó relevancia en las instituciones de salud los últimos años.

RELATO DE LA EXPERIENCIA

El SSP del HNJ recibe los niños nacidos con menos de 1500 grs del sector público. A partir de su ingreso desencadena un proceso de adaptación entre el niño, su familia y el equipo de salud, cuyo principal objetivo es construir un vínculo que

promueva la adhesión al seguimiento. Dada la complejidad de los problemas y dificultades que aparecen en la consulta, el equipo de salud se vio en la necesidad de articular con otros, a fin de establecer alianzas y estrategias de atención que se materializaron a través de: talleres de juegos y cursos para padres (ONGs), visitas domiciliarias (voluntariado universitario, Centro de Estimulación Temprana), capacitaciones a otros equipos de salud y ONGs (SIPROSA Y UNT), articulación intersectorial con escuelas de nivel inicial, primario, secundario y especial. A través del Servicio de Referencia se buscó reforzar la adhesión de la familia al seguimiento. Desde esta perspectiva se tiene una mirada integral del niño, su familia y la comunidad, buscando trascender lo asistencial y apoyando el empoderamiento de la familia y las instituciones sociales que la contienen.

CONCLUSIÓN

Se logró establecer vínculos firmes y persistentes con la mayoría de las familias, los servicios de salud, instituciones educativas, ONGs y gubernamentales intervinientes, lo que permite una proyección más auspiciosa en los próximos años para el cuidado del niño prematuro. Queda pendiente lograr la adhesión de las familias que desertaron y sumar nuevos actores que enriquezcan la estructura de la red.

LA ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE DE RELEVANCIA CLÍNICA NO SE ASOCIA CON DOPPLER PRENATAL PATOLÓGICO

PO 143

Brener P.¹; Garrido D.²; Fustiñana C.³; Meller C.⁴; Carducci M.⁵
HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES^{1,2,3,4,5}
pablo.brener@hiba.org.a

INTRODUCCIÓN

La Enterocolitis Necrotizante (ECN) es una entidad multifactorial que constituye una condición de alta morbimortalidad en recién nacidos (RN). La hipoxia-isquemia gastrointestinal, la restricción de crecimiento intrauterino, la depresión perinatal y la sepsis son condiciones asociadas a su aparición. Asimismo algunos estudios han encontrado una asociación entre la ocurrencia de cualquier estadio de ECN y alteración del doppler fetal.

OBJETIVO

Determinar la asociación de doppler fetal alterado en pacientes con ECN de significancia clínica, en la Unidad Neonatal de nuestro hospital.

Población

RN internados durante los años 2011 y 2012 que padecieron ECN, controlados por edad gestacional (EG) y peso al nacer.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de caso control, retrospectivo y analítico. Se incluyeron en un grupo (casos) a todos los RN con diagnóstico de ECN grado IIa o mayor (ECN definida) durante el período estudiado. El grupo control (sin ECN) se constituyó con niños de similar EG y peso de nacimiento. La variable principal de resultado fue identificar la presencia o no de doppler patológico fetal. Se estudiaron además otras variables como sepsis, tratamiento con Indometacina y alimentación con fórmula enteral.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 20 pacientes por cada uno de los grupos. Las medias de EG (28,8 y 29,1 semanas) y de peso al nacer (1.121 gr. y 1.188 gr.) no mostraron diferencia significativa entre ambos grupos. Tuvieron un doppler antenatal patológico el 38% del total de pacientes. Los resultados del doppler prenatal no fueron diferentes al comparar los grupos (OR 1,24; IC95% 0,34-4,45). Tampoco encontramos diferencia entre los grupos para sepsis y test de APGAR bajo al nacer. Por otro lado el tratamiento con Indometacina (OR 4,3; IC95% 1,15-16,3) y haber recibido fórmula para prematuros (OR 15,5 IC95% 1,79-139,6) mostraron asociación con ECN.

CONCLUSIONES

En este estudio el desarrollo de ECN clínicamente relevante, no se asoció a la presencia de doppler prenatal alterado. No obstante encontramos asociación de ECN con factores ya estudiados como la administración de Indometacina y no haberse alimentado con leche humana.

EXPERIENCIA EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL TRATAMIENTO DE HIPOTERMIA CORPORAL TOTAL

PS 146

Robledo V.¹; Vecchiarelli C.²; Tain J.³; Osio C.⁴
SANATORIO OTAMENDI^{1,2,3,4}
viviana.robledo@yahoo.com

INTRODUCCIÓN

Hay suficiente evidencia para sostener que el Tratamiento con Hipotermia aplicada en pacientes con encefalopatía hipóxico isquémica es beneficioso a corto y a largo plazo y que reduce el compromiso severo del neurodesarrollo

OBJETIVO

Describir la experiencia con 11 Recién Nacidos (RN) en la UCIN

POBLACIÓN

De 11 pacientes, 9 nacieron en el sanatorio, 1 en domicilio y otro fue derivado. Todos los RN fueron de término excepto 1; 7 masculinos y 4 femeninos

MATERIAL Y MÉTODOS

Desde octubre de 2010 a febrero de 2013 nacieron 9280 niños. Se incluyeron todos los pacientes con un evento agudo de asfixia perinatal y con las condiciones para el tratamiento. Se realizó Ph de cordón y/o Ph en la primera hora de vida. Se los trató con hipotermia corporal total con el equipo BLANKETRON III 72 hs.

RESULTADOS

De los 11,8 nacieron por parto y 3 por cesárea, la edad gestacional X fue de 38,9 S± 1,37, la X del peso al nacer fue 3137 g S± 248,6. El apgar al minuto de vida fue de una X 2,1 S± 1,05, a los 5 minutos la X, de 5,1 S± 1,16, la X del Ph de cordón, de

6,75 S± 0,22, el Ph en la primera hora con una X de 7,14 S± 0,16 y el bicarbonato tuvo una X de 11,14 S± 2,75. Salvo 2 el resto requirió reanimación con ventilación e intubación. Diez RN ingresaron dentro de las primeras 6 hs de vida, el paciente derivado, a las 11 hs; el único con hipertensión pulmonar en la evaluación ecocardiográfica falleció durante el tratamiento por fallo multisistémico. La X de días de internación fue de 22,8. Nueve de los 10 sobrevivientes lograron succión completa con X de 7,44 días y S± 6,43. Todos recibieron fenobarbital, soporte respiratorio y nutricional según protocolo. Se realizaron estudios metabólicos, cultivos, ecografía cerebral, polisomnografía, RNM, y todos ingresaron a seguimiento. A los 30 meses del tratamiento sobrevivieron 9 de 11 (81 %) de los cuales 8 con edad X 16,3 meses presentan examen neurológico normal; la nacida por parto domiciliario humanizado muestra severo compromiso del neurodesarrollo. Un paciente falleció al año de vida con encefalopatía grave.

CONCLUSIÓN

Cumplido el protocolo normativo, nuestro trabajo corrobora la información bibliográfica acerca del aporte del tratamiento sobretodo en pacientes con encefalopatía hipóxico isquémica moderada.

MONITORIZACIÓN CONTINUA DE CO₂ ESPIRADA EN CORDEROS PREMATUROS CON SDR. CORRELACIÓN CON PaCO₂ Y EFECTO DE LA SEVERIDAD DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

PO 147

Maure C.; Mariani G.2

CLINICA UNIVERSITARIA REINA FABIOLA¹ HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES²
carlosmaure@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La monitorización de la PaCO₂ en las etapas iniciales de los recién nacidos prematuros es de utilidad en función de la asociación de trastornos neurológicos con variaciones en los niveles de PaCO₂. Si bien la medición continua de PCO₂ transcutánea resulta conveniente, su uso es difícil en prematuros extremos dada la inmadurez de su piel y los riesgos de quemaduras e infecciones. Se ha propuesto la evaluación de la CO₂ al final de la espiración (ETCO₂) como una alternativa de utilidad.

OBJETIVOS

Relacionar la ETCO₂ con la PaCO₂ en corderos prematuros con deficiencia de surfactante, determinar el espacio muerto alveolar y evaluar el efecto de la severidad de la insuficiencia respiratoria sobre aquella relación

MÉTODOS

Estudio realizado en corderos recién nacidos prematuros (EG 130 +/- 1 día – término 150 días -) que recibieron ventilación mecánica durante 6 horas, con monitoreo continuo de ETCO₂ a través de capnografía de corriente central y gases en sangre arterial en forma horaria. Se realizó regresión lineal y correlación entre ETCO₂ y PaCO₂. Se estimó el espacio muerto alveolar según ecuación de Bohr modificada y se tomo el índice de oxigenación como parámetro de severidad de la enfermedad respiratoria.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 57 mediciones simultáneas de ETCO₂ y PaCO₂ correspondientes a 9 corderos. Se observó una correlación significativa entre valores de ETCO₂ y PaCO₂ ($r=0,64$, $p<0,001$). El valor de ETCO₂ fue menor que el valor correspondiente de PaCO₂ en 100% de los casos, con una mediana de la diferencia de 24 mmHg (RIC 19-38). La mediana del índice de oxigenación fue de 24,7 (IC 20,9-31,9) y la ventilación de espacio muerto alveolar fue de 47% del volumen tidal, reflejando la gravedad de la insuficiencia respiratoria de los corderos. La diferencia entre PaCO₂ y ETCO₂ fue significativamente mayor con el aumento del índice de oxigenación, con un coeficiente de correlación r de 0,67 (R₂ 0,45). En coincidencia con estos datos, el examen de anatomía patológica mostró gran heterogeneidad en la apertura pulmonar, con zonas de atelectasias y un alto porcentaje de sobreexpansión alveolar (40%).

CONCLUSIONES

En corderos prematuros con deficiencia de surfactante y expansión pulmonar heterogénea se evidencia un alto grado de espacio muerto alveolar. Si bien la correlación entre ETCO₂ y PaCO₂ es buena, la diferencia entre ellas se ve influenciada por la gravedad de la enfermedad pulmonar. La medición de ETCO₂ no debe sustituir a las medidas de PaCO₂ en prematuros ventilados, pero puede tener un papel para detectar tendencias en ventilación.

PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL MATERNA PREVIO AL PARTO, EN UNA SERIE CONSECUTIVA DE MUJERES ASISTIDAS EN UN HOSPITAL NO PÚBLICO DE BAHÍA BLANCA

PO 148

Covas M.¹; Alda E.²; Barrionuevo L.³; Estevanez M.⁴; Vago S.⁵

HOSPITAL PRIVADO DEL SUR - BAHIA BLANCA¹; SERVICIO DE NEONATOLOGIA - HOSPITAL PRIVADO DEL SUR - BAHIA BLANCA^{2,3,5}; UNIDAD CORONARIA. HOSPITAL PRIVADO DEL SUR - BAHIA BLANCA⁴
eralda@criba.edu.ar

INTRODUCCIÓN

El síndrome hipertensivo del embarazo (SHE) es una patología característica del embarazo humano que provoca daño multisistémico. En Argentina, en el año 2007, fue la tercera causa de muerte materna (19%). Creemos que existe en nuestra Institución, un subdiagnóstico de trastornos hipertensivos relacionados con el embarazo; por tal motivo hemos diseñado un estudio prospectivo, para determinar diagnóstico de hipertensión arterial previo o posterior a las 20 semanas de gestación, y con especial interés, en las que se presentan al parto sin diagnóstico establecido.

OBJETIVOS

Principal: Establecer la prevalencia del SHE en mujeres que ingresan para parto. Secundarios: a- Agrupar las pacientes según el momento de aparición de los trastornos hipertensivos. b- Describir la morbi-mortalidad neonatal perinatal.

DISEÑO

Observacional. Descriptivo. Tipo corte transversal

POBLACIÓN

Todas las embarazadas que ingresaron al sector de Maternidad para parto, desde el 1-9-2011 al 30-9-2012. Grupo Control: A- Tensión arterial (TA) normal al ingreso, sin antecedentes de SHE. Grupo Estudio: B- TA normal al ingreso, con SHE. C- TA elevada, sin antecedentes de SHE. D- TA elevada con SHE.

MÉTODOS

Registro de TA al ingreso según técnica normalizada. Valor de TA para diagnóstico hipertensión: $\geq 140/90$, repitiéndose dentro de las 4hs del ingreso. Resultados: Universo 1755 embarazadas. Ingresaron al estudio: 1745 (99,4%). Grupo A: 1406 (80,6%), Grupo B: 60 (3,4%), C: 193 (11%), la tercera parte de estas embarazadas se mantuvieron hipertensas durante su internación; y D: 86 (5%). La mayor morbilidad neonatal (menor peso al nacimiento, mayor bajo peso para edad gestacional, mayor internación) se presentó en el grupo D. El síndrome de pre-eclampsia (hipertensión, edemas y proteinuria) se presentó en 27 embarazadas del grupo D (31%). La mortalidad neonatal fue 2,1% en el Grupo Control y 8,8% en el Grupo Estudio.

CONCLUSIONES

La prevalencia de SHE fue de 8,4%, diagnosticada y tratada durante el embarazo. No obstante, el 11% de las embarazadas asistidas ingresaron con hipertensión arterial sin diagnóstico de SHE, la tercera parte la mantuvo durante su internación (sub-diagnóstico). La morbi-mortalidad fue mayor en los Grupos Estudios (B-C-D). Creemos necesario el conocimiento de estos hallazgos clínicos, como parámetro de calidad de atención del control obstétrico.

EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO EN PREMATUROS. IMPLICANCIAS DE ADOPTAR LAS CURVAS OMS

PO 149

Fustiñana C.¹; Rodríguez D.²; Mariani G.³; Cravedi V.⁴

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES^{1,2,3,4}
carlos.fustinana@hospitalitaliano.org.ar

Los estándares para evaluar el crecimiento hasta la semana 92 de edad posmenstrual fueron publicados en el año 1986, desde entonces dichas curvas se han utilizado como referencia para evaluar el crecimiento postnatal de recién nacidos de pretérmino. En abril del año 2006 la OMS lanzó nuevos patrones del crecimiento infantil para evaluar el crecimiento de esta población hasta los 5 años de edad.

OBJETIVO

Determinar si la proporción de retardo del crecimiento postnatal en peso, longitud corporal y perímetro cefálico, en prematuros con peso al nacer menor de 1500 g, presenta una variación significativa usando las curvas propuestas por la OMS, en lugar de las utilizadas hasta la fecha (Curvas SAP) en el seguimiento durante el primer año de vida.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio de cohorte retrospectivo de una base de datos de seguimiento de prematuros con peso al nacer menor de 1500 gramos, completada en forma prospectiva. Se incluyeron las mediciones de peso, longitud corporal y perímetro cefálico, realizadas a las 40, 53, 66, 79 y 92 semanas postmenstruales (± 1 semana). Fueron incluidos todos los pacientes que presentaban al menos tres mediciones en las fechas indicadas. Se incluyeron los niños con retardo del crecimiento intrauterino o morbilidad severa. Se calcularon las desviaciones medias mediante el cálculo

del puntaje de desvío de Z a las 40, 53, 66, 79 y 92 semanas postmenstruales para las curvas estudiadas (SAP y OMS) las desviaciones se evaluaron mediante el test de Student.

RESULTADOS

tanto el peso como la longitud muestran diferencias entre la apreciación mayor del crecimiento por la curvas SAP que las curvas OMS. Las mismas son máximas a las 53 y 66 semanas para el peso y marcadamente en varones. La estatura evaluada por OMS, también presenta un retraso en ambos sexos, aunque más marcado en las niñas que se extiende desde la semana 53 hasta la 79 inclusive. Al evaluar la proporción de pacientes con peso por debajo de 2 SD según ambas referencias a los tres meses de edad corregida (53 semanas) las curvas OMS muestran una mayor proporción de pacientes por debajo de 2 DS ($p < 0,01$ OR: 0,36 IC 95% 0,15-0,78). Al analizar la longitud corporal y el perímetro cefálico las diferencias no alcanzaron significancia estadística.

CONCLUSIÓN

Nuestro estudio permite sugerir que el cambio de estándar para valorar el crecimiento durante el primer año de vida no implicaría una modificación significativa a nuestras prácticas de seguimiento desde las 40 semanas hasta el primer año de edad corregida.

CAUSA INUSUAL DE HIPERNATREMIA EN LA UCIN: SÍNDROME DE MORSIER

RPD 150

Irañeta M.¹; Anglada A.²; Albas M.³; Saint Genes D.⁴

CEMIC^{1,2,3,4}
neo.mariela@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Morsier es un trastorno congénito infrecuente, de etiología no dilucidada con posible hipótesis genética. Clínicamente se caracteriza por una tríada:

- Malformaciones cerebrales de línea media.
- Hipoplasia uni o bilateral de nervios ópticos.
- Disfunción hipotálamo-hipofisaria. Se diagnostica mediante neuroimágenes y detecciones hormonales.

El pronóstico, en general bueno, se ensombrece en neonatos con hipopituitarismo no diagnosticado precozmente con el consiguiente daño neurológico y eventual muerte.

OBJETIVO

Presentación de un neonato con hipernatremia causada por disfunción de la neurohipofisis en un síndrome de baja incidencia. Reporte clínico: RNPTPAEG (36.4 semanas / 3215 g), femenino. Madre: 24 años, sana, primigesta. Diagnóstico prenatal de gastrosquisis. Cesárea. Apgar 9/10. Examen físico: defecto de pared abdominal. Se realiza reducción primaria del contenido eviscerado el 1er. día de vida con cierre de la pared a las 48 horas. Buena evolución quirúrgica. Al 5to. día de vida, ayunado, con acceso central para nutrición parenteral, presenta fiebre. Con sospecha de sepsis se toman muestras de laboratorio, cultivos y se medica con antibióticos. Presenta como hallazgo natremia 165meq/l. Recibe correcciones con agua libre pero persiste hipernatremia con urea y creatinina \uparrow y poliuria. Se

descarta hipernatremia de origen renal, diagnosticándose Diabetes Insípida de causa central mediante prueba de vasopresina y dosaje de hormona antidiurética, osmolaridad plasmática \uparrow y urinaria \uparrow . RMN de cerebro y región selar:

- Ausencia de Septum Pellucidum.
- Displasia septo-óptica.
- Hipófisis de 3 x 4 mm.
- Quiste aracnoideo.

Fondo de Ojo: Hipoplasia óptica bilateral. Potenciales evocados visuales: sin respuesta. Estos hallazgos confirman el diagnóstico de Displasia septo-óptica o Síndrome de Morsier. Inicia tratamiento con desmopresina intranasal y agua libre a demanda. Egreso sanatorial a los 70 días de vida, buena evolución clínica, tratamiento de diabetes insípida y estimulación temprana.

CONCLUSIÓN

Queremos resaltar la importancia de analizar los resultados de los estudios que solicitamos a nuestros pacientes para sospechar y descubrir aquello que no es tan evidente. El diagnóstico precoz permitió un tratamiento oportuno modificando sustancialmente el pronóstico de la enfermedad.

SEGUIMIENTO HASTA EL AÑO DE EDAD CORREGIDA DE LOS RECIÉN NACIDOS DE MUY BAJO PESO DE NACIMIENTO (RNMBPN) NACIDOS Y ASISTIDOS EN UNA INSTITUCIÓN PRIVADA

PS 151

Bossi L.¹; Novali L.²; Neustadt N.³; Cammareri B.⁴
SANATORIO MATER DEI^{1,2}
lucreciabossi@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN

A medida que la sobrevida de los RNMBPN ha aumentado significativamente, esta ya no es suficiente como indicador de la calidad de atención de una UCIN y ha surgido entonces interés por conocer la evolución a largo plazo de estos prematuros. Objetivo: Estudio prospectivo, descriptivo, observacional para conocer la evolución hasta el año de edad corregida de una cohorte de RNMBPN nacidos y asistidos en una institución privada.

POBLACIÓN

Se incluyeron todos los recién nacidos con peso de nacimiento \leq a 1500 g (RNMBPN) nacidos desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2010. Durante ese período nacieron 24 RNMBPN, representando el 1% del total de partos. Ninguno de ellos presentó malformaciones ni síndromes genéticos. Dos de ellos fallecieron en el período neonatal (8,3 %), y un prematuro no fue incorporado al seguimiento por residir en la provincia de La Pampa. Los restantes 21 niños constituyen la población de este estudio.

MÉTODOS

Todos los pacientes fueron citados a los 3, 6, 9 y 12 meses de edad corregida. En cada entrevista se evaluó el crecimiento utilizando como referencia las curvas de la OMS, el desarrollo mediante la utilización del test CAT-CLAMS, se registró el resultado del examen neurológico, y de las evaluaciones de visión, y de audición.

RESULTADOS

La media de peso de nacimiento de esta población fue de 1.201 g \pm 260 g, y la de la edad gestacional 30 semanas \pm 3 semanas. Se registraron 6 pares de gemelos.

Hemorragia intracraneana	Grado 1 y 2: 2 Grado 3: 1
Displasia broncopulmonar leve y moderada	3
Retinopatía de la prematuridad	Grado I: 1 Grado II: 3 Grado III: 1 (Laser)
Otoemisiones acústicas sin respuesta	3

La media de peso, talla y perímetro cefálico se encuentran entre los percentilos 50 y 75 a las 40 semanas, 3, 6, 9 y 12 meses. La maduración mostró 19 niños normales (90,4 %), y 2 niños en riesgo (9,6 %).

Un solo niño presentó examen neurológico anormal (4,7 %), y otro hipoacusia neuro-sensorial (4,7 %). No se observaron alteraciones visuales.

CONCLUSIONES

Los resultados muestran un excelente crecimiento a todas las edades. Las evaluaciones del desarrollo y neurológicas muestran un franco predominio de niños normales, lo mismo que las evaluaciones de audición y visión.

LA FAMILIA (LF) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES (UCIN). NUEVO PARADIGMA(P) DE ATENCIÓN EN LA EVOLUCIÓN FAVORABLE (EF) DE RECIÉN NACIDOS PREMATUROS (RNPT) Y NIÑOS DE ALTO RIESGO (AR). MATERNIDAD FAUSTINO HERRERA LA BANDA. SANTIAGO DEL ESTERO

P 152

Coronel M.¹; Adamo E.²; Botta S.³; Gonzales S.⁴; Gomes M.⁵; Gonzales F.⁶
MATERNIDAD FAUSTINO HERRERA LA BANDA^{1,2,3,4,5,6}
mcmcoronel568@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El PT es por definición un ser vulnerable, cuyas necesidades de supervivencia dependen, no solo del cuidado intensivo de médicos y enfermeras, sino también del afecto y cuidado de sus padres y su entorno. LF es equipo de salud, porque forma parte de la vida de ese bebé PT y su permanencia continua en la UCIN desempeña un rol fundamental en el sostén y apego, en su desarrollo y crecimiento, en el fortalecimiento de la lactancia materna (LM) y también la humanización del cuidado y atención de todo el equipo que asiste a los RNPT en su internación. Nuestra institución es "Hospital Amigo de la Madre y el Niño" los nacimientos (N) oscilan entre 2500 a 3000 anuales, con 450 ingresos en Neonatología y los PT representan entre el 6 y 7% de los N. Este nuevo P de atención se puso en práctica desde hace dos años, con visitas programadas de padres y abuelos y luego con ingreso irrestricto, garantizando el derecho 9 del Decálogo del Prematuro y poniendo en práctica lo que demostrara René Spitz en sus trabajos de sobrevida de bebés prematuros con la presencia de un "cuidador calificado" además del equipo de salud.

OBJETIVO

Demostrar una EF, mayor sobrevida y menor morbilidad (M) en niños PT y de AR ingresados en UCIN, con el acompañamiento permanente de LF.

POBLACIÓN

7 niños PT y de AR ingresados en UCIN en el período marzo-diciembre 2012.

MATERIAL Y MÉTODOS

Evaluación de antecedentes perinatales, evolución clínica neonatal y postneonatal a través de datos de historias clínicas y su seguimiento. Reuniones con LF de RNPT internados y post alta, a cargo del Comité de Seguimiento (CS) de la Institución. La evaluación de M se enfocó en secuelas neurológicas, oftalmológicas y audiológicas realizándose: ecografía cerebral, electroencefalograma, tomografía cerebral, resonancia magnética, evaluación neurológica, fondo de ojo y otoemisiones acústicas.

RESULTADOS

4 de los niños evaluados tuvieron buena evolución clínica sin secuelas neurológicas, 1 de los niños con disfunción multiorgánica quedó con retraso madurativo motor, y 2 de los niños con patología respiratoria moderada a grave presentaron distonía muscular. Todos se encuentran en seguimiento.

CONCLUSIONES

La permanencia de la familia resultó un factor de evolución favorable en estos niños. La organización de nuestro equipo de trabajo en CS Interdisciplinario nos permitió afianzar el nuevo P. La LM exclusiva fue un pilar de sostén evolutivo.

ESPECTRO DE PRESENTACIÓN DE ACCIDENTES CEREBRO VASCULARES PERINATALES

RPD 154

Valera M.¹; Gacio S.²; Roldan L.³; Giuliano F.⁴; Perez A.⁵; Olmo Herrera C.⁶

HOSPITAL FERNANDEZ^{1,2,3,4,5,6}

valeramariana@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El período perinatal es, dentro de la edad pediátrica, la etapa de la vida con mayor incidencia de accidentes cerebro vasculares (ACV). El ACV perinatal es la interrupción focal del flujo sanguíneo cerebral que se produce entre las 28 semanas de gestación hasta los 28 días de vida. Éstos pueden ser isquémicos, secundarios a compromiso arterial o venosos, o hemorrágicos, tanto intraparenquimatosos como subaracnoideos.

OBJETIVOS

Describir los distintos tipos de ACV perinatal con base en cuatro casos clínicos. Revisar la bibliografía actual sobre ACV con especial énfasis en factores de riesgo y selección de estudios complementarios.

CASOS CLÍNICOS

Se presentan 4 casos de niños con distintos tipos de ACV perinatal, se describen las características clínicas e imagenológicas, así como factores de riesgo identificados en cada caso: 1- ACV isquémico arterial, 2- Infarto venoso periventricular en niño con hemorragia de la matriz germinal, 3- ACV hemorrágico parenquimatoso y 4- Hemorragia subaracnoidea.

DISCUSIÓN

Todos los pacientes descriptos presentaban algún factor de riesgo perinatal, y/o neonatal así como sintomatología inespecífica y solo 1 presentó manifestaciones neurológicas que sugirieron el probable diagnóstico (convulsión focal).

La solicitud de neuroimágenes específicas se basó en la sospecha de ACV o fueron parte del protocolo de asfixia. En el paciente con ACV isquémico la resonancia magnética (RM) con difusión permitió observar la lesión que no se visualizaba en las secuencias convencionales. En la hemorragia cerebelosa la secuencia de ecogradoiente permitió visualizar pequeños sangrados diseminados que orientaron a la probable etiología traumática. Finalmente en todos los casos la RM permitió una mejor interpretación del mecanismo fisiopatológico.

¿Qué factores deben priorizarse? ¿Qué síntomas tendrían relevancia? ¿Qué imágenes son imprescindibles? son parte del debate actual sobre ACV perinatal.

CONCLUSIONES

Los ACV son una patología frecuentemente subdiagnosticada en la etapa perinatal. La existencia de factores de riesgo propios de este período contribuye a la alta incidencia de los ACV durante esta etapa de la vida. La poca e inespecífica sintomatología que suelen presentar los recién nacidos con ACV dificultan su diagnóstico. Un alto índice de sospecha basado en la clínica y factores de riesgo y la correcta elección de los estudios complementarios son fundamentales para su detección. Considerando además que el ACV es causa importante de morbilidad neurológica a largo plazo y el evento subyacente en trastornos severos como parálisis cerebral se refuerza la importancia de tener acceso a dichos estudios.

ACTIVIDADES POR LA SEMANA DE LA LACTANCIA MATERNA 2012 2^{DA} "TETEADA" NACIONAL DE LA RED DE ENFERMERÍA POR LA PREVENCIÓN

RPD 155

Bogado M.¹; Suarez E.²; Red De Enfermería Por La Prevención³

RED DE ENFERMERIA POR LA PREVENCIÓN^{1,2,3}

maribogado27@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN

La semana mundial de la lactancia materna, instaurada por la OMS / UNICEF, es el movimiento más extendido en defensa de la lactancia materna. Se celebra en más de 120 países, del 1 al 7 de agosto.

La Red de Enfermería por la Prevención realizó una campaña educativa de promoción de la lactancia materna que se denominó "Teteada" Nacional.

Consistió en la realización de talleres de lactancia materna a cargo de Enfermería en distintas ciudades de Argentina, con el desarrollo de un espacio donde las mamás amamantaron a sus niños de modo simultáneo.

OBJETIVOS

Objetivo general: Fomentar la lactancia materna como una práctica que potencia el vínculo madre-hijo y ayuda a prevenir infecciones respiratorias.

Objetivos específicos: -1 Motivar el uso de medios de comunicación para informar sobre la lactancia materna a un número mayor de personas.

-2 Visualizar el trabajo de la Red de Enfermería por la Prevención ante la comunidad, dentro de los hospitales, con las familias y ante los medios de comunicación.

-3 Destacar métodos de comunicación y maneras efectivas de utilizarlos para proteger, promover y apoyar la lactancia materna.

POBLACIÓN

La campaña estuvo dirigida a las mamás de los niños internados en Neonatología,

a madres internadas en Maternidad, de hospitales públicos y privados de las diversas provincias de la República Argentina. Se llegó a la población en general.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se elige un día de la semana de la lactancia materna, se invita a las madres para que concurran con sus bebés a un taller. Esta actividad es difundida por el sitio web de la red y en medios de comunicación. La asistencia a la actividad es registrada y remitida posteriormente a la red para reunir los datos de la convocatoria de todos los centros que participaron.

RESULTADOS

Participaron 419 mamás y otros familiares. La actividad se replicó en 23 hospitales de 20 ciudades de provincias argentinas. Se obtuvo una repercusión en medios de comunicación gráficos y digitales radio y una entrevista en TV.

CONCLUSIONES

La lactancia materna refleja el nivel de bienestar de una sociedad en su conjunto. Según la OMS, podrían salvarse en el mundo más de un millón de vidas infantiles al año si todas las madres alimentaran exclusivamente con leche materna los primeros 6 meses de vida.

Los profesionales de la Red de Enfermería por la Prevención asumen el compromiso de la promoción de la lactancia materna y sus beneficios, generando actividades que propician la conciencia pública.

CRECIMIENTO Y NEURODESARROLLO EN RN ≤1000G AL NACER A LOS 2 AÑOS DE EDAD GESTACIONAL CORREGIDA

PO 156

Borroni R.1; Brundi M.2; Kasten L.3; Schapira I.4; Herrera P.5; Aspres N.6

HOSPITAL RAMON SARDA^{1,2,3,4,5,6}
 roxiborroni@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La vigilancia del crecimiento y el neurodesarrollo en poblaciones de alto riesgo como son los RN PTEBPN (recién nacido prematuro extremadamente bajo peso al nacer) es una herramienta útil y accesible para evaluar la capacidad de recuperación pos neonatal y el impacto alejado de diferentes morbilidades.

OBJETIVO

Describir los parámetros antropométricos y el coeficiente de desarrollo (CD) de los PTEBPN (≤1000g), según su edad gestacional al nacer, hasta los 2 años de edad corregida, (Eco).

POBLACIÓN

94 RN EBPN dados de alta de la UCIN, nacidos durante el período 2003-2008 hasta los 2 años de Eco. Pacientes con síndromes genéticos o IIU demostradas fueron excluidos.

MÉTODO

Estudio descriptivo, retrospectivo. Los niños fueron divididos en 3 grupos de: Grupo 1=24-25 semanas, Grupo 2=26-27 semanas y Grupo 3=28-29 semanas, para evaluar si había diferencia en el crecimiento y desarrollo.

Se realizó el Score Z de Peso, Talla y Perímetro cefálico, (Estándar curvas OMS). Para peso al nacer se utilizaron tablas elaboradas en nuestra Maternidad. Se considera retraso de crecimiento el Z score de -2 DS debajo de la media.

Para neurodesarrollo se utilizó la escala de Rodríguez y col. Se utilizó Anova y chi2 para la comparación entre los grupos.

RESULTADOS

Ingresaron al estudio 94 niños. La deserción fue de 17% al año y 18% a los 2 años. Grupo 1: 24 RN, grupo 2:49 RN grupo 3: 24 La desnutrición global fue de 10% al nacer, 37% a las 40 semanas, 17, y18% al año y 2 años de Eco.

CONCLUSIONES

El grupo 3 presenta mayor déficit de crecimiento (Peso y Talla). El grupo 1 presenta mayor riesgo de alteraciones en el desarrollo psicomotor.

Grupo	n	% Media	Zscore
	Bajo peso		
1	0	0	0,34
2	6	12	-0,48
3	4	17	-1,12

	40 SEMANAS	4 MESES	8 MESES	12 MESES	24 MESES
Zscore PESO					
24-25 sem.	-1,60	-1,43	-1,33	-1,15	-0,91
26-27 sem.	-1,57	-1,04	-0,89	-0,70	-0,64
28-29 sem.	-1,95	-1,77	-1,39	-1,32	-1,40

	40 SEMANAS	4 MESES	8 MESES	12 MESES	24 MESES
Zscore TALLA					
24-25 sem.	-2,8	-2,17	-1,17	-1,51	-1,71
26-27 sem.	-2,29	-1,6	-1,29	-1,2	-1,53
28-29 sem.	-2,63	-2,4	-1,6	-1,75	-2,29

	40 SEMANAS	4 MESES	8 MESES	12 MESES	24 MESES
Zscore PCEF.					
24-25 sem.	-0,01	-0,02	0,24	0,3	-0,1
26-27 sem.	0,04	0,6	0,45	0,45	0,48
28-29 sem.	-0,14	0,64	0,51	0,41	0,46

CD 12 meses	n	% NORMALES	% EN RIESGO	% RETRASO
24-25 SEM	19	42	42	16
26-27 SEM	37	62	27	11
28-29 SEM	16	75	12,5	12,5

CD 24 meses	n	% NORMAL	% RIESGO	% RETRASO
24-25 SEM	10	70	10	20
26-27 SEM	31	71	19	10
28-29 SEM	10	90	10	0

TRANSFUSIÓN FETO MATERNA COMO CAUSA DE STROKE NEONATAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO

RPD 157

Irañeta M.1; Berros M.2; Albas M.3; Saint Genes D.4

CEMIC^{1,2,3,4}
 neo.mariela@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El stroke neonatal o accidente cerebrovascular perinatal se define como un síndrome neurológico agudo causado por una lesión de origen vascular ocurrida entre la semana 20 de edad gestacional y los 28 días de vida postnatal, con secuelas en el neurodesarrollo. Clínicamente puede comportarse como una encefalopatía aguda con convulsiones, alteraciones de la conciencia y déficit sensitivo motor, siendo causa importante de discapacidad neurológica crónica. De causa multifactorial (factores de riesgo maternos, fetales y placentarios), su incidencia es de aproximadamente 1/2800 nacimientos.

OBJETIVO

Presentación de un caso clínico de stroke neonatal causado por transfusión feto materna.

REPORTE CLÍNICO

RNT PAEG (40 semanas / 3140g), femenino. Madre de 36 años, sana, primigesta, embarazo controlado con serologías (-) y cultivo SGB (-). Taquicardia fetal. Parto forcpal. RAM/LAC. Apgar 8/9. Examen físico: Neonato pálido, taquicárdico, hipotónico, sin requerimiento de oxígeno. Ingres a UCIN. Laboratorio: Hcto 20% con uno posterior a las 5 horas de vida de 12.9%, Hb 4.2g/dl, recuento de reticulocitos 10.3%, transaminasas hepáticas ↑, resto normal. Se transfunde con glóbulos

rojos, con Hcto posttransfusional 30.9%. Se solicita laboratorio para descartar fenómenos trombóticos. Se realiza test de Kleihauer Betke (+) confirmando diagnóstico de transfusión feto materna. A las 22 horas de vida presenta episodio de desaturación e hipertensión en miembros inferiores seguida de convulsión tónica clónica generalizada. Recibe fenobarbital. Se sospecha sepsis, se toman cultivos, se medica con ATB habituales, que suspende con cultivos negativos. En su evolución presenta trastornos metabólicos: hipocalcemia e hipomagnesemia que requieren correcciones.

Ecografía cerebral: Normal. Ecocardiograma: sin cardiopatía estructural. TAC: hipodensidad cortical subcortical en región parietooccipital izquierda. PSG: patológico. RMN (72hs de vida): imágenes hipointensas en región temporo-occipital izquierda y frontal derecha con signos de edema. Difusión en dichas áreas (+) AngioRMN: Normal.

La paciente evoluciona favorablemente con mejoría en su examen neurológico. Seguimiento con neurología y tratamiento anticonvulsivante.

CONCLUSIONES

Mediante esta presentación queremos realizar una revisión del stroke neonatal y dar a conocer una causa poco frecuente de esta patología

CPAP COMO TRATAMIENTO INICIAL EN RN MAYOR DE 1000 G. CON DIFICULTAD RESPIRATORIA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DEL CONURBANO BONAERENSE

PO 160

Woodgate F.¹; Vidal J.²; Lopez P.³; Gomez I.⁴; Uvilla Y.⁵
HOSPITAL ESPECIALIZADO MATERNO INFANTIL ANA GOITIA^{1,2,3,4,5}
florw26@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) es un método de ventilación no invasivo de uso creciente en la terapéutica neonatal, ofreciendo una modalidad de tratamiento seguro y económico con buenos resultados a corto y largo plazo. En la actualidad se publican variadas recomendaciones pero todavía se plantean interrogantes sobre su uso, el propósito de este estudio es dar a conocer nuestros resultados para así poder optimizar este recurso que promete ser eficiente para nuestro medio.

OBJETIVOS

Describir la incidencia de las principales morbilidades asociadas al uso de CPAP en nuestra población y describir diferencias según grupo de peso y edad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo transversal. Se realizó una búsqueda de las historias clínicas en el Hospital Materno Infantil Ana Goitia de Avellaneda pertenecientes al primer semestre de 2012, donde se incluyeron pacientes mayores de 1000 g. sometidos a CPAP como primer tratamiento de Dificultad Respiratoria. Se analizó mediante el paquete estadístico SPSS, se consideró una diferencia estadística $p < 0.05$.

RESULTADOS

Se estudiaron 51 pacientes de entre 28 y 40 semanas de edad gestacional, con una media (M) de 34.21 (DS +/- 2,5) todos fueron mayores de 1000 g., M: 2044g. (DS +/- 637), días de CPAP M:3,2 (DS +/- 3,1), días totales de oxígeno M: 7,13 (DS: +/- 10,2), retinopatía del prematuro (ROP) 3%, displasia broncopulmonar (DBP) 9%, escapes aéreos totales 8%, (neumotorax 6% y neumomediastino 2%). Ningún paciente presentó hemorragia intraventricular. Se evaluó la diferencia en la incidencia de neumotorax según corte 34 semanas y 1750g. de peso obteniéndose una $p: 0,044$ en ambos grupos.

Conclusión: La incidencia de las principales morbilidades fueron: NTX 6%, DBP 9%, ROP 3%. La posibilidad de escapes aéreos fue significativamente mayor $p: 0,044$ en los mayores de 34 semanas y 1750 gr.

DISCUSIÓN

El uso de cpap según nuestro estudio resulta ser más seguro en menores de 34 semanas y de 1750gr. lo cual es comparable con otros estudios bibliográficos.

APLICACIÓN DEL AZUL DE METILENO COMO ESTRATEGIA TERAPÉUTICA EN LA RETINOPATÍA DEL PREMATURO EXPERIMENTAL

PO 161

Opción a Premio

Rey Funes M.¹; Fernández J.²; Ibarra M.³; Peña E.⁴; Contartese D.⁵; Rolón F.⁶; Sarotto A.⁷; Inserra P.⁸; López Costa J.⁹; Dorfman V.¹⁰; Loidl C.¹¹

IBCIN, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES^{1,3,4,5,6,7,9,11}; PRIMERA CÁTEDRA DE FARMACOLOGÍA. FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES²; CENTRO DE ESTUDIOS BIOMÉDICOS, BIOTECNOLÓGICOS, AMBIENTALES Y DIAGNÓSTICO (CEBBAD), UNIVERSIDAD MAIMÓNIDES^{8,10}
manuel.reyfunes@gmail.com

La asfixia perinatal es capaz de lesionar gravemente la retina, generando retinopatía proliferativa isquémica (RPI) que puede llevar a la ceguera. En estudios previos hemos demostrado neurodegeneración, gliosis y neovascularización compatibles con la retinopatía del prematuro (un tipo de RPI), determinando la participación del sistema nitrérgico en su fisiopatología. En este trabajo se evaluó la aplicación de azul de metileno como potencial estrategia terapéutica para inhibir la actividad del sistema nitrérgico exacerbado por la hipoxia-isquemia. Se utilizaron ratas Sprague-Dawley macho ($n=5$ /grupo) expuestas a asfixia perinatal (20 min., 37°C, AP). Además, se utilizaron madres preñadas a término tratadas con azul de metileno (2mg/kg), 30 y 5 minutos antes inducir la AP. Con sus crías macho se generó el grupo AP+AM. Como controles se utilizaron animales nacidos a término (CTL). Todos los animales se sacrificaron a los 30 días de vida. Se estudió la actividad enzimática de la óxido nítrico sintasa constitutiva (cNOS) y se observó un aumento significativo en AP vs. CTL (AP=10,8±0,4, CTL=9,1±0,3 pmol/min/

mg de prot, $p < 0,05$), sin cambios en AP+AM. Mediante Western-Blot se determinó un aumento significativo de la expresión de la enzima óxido nítrico sintasa neuronal (nNOS) de un 28% en AP vs. CTL y una reducción significativa del 60% en AP+AM vs. CTL. Mediante inmunohistoquímica para nNOS e histoquímica de la NADPH-diaforasa se observó un aumento significativo en el número de células positivas (neuronas amácrinas y células ganglionares), en el área reactiva y en la densidad óptica relativa en AP vs. CTL, sin variaciones en AP+AM vs. CTL. La aplicación de azul de metileno presentó un efecto bloqueante de la actividad de la enzima NOS constitutiva, con disminución en su expresión. Este hallazgo alienta estudios futuros más exhaustivos para evaluar el uso de azul de metileno como inhibidor de la neurotoxicidad desencadenada por la exacerbación del sistema nitrérgico en la asfixia perinatal.

DERMATOPATÍA RESTRICTIVA

P 162

Paez L.¹; González G.²; Pontoriero R.³; Sánchez M.⁴; Oviedo D.⁵
 HOSPITAL MISERICORDIA^{1,2,3,4,5}
 lnpaiez99@hotmail.com

R.N. Peñaflor

AGO: madre 24 años, sana previamente, secundigesta, secundípara, unión estable, domicilio en Deán Funes. Embarazo controlado en el Hospital de Deán Funes. No trae CLAP ni resultado de estudios previos.

Ingresa por guardia de Obstetricia de nuestro Hospital por contracciones de 6 horas de evolución. Se realiza ecografía que informa polihidramnios severo, megavejiga, disminución de movimientos fetales, no se observa cámara gástrica.

Se realiza cesárea de urgencia.

F.N.: 15/03/13 20:15 hs. Peso: 1914 gr. Talla: 37 cm. P.C.: 31,5 Edad Gestacional: 34 semanas Apgar: 4/7

Examen Físico: Piel gruesa, descamada, con fisuras en calota y retroauriculares. Nariz pequeña y estrecha. Micrognatia. Hipoplasia auricular. Anquilosis temporomandibular. Ausencia de labios mayores, labios menores incompletos, clitoris conservado. Ano permeable. Limitación de los cuatro miembros, anquilosis articulares, pies en mecedoras. Hendidura palatina posterior. Tórax pequeño. Hipo ventilación ambos campos pulmonares, tiraje subcostal. Ruidos cardíacos normales, pulsos periféricos normales, no se ausculta soplo. Abdomen blando, globuloso, sin visceromegalias.

En sala de recepción se ventila con presión positiva con lo cual recupera F.C., F.R. y tono.

Requiere oxígeno suplementario por halo cefálico. FiO₂: 0,4 Saturación 93%

Ecografía cerebral normal.

Laboratorio: GB 17500 (C3, S70, E1, L20, M6) Hto 34,5 Hb 12,3 Pla. 147.000 Gluc 77 Na. 139 K.4 Cl. 115 Ca. 6,8 EAB 7,47/21,7/172/14,4/-7,1/99,5 PCR: negativa.

Dx ingreso: RNpT/AEG, síndrome genético, dermatopatía restrictiva?

Valoración por especialista en genética.

23 hs. Aumento del requerimiento de oxígeno (FiO₂: 0,7,) regular mecánica. Protección de piel con vaselina. Colchón de aire. Rx tórax: ambos campos pulmonares hipo ventilados. Impresiona hipoplasia pulmonar.

2 hs. Aumento de dificultad respiratoria. Desaturación, bradicardia. Reanimación avanzada. Fallece 2.35 hs.

Estudio citogenético: cariotipo 46, XX.

PROCEDIMIENTO EXIT EN EL MANEJO PERINATAL DE FETOS CON COMPROMISO OBSTRUCTIVO SEVERO DE LA VÍA AÉREA: SERIE DE CASOS

RPD 163

Cannizzaro C.¹; Gutierrez S.²; Rubio C.³; Nemer P.⁴; Botto H.⁵; Rodriguez H.⁶; Nieto M.⁷; Ingilde M.⁸; Colares J.⁹; Faganello A.¹⁰

HOSPITAL DE PEDIATRÍA "J. P. GARRAHAN"^{1,2,3,5,6,7}; HOSPITAL DE PEDIATRÍA "J. P. GARRAHAN"; HOSPITAL MATERNOINFANTIL "R.SARDA"^{8,9,10}
 claucannizzaro@gmail.com

El Tratamiento ex útero intraparto (EXIT) es una estrategia diseñada para asegurar la permeabilidad de la vía aérea (VA) en la transición a la vida extrauterina de fetos con obstrucción parcial o total de la misma. Clásicamente, la intubación, traqueotomía o cirugía fetal requerida, se realiza manteniendo la circulación placentaria mediante parto "parcial" de la cabeza fetal a través de una cesárea programada.

OBJETIVO

Comunicar una serie de casos en los que se realizó procedimiento EXIT con la participación de profesionales de dos Hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires.

MATERIAL Y MÉTODO

Análisis descriptivo de una serie de casos ocurridos entre 2007 y 2012.

RESULTADOS

En 5 años se realizaron 5 procedimientos EXIT. En la siguiente tabla se pueden observar las características de la población analizada y los resultados obtenidos.

Nº	Sexo	EG (sem)	PN (g)	Patología	Vía Parto	Procedimiento	Resultado	Comp.	Mat.	Evol. Al alta
1	M	37	2600	CHAOS Atresia de laringe	Cesárea	Laringoscopia Traqueotomía	Efect. s/c	No	No	Vivo
2	M	31	2560	Malf. Linfático	Cesárea	Intubación ET	Efect. s/c	No	No	Falleció 3º mes
3	M	37	3000	Malf. Linfático.	Cesárea	Intubación ET	Efect. s/c	No	No	Vivo
4	M	29	1315	CHAOS Atresia de laringe	Vaginal	Laringoscopia Traqueotomía	Efect. s/c	No	No	Vivo
5	F	38	3150	Terat. de cavun	Cesárea	Laringoscopia Intubación ET	Efect. s/c	No	No	Vivo

CONCLUSIONES

La realización de procedimientos EXIT en esta serie, fue factible con buena sobrevida para el manejo perinatal de fetos con compromiso obstructivo de la VA, aun en un caso nacido por parto vaginal. No hubo complicaciones para la madre. El diagnóstico prenatal oportuno redundó en beneficios ostensibles y fue fundamental para el abordaje multidisciplinario de malformaciones severas que ponen en riesgo la viabilidad fetal y perinatal. El trabajo interhospitalario y multidisciplinario en estos casos, es sin duda necesario para mejorar la sobrevida y la calidad de vida de niños con patologías complejas.

CONSECUENCIAS EN LA ORGANIZACIÓN FAMILIAR DE LAS ENFERMERAS QUE TRABAJAN Y ESTUDIAN

RPD 165

Guevara K.¹

SERVICIO DE NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL PABLO SORIA¹
nacha2773@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La investigación se realizó bajo la premisa de las consecuencias de la organización familiar de las enfermeras que estudian y trabajan, dentro de un contexto socio-cultural aspectos que tienen estrecha relación con la vida familiar, profesional, institucional y social de la enfermería. El objeto de este estudio es adecuación o inadecuación de los patrones comunicativos familiares, juegan un rol principal en la funcionalidad o disfuncionalidad de esta.

Es por ello que este informe puede reflejar que el hecho de que se desatienda a la función Socializadora de cada una de las encuestadas repercute en la perspectiva "del otro" de cada uno de los miembros de sus respectivas familias y por ende en la sociedad

OBJETIVOS

- 1 Establecer las consecuencias en las funciones socializadoras en la vida familiar cuando las enfermeras trabajan y estudian.
- 2 Establecer cuales son las consecuencias en las funciones de crianza –protección y seguridad.

La población: Estuvo formado por 20 mujeres, enfermeras que estudian y trabajan, en el servicio de neonatología del Hospital Pablo Soria en el de agosto a octubre del 2010.

Considerando que es población cuantificable y de tipo finita, no se trabajara con muestra.

MATERIALES Y METODOS

Basado en un paradigma de investigación positivista, En función de esta selección se tomo un diseño de tipo descriptivo, prospectivo.

En función del modelo teórico-metodológico se considero una variable nominal

relacionada a las consecuencias de la organización de la vida familiar de las enfermeras que estudian y trabajan .

Se utilizo tres variables intermedias (su dimensiones) referidas a

- a) Función reproductora
- b) Función socializadora
- c) Función de crianza.

RESULTADOS



CONCLUSIÓN

La disfuncionalidad en la dinámica familiar, y más aun ser conscientes de esto y no buscar caminos o alternativas. Con esto no pretendemos responsabilizarlas sino que hacer un alto y llamara la reflexión y compromiso ya que el hecho de que el hogar en cierta manera descansen sus cimientos en cada una de ellas da la pauta de cuan imperiosa es la meditación interna

MACROSOMÍA FETAL EN UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES: FACTORES FETALES Y MATERNOS

RPD 166

Fiorentino A.¹; Cuneo Libarona M.²; Aspres N.³

HTAL. SARDA^{1,2,3}

afigorentino33@hotmail.com

La macrosomía fetal (MF) se define como un peso de nacimiento (PN) en percentil ≥ 90 , corregido por sexo y etnicidad. El PN varía dependiendo del sexo (> en varones), etnicidad, la edad materna, el índice de masa corporal, la multiparidad, el tabaquismo, y la DBT gestacional (DBTg). Se afirma que la MF sería un factor de riesgo tanto para la madre (trabajo de parto prolongado, cesárea y hemorragia post-parto) como para el infante (aumento de la mortalidad y del trauma al nacer -TN, y predisposición a desarrollar obesidad y DBT 2).

El objetivo de este estudio fue describir características de los infantes macrosómicos (PN \geq 4500g), y de sus madres.

MATERIAL Y MÉTODOS

Los sujetos fueron bebés nacidos en un hospital público de la ciudad de Buenos Aires durante 2011 con PN \geq 4500g, y sus madres. Se registraron de las historias clínicas características perinatales de los bebés, y clínicas y demográficas de las madres.

RESULTADOS

Se 6.527 nacimientos, 77 tenían PN \geq 4500g (1.18%), con PN de 4708 \pm 205 g, talla de 52.5 \pm 1.45 cm, y perímetro cefálico de 36.8 \pm 1.36 cm; y una edad gestacional de 40 \pm 1 semanas. El 66.67% (n= 42) fueron varones. En el 96.77% (n= 60) la presentación fue cefálica y sólo el 3.23% (n= 2) pelviana. El 47.54% de los partos (n= 29) terminaron en cesárea, y 8.20% (n= 5) presentaron RPM.

Sólo el 7.81% de los bebés sufrieron TN, de los cuales 1 presentó hematoma del esternocleidomastoideo (ECM), 2 paresia braquial (1 derecha y 1 izquierda) y 1 fractura clavicular con hematoma del ECM asociado.

Características maternas: la edad fue de 29 \pm 7 años, 47.06% eran argentinas (n= 24), y la otra mitad en su mayoría eran bolivianas (n= 18, 35.29%), y sólo 5, paraguayas (9.80%) y 4, peruanas (7.84%). El 25.49% de las mamás (n= 13) habían tenido 3 o más gestas previas, el 12% (n=18) presentaron sobrepeso (n= 12) u obesidad (n= 6). Hubo 4 casos (2.6%) de DBTg, 3 de los cuales tenían sobrepeso u obesidad (SuO); y 7 casos(4.5%) de hipertensión arterial gestacional (HTAg), de los cuales 4 tenían SuO. Es decir, 38.88% (n=7) de las mamás con SuO presentaron DBTg o HTAg. También se observó un 4.5% de antecedente de cesárea (n= 7) en su mayoría con SuO (n= 5). Se les realizó episiotomía al 15.63% (n= 10).

CONCLUSIONES

En este estudio se observó que 1.18% de los bebés nacidos durante 2011 en un hospital público de la ciudad de Buenos Aires tenían un PN \geq 4500g, de los cuales más de 2/3 eran varones, 47.54% nacieron por cesárea, y el 98% no presentó TN. Respecto de las mamás, 47.06% eran argentinas, sólo el 12% (n= 18) presentaba SuO, de las cuales 7 padecían DBTg o HTAg.

EXPERIENCIA DE UN PROGRAMA DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO FETAL (PDTF) EN UN HOSPITAL PEDIATRICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

PO 167

Gutierrez S.¹; Nemer P.²; Cannizzaro C.³
 HOSPITAL DE PEDIATRIA "JP GARRAHAN"^{1,3}; HOSPITAL DE PEDIATRIA "J. P. GARRAHAN";
 HOSPITAL MATERNOINFANTIL "R.SARDA"²
 susanahgutierrez@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN

El PDTF surge en Junio de 2008 como necesidad ante la demanda creciente de embarazos complicados por malformaciones congénitas fetales (MC) que consultan al Hospital Garrahan(HG) desde la década del 90. Se realizó un acuerdo entre el Área de Neonatología del HG y la Maternidad Sarda(MS) para optimizar la atención perinatal con el fin de disminuir la morbimortalidad de los niños. Los objetivos del PDTF en el HG son: confirmar el diagnóstico, asesorar a los padres, optimizar tratamientos, coordinar el parto y realizar cesáreas en MC seleccionadas. Objetivos: Analizar los resultados del PDTF desde Junio de 2008 a Diciembre de 2012.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo de una serie de casos.

RESULTADOS

En este periodo se atendieron en el PDTF 554 consultas en 356 embarazadas. La procedencia en el 13,5% de los casos fue de la CABA y en el 61,8% de Pcia. de Bs.As. La demanda fue espontánea en el 19% de los casos y las patologías prevalentes fueron defectos del sistema nervioso(19%), de pared abdominal (18,25%)

y cardiopatías(CC)(13%). El 33,7% de los RN ingreso al HG para tratamiento. Se realizaron 5 procedimientos EXIT, 2 cesáreas y 110 ecocardiogramas. 3 anteos interinstitucionales y guías de manejo perinatal.

CONCLUSIONES

Los avances en diagnóstico prenatal permiten conocer la historia natural de las enfermedades, optimizar el seguimiento, acceder al feto como paciente, administrar tratamientos y planificar el nacimiento, la derivación y la atención del RN. Si bien las CC son las MC más frecuentes, su diagnóstico prenatal continua siendo escaso. Algunas MC libradas a su evolución natural llevan a la muerte fetal, perinatal o a consecuencias graves en el desarrollo del RN. Un programa como este permite optimizar los recursos para ofrecer a los niños una mejor atención perinatal, por la experiencia de especialistas pediátricos, por la demanda creciente de ex pacientes tratadas en el HG en edad fértil o por hijo anterior afectado, por el interés científico de abordar patologías complejas en etapa prenatal, y entre otros beneficios, por la posibilidad de incorporar el procedimiento EXIT a ECMO.

VENTILACIÓN MANUAL A PRESIÓN POSITIVA GUIADA POR METRÓNOMO EN UN MODELO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR NEONATAL

PO 168

Cocucci C.¹; Madorno M.²; Aguilar A.³; Acha L.⁴; Szyld E.⁵; Musante G.⁶
 HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL^{1,4}; ITBA, INSTITUTO TECNOLÓGICO DE BUENOS AIRES²; FUNDASAMIN,
 FUNDACIÓN PARA LA SALUD MATERNO INFANTIL^{3,5}; HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL; FUNDASAMIN,
 FUNDACIÓN PARA LA SALUD MATERNO INFANTIL⁶
 ccocucci@cas.austral.edu.ar

INTRODUCCIÓN

Durante la ventilación a presión positiva manual (VPP), la frecuencia respiratoria (FR) y otros parámetros como la presión inspiratoria pico (PIP), el tiempo inspiratorio (Ti) y la Presión Media en la vía aérea (MAP) están sujetos a variabilidad operador dependiente. El método recomendado para contar la FR administrada es subjetivo y no ha sido validado. Se evaluó en adultos el uso de un metrónomo para coordinar el masaje cardíaco y la ventilación durante la RCP.

OBJETIVO

Evaluar la eficacia de un metrónomo (MNM) para optimizar la precisión de la FR administrada (FRa) durante la VPP manual.

POBLACIÓN

Médicos pediatras y neonatólogos capacitados en RCP neonatal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Operadores cegados al propósito del estudio administraron VPP a un maniquí neonatal intubado y conectado a un pulmón de prueba. La VPP se realizó con bolsa autoinflable y manómetro siguiendo las directivas del Programa de Reanimación Neonatal como se haría en sala de partos. Las señales de presión y flujo se descargaron mediante un monitor de función respiratoria a su software propietario. Después de dos series de VPP estándar se preguntó al operador cuál había sido su objetivo de FR (FRo). Para la segunda etapa se programó el MNM a esa FRo y el operador repitió el procedimiento, intentando coordinar su FRa con el MNM. Para evaluar precisión se generó la variable Brecha de FR (FRbr) como la diferencia absoluta entre la FRa y la FRo. El punto final principal fue la diferencia entre brechas con y sin MNM. Se

estimó un tamaño muestral de 36 operadores para detectar una diferencia de al menos 10 ventilaciones/minuto con un nivel de significación de 0,05 a dos colas y una potencia del 80%. El análisis estadístico se realizó mediante Prueba Wilcoxon para muestras pareadas, Correlación de Spearman y Coeficiente de Variación.

RESULTADOS

Cada operador realizó 4 series de VPP de 90 segundos. Se analizaron 6842 ventilaciones de los 60 segundos centrales de cada serie. La media (SD) para FRo fue 50,44 (8,75) vent/min. La brecha se redujo de 11,6 a 0,2 vent/min (p < 0,0001) con MNM. La Tabla 1 muestra los resultados de las principales variables comparadas en ambas etapas.

Tabla 1. VPP estándar	VPP MNM		p Valor*
	N= 36	Mediana (IQ)	
FRa(v/min)	44 (21.3)	50 (19.8)	0.099
FRbr (v/min)	11.6 (13.5)	0.2 (0.2)	<0.0001
PIP (cmH ₂ O)	27.6 (10.5)	26.7 (11.1)	0.671
Ti (seg)	0.44 (0.40)	0.33 (0.14)	0.0057
MAP (cmH ₂ O)	7.4 (4.4)	6.7 (5.5)	0.0047

* Prueba de Wilcoxon

CONCLUSIONES

La introducción de un MNM mejoró la precisión en la FRa. Esto se asoció con cambios tanto en Ti y MAP. En nuestra opinión, desarrollar estrategias que mejoren la precisión de la VPP durante la RCP neonatal merece consideración.

DROGAS ILÍCITAS Y EMBARAZO: PREVALENCIA EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL NUEVO HOSPITAL DE RÍO CUARTO

RPD 169

Bonora M.¹; Bonisconti J.²; Campo R.³; Campos V.⁴; Giachino I.⁵; Lara M.⁶

NUEVO HOSPITAL DE RÍO CUARTO SAN ANTONIO DE PADUA^{1,2,3,4,5,6}
drabonora@gmail.com

La exposición intrauterina a sustancias ilegales sigue siendo un dilema para la salud pública y la sociedad. El abuso de sustancias puede asociarse a factores de riesgo sociales y biomédicos para la madre y el niño.

Analizar las características epidemiológicas de la diada madre – hijo.

Describir que drogas se consumieron con más frecuencia y su asociación.

Conocer la morbilidad de los recién nacidos (RN) expuestos.

Análisis descriptivo, retrospectivo de los RN que ingresaron al servicio desde Enero de 2008 a diciembre de 2012 cuyas madres consumieron algún tipo de droga ilícita (DI).

De los 1640 RN que se internaron en el periodo estudiado, 17 (1%) ingresaron debido a antecedentes de consumo de DI por parte de sus madres. El grupo etario materno predominante fue de 20 a 25 años (59%). El 100% de las madres tuvo bajo nivel de instrucción. Ninguna controló su embarazo correctamente. Dos de ellas ejercían la prostitución. El 94 % no presentó asociación con ETS. Un tercio eran multiparas. El 50 % consume desde la adolescencia temprana. Sólo 4 mujeres recibieron rehabilitación, todas reincidieron. El bajo nivel socio económico y cultural es común a todas las madres. La droga más frecuentemente consumida fue

cocaína (43%). La asociación más común fue cocaína - tabaco seguida por cocaína - cannabis y luego cocaína - alcohol. El 88% de los embarazos fueron de término y de estos la mitad presentó bajo peso para edad gestacional. Las manifestaciones clínicas en orden de frecuencia fueron: neurológicas (7) digestivas (6) y otras (fiebre, taquipnea, salivación). Para decidir tratamiento con barbitúricos se tuvo en cuenta además de la clínica el score de Finnegan. El 35 % de los RN no presentó síntoma alguno. Quienes tuvieron manifestaciones neurológicas presentaron ecografía cerebral patológica. Desde 2012 se comenzó a analizar la presencia de tóxicos en pelo meconio y orina. En cinco pacientes se encontraron metabolitos en alguno de estos materiales. No se detectó ninguna malformación congénita. En nuestro país existen escasos datos sobre drogas y embarazo, un estudio realizado en 1999 en el Gran Buenos Aires reveló que el 3,6 % de las madres gestantes estudiadas consumían algún tipo de droga ilícita. Nosotros solo recopilamos 17 casos en cuatro años, de esto surge que muchas madres no fueron pesquisadas. Es necesario y urgente implementar estrategias para detectar más efectivamente a los RN expuestos a sustancias tóxicas.

TOXOPLASMOSIS CONGÉNITA. A PROPÓSITO DE UN CASO

P 170

Guaymasi N.¹; Bibiloni P.²; Zubillaga J.³; Julliano P.⁴; Benvenuto M.⁵; Sanchez Caro L.⁶

HIGA SAN MARTIN^{1,2,3,4,5,6}
natiaguayma@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La toxoplasmosis congénita ocurre cuando se produce infección primaria con parásito del *Toxoplasma gondii* durante el embarazo, siendo la madre asintomática y sólo el 10% al 30% RN infectados sintomáticos que en casos severos presentan la tríada: hidrocefalia, calcificaciones cerebrales y coriorretinitis. La gravedad de la afectación fetal es inversamente proporcional a la edad gestacional. El tratamiento materno previene en un 60-70% el daño fetal. La incidencia es 0,2 al 5% de los RN vivos.

OBJETIVOS

Presentar un caso clínico de toxoplasmosis congénita.

METODO Y DESCRIPCIÓN

Madre de 16 años, derivada de San Pedro (Bs As) por diagnóstico prenatal de malformación fetal: hidrocefalia y dilatación de asas intestinales. RNT/AEG, cesárea, Apgar 7/9. Peso: 2.850g, talla 50 cm, PC 29 cm (< p3). Examen físico: microcefalia,

hepatomegalia, ictericia y llanto neurológico. GyF: B + PCD + anti AB. Estudios complementarios: hepatograma alterado. Ecografía y TAC cerebral: dilatación de los VL y calcificaciones talámicas. FO: coriorretinitis en polo posterior. Serologías maternas: VHB, VHC, VDRL, Chagas NR; CMV IgG+, IgM -; Toxoplasmosis postnatal IgG + 3733, IgM 4,5, avidéz 53%. Serología pareada materna IgG 2257U, IgM 3,83U; RN IgG 2.843U y IgM 1,61U. Inició tratamiento a los 7 días de vida con pirimetamina, sulfadiazina, ácido fólico y corticoides.

CONCLUSIONES

Las secuelas neurológicas y oftalmológicas son graves inclusive con tratamiento neonatal, por lo que consideramos a pesar de la baja incidencia en nuestro país, necesario reforzar la prevención de la infección materna y sus controles prenatales para un diagnóstico y tratamiento oportuno.

EVALUACION DEL IMPACTO DE UN TALLER DE TRASLADO NEONATAL

PS 171

Bellani P.¹; Morcillo N.²

HOSPITAL DE PEDIATRIA J. P. GARRAHAN¹
patbellani@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El traslado neonatal (TN) es un componente fundamental del cuidado del recién nacido (RN) enfermo que requiere derivación a un centro de mayor complejidad, su objetivo es proveer cuidados con niveles de calidad y atención equivalentes a los ofrecidos en las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal. Uno de los pilares del traslado es la capacitación del personal en medicina del transporte, sin embargo la oferta y oportunidades de entrenamiento son escasas y un número importante de traslados son realizados por personal con insuficiente o nulo entrenamiento. Nuestra hipótesis es que la implementación de un taller de TN, con participación activa de los actores cotidianos que brinde conocimientos y guías de atención, permitiría mejorar la atención del RN durante el traslado.

OBJETIVO

Evaluar el impacto de un taller de traslado neonatal.

MATERIALES Y METODOS

Estudio de intervención antes y después.

El 17 y 18 de Octubre de 2012 se desarrollaron las "Jornadas NEO-GARRAHAN 2012 de Transporte Neonatal", dirigidas al personal que transporta RN: médicos, enfermero/as y choferes de los hospitales todo el país, con el fin de brindar entrenamiento en resucitación, estabilización y requerimientos especiales del transporte de los RN críticamente enfermos. El mismo se organizó mediante 6

talleres con participación activa de sus 20 integrantes, y se repitieron a fin de que todos los concurrentes completen todos los talleres. Al inicio de las Jornadas se entregó a los participantes un cuestionario de elección múltiple sobre conceptos básicos del TN. Al finalizar las Jornadas se les solicitó que contesten el mismo cuestionario y se compararon ambas evaluaciones.

Para el análisis de los datos se utilizó t test para muestras apareadas

RESULTADOS

Asistieron a las Jornadas un total de 182 integrantes de diferentes equipos de traslado de todo el país, 99 médicos, 73 enfermeras y 10 choferes. Respondieron el cuestionario completo pre y post taller 137 participantes. Aprobaron la evaluación pre-jornada 108/137 (79%), y desaprobaron 29/137 (21%) no aprobaron. Del grupo de los aprobados el 75% mejoró su calificación al final del taller. El 96% de los desaprobados aprobó la evaluación post-jornada.

Pretest M6.84 DS 1.57 IC95% 6.58–7.11 Postest M8.56 DS 1.02 IC95% 8.39-8.74 P: < 0.0000

CONCLUSIÓN

Se observó mejoría en las evaluaciones posteriores al taller tanto en las reprobadas inicialmente como en las aprobadas. La implementación de talleres educativos con la modalidad descripta constituye una herramienta útil para ampliar los conocimientos del personal que realiza traslados de recién nacidos.

INTERVENCIÓN PEDAGÓGICA EN NIÑOS PREMATUROS DE RIESGO, EN ÁMBITO HOSPITALARIO

PS 172

Rossini Tartara M.¹; Caram M.²; Perez M.³; Miceli S.⁴

CENTRO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA - TUCUMÁN¹; CONSULTORIO DE SEGUIMIENTO DE NIÑOS PREMATUROS, HOSPITAL DEL NIÑO JESUS; CENTRO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA - TUCUMÁN; CÁTEDRA DE MEDICINA INFANTO JUVENIL I, UNT^{2,3}; CÁTEDRA DE MEDICINA INFANTO JUVENIL I - UNT; HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS⁴
alejandart@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

En esta última década se trabajó mucho en los hallazgos de problemas de aprendizaje de los niños prematuros al insertarse en la escuela. Se conoce que el niño aprende y va apropiándose de la cultura desde sus primeros días, y que la familia es el primer lugar social y educativo que acompaña a un niño: transmite el lenguaje, las costumbres, las normas y valores, cuida protege, alimenta y contiene, y éste es un rol indelegable. El segundo lugar corresponde a la escuela. Desde el año 2.008 se inicia el seguimiento de niños prematuros de riesgo en el Hospital del Niño Jesús. El propósito de esta investigación fue diagnosticar e intervenir tempranamente con el objetivo de lograr un desarrollo pleno.

OBJETIVO

Evaluar pedagógicamente a la edad de 4 y 5 años, a un grupo de niños prematuros con menos de 1500 g al nacer.

POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODOS

Se evaluaron 24 niños sin discapacidad previa, en condiciones de ingresar a la escuela común. Una pedagoga realizó evaluaciones individuales con 2 Escalas: EPPI (Escala Perceptual Psicomotora Infantil) y Escala NPG (Niveles Perceptuales Gráficos). Entrevistas a padres para indagar sobre: motricidad gruesa; motricidad fina; Personal-social; Aspectos cognitivos; lenguaje-comunicación. Observación de juegos, con material concreto: plantados, enhebrados, rompecabezas de 3 a 6

cortes (figura humana, animales). Tiempo un año: 6 intervenciones de 45 minutos cada una. Trabajo prospectivo, descriptivo y de intervención.

RESULTADOS

Completaron las evaluaciones 19 niños (79%). Por escala NPG el 30 % respondieron acorde a edad. Por EPPI el 60 % respondió de manera segura, sin fallos. En el 40% restante los fallos se encontraron a nivel perceptual, en el plano figura-fondo, discriminación de tamaños y de formas, posición en el espacio. Se realizó diagnóstico de retardo gnóstico-práxico en 16 niños (84%); 6 (31%) presentaron dificultades en dispositivos básicos del aprendizaje: atención, memoria y habituación; 3 niños fueron derivados a Servicio Estimulación Temprana, y se les aconsejó asistir a jardines. Con las intervenciones adecuadas, 14 niños asisten a jardines maternos y 5 están realizando 1° grado.

CONCLUSIÓN

El hallazgo de dificultad en aprendizaje básico motivó: plantear tratamiento pedagógico temprano; realizar orientaciones a padres y escuelas para intervenciones, necesidad de trabajar estos aspectos desde antes del ingreso escolar con estimulación temprana. Establecer Redes con las instituciones escolares que reciben estos niños, para realizar recomendaciones individualizadas. Surgió la necesidad de plantear la inclusión de un pedagogo al equipo interdisciplinario.

URGENCIA NEONATAL EN UNA SALA DE INTERNACION CONJUNTA: TORSION TESTICULAR UNILATERAL

P 173

Filtrin R.¹; Geronimo F.²; Aquino E.³; Albaracin R.⁴; Ramos P.⁵
HOSPITAL PUBLICO MATERNO INFANTIL DE SALTA^{1,2,3,4,5}
mfiltrin@gmail.com

INTRODUCCION

La torsión testicular perinatal, definida como aquella ocurrida entre el período prenatal y el período postnatal hasta el mes de nacimiento, es una entidad rara que, en general, afecta uno de los testículos. La diferencia entre ambos tipos es importante, pero a veces puede ser difícil de determinar clínicamente.

La torsión prenatal se manifiesta en el momento del nacimiento como un tumor duro, indoloro, en general con piel de coloración oscura y fijada al tumor, la postnatal con inflamación aguda, eritema y dolor a la palpación. El dato de un escroto normal al nacer sugiere una torsión aguda.

La ecografía resulta ser un método de diagnóstico útil, no obstante la rápida intervención quirúrgica es imprescindible para la supervivencia del testículo.

OBJETIVO

Presentar un caso clínico de torsión testicular unilateral en un recién nacido durante su permanencia en el sector de internación conjunta.

POBLACION

Neonato de 26 hs de vida con diagnóstico de torsión testicular izquierda.

MATERIAL Y METODOS

Historia Clínica, ecografía testicular y Anatomía patológica.

RESULTADOS

Recién Nacido de 41 semanas, peso 3260 grs. Vigoroso al nacer, parto vaginal, pre-

sentación cefálica. A las 28 hs de vida presenta al examen físico testículo izquierdo con tumoración escrotal, sólida, dura, de aspecto negruzco e indolora y con escaso edema periescrotal. Buen estado general y alimentándose con pecho materno.

Se solicitó ecografía testicular resultando túnicas de bolsa escrotal engrosadas, testículo aumentado de tamaño y rotado sobre su eje. Ecoestructura heterogénea con extensa área hipoecoica central. Doppler color sin vascularización a nivel del parénquima.

Se interconsulta con cirugía y el neonato es operado a las 30 hs de vida. Se constata torsión intravaginal y se realiza orquidectomía izquierda y orquidopexia derecha preventiva, con buena evolución postoperatoria. El examen histopatológico confirmó la existencia de infarto hemorrágico.

CONCLUSIONES

La torsión testicular unilateral es un evento poco frecuente, pero debemos tener presente que existe.

La ecografía Doppler es un complemento útil para diferenciar entre la torsión testicular y otras causas no urgentes de tumefacción escrotal aguda.

La torsión se diagnostica por la anamnesis materna, el examen físico y los estudios por imágenes.

Cuando no es posible descartarla se justifica la intervención quirúrgica de inmediato.

EMBARAZO ADOLESCENTE (EAD) Y PREMATUREZ (P) INCIDENCIA (I) Y ETIOLOGÍA. MATERNIDAD FAUSTINO HERRERA. LA BANDA SANTIAGO DEL ESTERO. (MFHLB)

RPD 174

Adamo E.¹; Coronel M.²; Aguirre E.³; Quiñones C.⁴
MATERNIDAD FAUSTINO HERRERA; SAED SANTIAGO DEL ESTERO^{1,2,3,4}
elsalilianaadamo@hotmail.com

INTRODUCCION

Según la Organización Mundial de la Salud define Adolescencia como "El período de la vida en el cual el individuo adquiere su madurez reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y establece su independencia socio económica. Comprende a varones y mujeres entre 10 y 19 años inclusive.

El embarazo adolescente (EAD) representa una problemática importante a nivel de Salud mundial y nacional. Las causas de prematurez más frecuentes en las embarazadas adolescentes son: falta de controles prenatales oportunos y óptimos, anemia, infecciones urinarias, vaginitis, infecciones de transmisión sexual (ITS), desproporción pélvico fetal etc.

OBJETIVOS

- 1) Lograr demostrar la incidencia de EAD y Prematurez (P) en Maternidad Faustino Herrera La Banda (MFHLB)
- 2) Determinar las causas de EAD Y P en MFHLB.

POBLACION

Madres adolescentes puérperas que tuvieron sus hijos en Maternidad Faustino Herrera por parto normal o cesárea. Total: 2190. Recién nacidos prematuros de puérperas adolescentes: 30.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se extrajo estadísticas del libro de parto y neonatología, registros por edad de madre y edad gestacional que se realiza el parto. Porcentajes en base a los totales registrados. Período que se contempla: febrero del 2012 a febrero del 2013.

RESULTADOS

En nuestro país el 15.8% de los embarazos abarcan a las AD. La prematurez constituye un factor de riesgo importante en este grupo etéreo. En MFHLB, Santiago del Estero, el porcentaje de nacimientos de EAD representa el 20.7%, de los cuales el 27.3% son Prematuros (PT) que ingresaron al servicio de Neonatología. En un total 2190 partos en la institución, 83 partos fueron de adolescentes (3.79%), 129 son prematuros (5.9% del total), de los cuales 30 fueron de embarazadas adolescentes (23.25%). Los ingresos a neonatología fueron 375, los 129 prematuros representan el 34.4%.

CONCLUSIONES

El índice de prematurez en madres adolescentes es bajo en MFHLB, se deduce que puede ser por varias causas: mejores controles prenatales, salud sexual y reproductiva a nivel primario y primer nivel en forma oportuna y captación temprana de las adolescentes desde el primer nivel de atención. Capacitaciones en forma de red con el sistema educativo. Importancia del trabajo de obstétricas y licenciadas En obstetricia en las unidades primarias de atención que permiten la captación temprana y la optimización de los controles.

HIPOFOSFATEMIA TEMPRANA EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS

PO 176

Fernandez Jonusas S.¹; Mariani G.²; Galletti M.³; Brener Dik P.⁴; Alonso G.⁵; Fustiñana C.⁶
 HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES^{1,2,3,4,5,6}
 silvia.fernandezjonusas@gmail.com

INTRODUCCIÓN

En el cuidado de recién nacidos (RN) de muy bajo peso al nacer (MBPN) se recomiendan estrategias de nutrición parenteral (NP) "agresivas", con altos aportes calóricos desde el primer día de vida. El impacto de esta conducta sobre ciertos aspectos del metabolismo es aún desconocido. El aporte suplementario de calcio y fósforo puede resultar insuficiente al administrar soluciones 3:1. El síndrome de realimentación producido por la iniciación temprana de NP con un adecuado valor calórico, podría conducir a hipercalcemia e hipofosfatemia.

OBJETIVO

Reportar la frecuencia de hipofosfatemia en RN con peso (PN) < 1250 g. en la primera semana de vida, quienes reciben NP 3:1.

MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo. Se revisaron los datos de RN de < 1250 g del año 2012, quienes estuvieran vivos en la primera semana posnatal recibiendo NP y que tuvieran dosaje de Ca y P. Variables perinatales, curso clínico y hallazgos de laboratorio fueron recopilados a través de revisión de historias clínicas electrónicas. Se definió hipofosfatemia como fósforo (P) < 4 mg/dl. e hipofosfatemia severa como P < 2

RESULTADOS

De 31 RN, 28 tuvieron hipofosfatemia (90 %) la media de PN fue de 878g (±217) y de EG 27,3 s (± 2,3) el 45% (n=14) tenía valores de P < a 2mg/dl y recibieron

corrección endovenosa. El aporte promedio de Ca en la NP fue de 30 mg/kg/día y de P 15 mg/kg/día

Tabla 1. Valores de Peso, Edad gestacional (EG), Restricción de crecimiento intrauterino y media de aporte calórico en la primera semana de vida en el grupo con P < a 2 y con P entre 2 y 4 mg/dl.

	P < 2 mg/dl	P entre 2 y 4 mg/dl	
Peso (g) (media DS)	767 ± 178	942 ± 205	p= 0,02
EG (semanas) (media DS)	26,8 ± 2,1	27,7 ± 2,7	p= 0,33
Cal/kg (media y DS) 1° sem	81,2 ± 6,8	75,6 ± 11	p= 0,13
RCIU	7/14	5/14	OR 1,8 (0,4-8,1)

El tratamiento consistió en la optimización del P hasta la normalización del mismo. Los RN no presentaron síntomas específicos si bien muchos de ellos se encontraban con soporte respiratorio y hemodinámico. Los valores de urea y creatinina fueron normales acorde a edad. Ningún paciente recibió tratamiento con diuréticos.

CONCLUSIÓN

El síndrome de realimentación producido por la infusión de NP con un adecuado valor calórico se asocia a hipofosfatemia. El aporte parenteral óptimo de Ca y P durante los primeros días de vida en RNPT no es conocido. Los hallazgos del estudio llevan a plantear el monitoreo diario de estos electrolitos y el desarrollo de estrategias para prevenir su déficit.

IMPLEMENTACION DE HIPOTERMIA PASIVA EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGIA DEL NUEVO HOSPITAL RIO CUARTO: NUESTRA EXPERIENCIA

PS 177

Giachino I.¹; Bonora ML²; Campo R³; Stratta A⁴
 NUEVO HOSPITAL RIO CUARTO¹
 ivana_giachino@hotmail.com

OBJETIVO

Demostrar nuestra experiencia en hipotermia pasiva en un hospital polivalente para los rn locales y derivados al servicio, unico nivel iii en 50000km2 del sur de cordoba

MATERIAL Y METODOS

estudio descriptivo, prospectivo desde el 1° de julio de 2012 a la actualidad, mediante ingresos de rn al protocolo de hipotermia pasiva del servicio.

Criterios de inclusion: rn < o = 6 horas de vida, peso > o = 1800grs, eg > o = 36semanas, evento centinela, eab, apgar > 5 a los 5 minutos.

Criterios de exclusion: imposibilidad de iniciar ht antes de las 6.5 horas de vida. Presencia de anomalías cromosómicas conocidas. Presencia de anomalías congénitas mayores. Severa restricción del crecimiento intrauterino (peso < 1.800Gr). Neonato con extrema gravedad y compromiso respiratorio (fio2 > 80%) dentro de las primeras 6 horas de nacido.

RESULTADOS

De los 244 pacientes egresados del servicio, el 2.8% ingresaron al protocolo de hipotermia pasiva. El 29% fue derivado de otra localidad. El 100% de los rn tuvo ehi grado ii de la clasificación sarnat –sarnat. El evento centinela mas relevante

fue lam. Todos los rn presentaron apgar < 5 a los 5 minutos y acidosis metabólica. Peso promedio: 3300 grs, eg promedio: 37.4 Semanas. Durante el enfriamiento 2 rn presentaron lesiones en cuero cabelludo por packs refrigerantes. El rango de temperatura rectal durante el mismo fue de 31.9°C a 35.6°C. No se evidenció ningún ea durante el recalentamiento. Se medicó a el 100% de los pacientes con fenobarbital en forma profiláctica por falta de monitoreo electrocardiográfico continuo. La ecografía cerebral fue normal en el 71.4% De los rn a las 72 horas. El 85.7% De los pacientes tuvieron eeg normal.

CONCLUSIÓN

Luego de 9 meses de implementación del protocolo de hipotermia pasiva aun tenemos dificultades en la aplicación de los criterios en los centros de nivel ii, así como también la estabilización en su lugar de origen y el traslado bajo normas de hipotermia de los rn , teniendo en cuenta que las distancias a recorrer son de hasta 300 km. Tampoco tuvimos respuestas en el hospital con respecto a la compra del colchon de hipotermia y monitoreo de función cerebral. Pese a ello el método de hipotermia pasiva fue efectivo en los rn con ehi en que se implementó. Nuestro objetivo final aun no se logra, ya que el mismo es el seguimiento de los rn a largo plazo en forma interdisciplinaria con el fin de lograr su inserción escolar y social.

EVALUACION DEL TRASLADO DE RECIEN NACIDOS CON HIPERTENSION PULMONAR

PO 178

Morcillo N.¹; Alcyvar D.²; Brunner N.³; Bellani P.⁴

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

nicolasmorcillo@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El traslado neonatal es un componente clave del cuidado del recién nacido (RN) enfermo que requiere derivación a un centro de mayor complejidad. Cuando el nivel de monitorización y/o tratamientos no son asegurados con la misma calidad y continuidad que el administrado en la internación los RN trasladados sufren con frecuencia pérdida de estabilidad o deterioro clínico y esto puede relacionarse con peor evolución en la UCIN. Las complicaciones secundarias al traslado pueden generar mayor morbimortalidad en estos RN vulnerables. Por lo que el adecuado traslado de estos pacientes a centros de mayor complejidad se convierte en un factor pronóstico de su evolución ulterior.

OBJETIVO

Determinar el impacto que produce el traslado neonatal de alta complejidad sobre un grupo de RN con diagnóstico de Hipertensión Pulmonar de diferentes etiologías.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de intervención antes y después, en el cual se evaluaron las historias clínicas de traslado de todos los pacientes con diagnóstico de hipertensión pulmonar trasladados por el equipo de traslado neonatal del Hospital JGarrahan entre 01/01/12 al 01/03/13. En todos los niños se midió el puntaje TRIPS (Transport Risk Index of Physiology Stability), a mayor puntaje de TRIPS paciente más críticamente enfermo, el mismo fue obtenido de la historia clínica de traslado, inmediatamente

antes de la estabilización pretraslado y al ingreso a nuestra UCIN. Se consideró deterioro del RN cuando el valor del TRIPS al ingreso era mayor que valor de TRIPS anterior al traslado.

Para el análisis de los resultados se empleó el Test de Wilcoxon, test no paramétrico para muestras pareadas.

RESULTADOS

Durante el citado periodo se trasladaron 7 pacientes con HP. Ingresaron al estudio 7 pacientes, 2 presentaron hipertensión pulmonar secundaria a aspiración de líquido amniótico meconial, uno a bronquiolitis por virus sincicial respiratorio y el resto secundaria a hernia diafragmática congénita. La mediana de edad gestacional fue 38 semanas, la mediana del peso a nacer fue 3095g. Todos los pacientes recibieron Oxido nítrico durante el traslado, uno de ellos ya estaba recibiendo tratamiento antes del arribo del equipo de traslado. En todos los casos la puntuación de TRIPS al finalizar el traslado fue igual o menor que la previa al mismo. La mediana de TRIPS pretraslado fue de 25 y TRIPS posttraslado 17, p=0.05

CONCLUSION

Los datos de estos pacientes mostraron una tendencia a presentar valores de TRIPS posttraslado iguales o menores al valor de TRIPS pretraslado, evidenciando estabilidad y en algunos de los pacientes mejoría durante el traslado. Por lo que aún en los pacientes más graves es posible realizar un traslado seguro que garantice la calidad de atención y cuidados del RN.

ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE. PRINCIPALES CARACTERISTICAS

RPD 180

Romero S.¹; Rauch P.²; Eveling C.³; Maciel R.⁴

HOSPITAL PUBLICO MATERNO INFANTIL^{1,2,3,4}

sergioromeroa@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La Enterocolitis Necrotizante (ECN) es un síndrome clínico quirúrgico multifactorial de alta mortalidad. Es considerada la principal causa de abdomen agudo quirúrgico en el período neonatal, por lo que es importante conocer las características de esta enfermedad, desde su instauración hasta su resolución para así poder ahondar en medidas de prevención, diagnóstico y tratamiento temprano.

OBJETIVOS

Recabar datos epidemiológicos de los pacientes con ECN tratados en nuestro medio, conocer sus principales características, medidas terapéuticas instauradas y su evolución.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un trabajo retrospectivo, analizando datos de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de ECN (48), entre mayo de 2010 a abril 2012.

Se utilizaron datos de natalidad y mortalidad suministrados por el Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Salta.

RESULTADOS

Incidencia de ECN de 1,6/1000 RN vivos por año

Mortalidad del 56% (27/48 pacientes)

Predominancia del sexo masculino relación 2,2:1

Peso de nacimiento promedio 1.235 gr, con la siguiente distribución:

Peso Normal: 2% (n: 1)

Bajo Peso: 19% (n: 9)

Muy Bajo Peso: 44% (n: 21)

Extremo Bajo Peso: 35 % (n: 17)

Peso medio masculino: 1.292,73 gr

Peso medio femenino: 1.109,33 gr

La edad gestacional promedio: 31,1 semanas, con una EG media del sexo masculino de 31,36 semanas y 30,53 semanas para el sexo femenino.

El 50% de los niños fue reanimado en el momento del parto; 50% requirió intubación endotraqueal.

Otros factores de riesgo analizados fueron: embarazo gemelar, 10%; derivados de otro nosocomio, 20%; presencia de ductus arterioso persistente, 45%; tratamiento con AINES (Ibuprofeno o Indometacina), 43%; transfusión de derivados hematológicos, 72% de los pacientes.

Se presentaron 17 pacientes con diagnóstico de ECN clínica y 31 pacientes con ECN con requerimiento de tratamiento quirúrgico, observándose que el sitio de perforación más frecuente fue el ileon terminal, con 8 casos.

CONCLUSIÓN

La ECN es una entidad poco frecuente, pero de alta mortalidad. Su incidencia global, el porcentaje de niños enfermos dentro de las unidades neonatales y la mortalidad encontrados, son similares a los de otros centros estudiados.

La población más afectada es la de menor edad gestacional y menor peso al nacer, la mortalidad está directamente relacionada con estos factores.

La enfermedad se presenta predominantemente en el sexo masculino, existiría una menor tendencia a desarrollar ECN en el sexo femenino.

TUMOR CERVICAL CONGÉNITO. REPORTE DE UN CASO

RPD 181

Soria E.¹; Hernandez M.²; Gimenez P.³; Rapetti G.⁴; Toledo A.⁵
HOSPITAL PUBLICO MATERNO INFANTIL SALTA^{1,2,3,4,5}
etelsoria@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Las tumoraciones cervicales son infrecuentes y su pronóstico depende de su naturaleza, tamaño, tasa de crecimiento y compromiso de vías aéreas. Este caso reportado se trata de un linfangioma sin diagnóstico prenatal. Estas son malformaciones congénitas benignas del sistema linfático. De localización más frecuente en cabeza y cuello. Su crecimiento puede comprometer el órgano a donde se asienta y también la vida del paciente. El diagnóstico prenatal adquiere suma importancia, ya que permite tomar conductas desde los primeros minutos de vida, que pueden cambiar y mejorar el pronóstico del paciente.

PRESENTACIÓN DEL CASO

RN masculino de 39 sem de EG. Con peso al nacer de 3240, nacido por cesárea con diagnóstico prenatal de hidrocefalia congénita, sin otros antecedentes perinatales de relevancia. Nace vigoroso con una tumoración lateral de cuello izquierda de consistencia quística que le provoca dificultad respiratoria por lo que se intuba, y ventilar con bajo requerimiento de presiones. Se realizaron durante su internación, imágenes que informaron: "Formación expansiva quística, multiseptada de 98 x 71 x 91 mm que compromete espacio cervical posterior izquierdo que envuelve arterias carotídeas y vena yugular hacia espacio parafaríngeo izquierdo y retrofaríngeo con obliteración de orofaringe y hipofaringe con desplazamiento de la tráquea y esófago". El cirujano infantil realizó infiltración local con Bleomicina, sin respuesta favorable. Posteriormente se decide resección quirúrgica del tumor y el estudio anatomopatológico informó "sección constituida por canales vasculares y linfáticos: Linfangioma"

DISCUSIÓN

Los linfangiomas aparecen con mayor frecuencia en menores de 1 año, en un gran número de casos están presentes en el periodo fetal o al nacimiento. Histológicamente se trata de canales linfáticos que penetran y disecan las estructuras donde asientan lo que le confiere un carácter agresivo. El diagnóstico prenatal permite ofrecerles a estos RN una recepción neonatal programada y asistida por personal experto en intubación endotraqueal que pueda llevar a cabo la técnica EXIT (ex utero intra partum treatment), para el mejor control de la vía aérea (rápido abordaje y permeabilización asegurada de las vías aéreas) mientras se favorece la transfusión fetoplacentaria. La indicación de este procedimiento se extendió para todos los que poseen diagnóstico prenatal de obstrucción de la vía aérea.

CONCLUSIÓN

Los linfangiomas cervicales son lesiones benignas frecuentes que pueden tener graves complicaciones asociadas. El pronóstico de las grandes masas tumorales continúa siendo incierto, a pesar de modernos esfuerzos terapéuticos. El diagnóstico prenatal de las tumoraciones cervicales, es fundamental para un manejo multidisciplinario (obstetras, neonatólogos, cirujano pediátrico, enfermeros) de las vías aéreas en la sala de parto, el personal debe estar entrenado en el procedimiento EXIT que no solo minimiza los episodios hipóxicos inmediatos al nacimiento sino que también mejora la función respiratoria posterior.

HIDROPS FETAL EN PACIENTE CON MALFORMACION ANO-RECTAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO

RPD 182

Brezigar A.¹; Cardetti M.²; Verges E.³; Encabo C.⁴
CLINICA CERHU^{1,2,3,4}
aribrezigar@hotmail.com

Paciente nacido a término (37 semanas) Peso adecuado (3340 gr) primigesta, embarazo controlado, Grupo y Factor 0 +, Coombs indirecta Negativa. Serologías negativas, sin antecedentes de importancia, se constata en control ecográfico la presencia de Hidrops fetal con derrame pleural, ascitis y derrame pericárdico por Ecocardiograma fetal, de instalación aguda. Único antecedente: cuadro gripal 2 semanas previas al nacimiento. Se realiza Cesárea de urgencia, Nace bebe en mal estado general, Apgar 4/4, se intuba en sala de partos, como datos positivos al examen físico se constata Anasarca, hipoventilación del hemitorax derecho y ano imperforado con fistula en hora 12. Pasa a UCIN, se realiza drenaje preural derecho, se coloca PHP, inotrópicos, y se indica 1 dosis de surfactante. Ecocardiograma: Derrame pericárdico leve, Hipertensión pulmonar leve a moderada sin cardiopatía estructural. Evolucionó favorablemente, Recibe ARM por 5 días, a las 72 horas presenta eliminación espontánea de meconio por fistula, Ecografía cerebral y abdominal normal. A los 12 días de vida se realiza plástica de región anal con buena evolución clínica. Alta a los 17 días. Se realiza serología para parvovirus con resultado positivo 1/128.

HIDROPS FETAL

Se define Hidrops Fetal a la acumulación de líquido en el tejido celular subcutáneo y en una o más cavidades serosas fetales (pleura, peritoneo y pericardio) Se acompaña invariablemente de edema placentario y generalmente de polihidramnios en etapas iniciales de la enfermedad.

Es una patología grave, con una morbi-mortalidad variable que para muchos autores varía entre el 60-90 %.

Dependiendo de su etiología, se ha dividido al hidrops como Inmunológico o no inmunológico según este o no mediado por anticuerpos.

En la primera se encuentra la eritroblastosis fetal por incompatibilidad Rh, actualmente menos frecuente dadas las medidas de prevención.

En cuanto al hidrops no inmunológico podemos citar a las malformaciones gastrointestinales, las genopatías, las malformaciones cardiovasculares, las respiratorias y las infecciosas entre sus causas.

El parvovirus B19 pertenece a la familia parvoviridae del genero erotrovirus, durante el embarazo, puede generar una infección fetal con complicaciones, con hidrops y muerte. Esta última es mayor si la infección es adquirida antes de las 20 semanas de gestación, con cifras que llegan al 15%. El tratamiento se reduce al tratamiento de las complicaciones.

PROGRAMA DE NEUROPROTECCIÓN CEREBRAL EN RECIÉN NACIDOS DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA (NEUROPROTE-CBA): ESTUDIO DE FACTIBILIDAD Y SEGURIDAD PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE HIPOTERMIA CEREBRAL SELECTIVA (RESULTADOS PRELIMINARES)

PO 183

Ahumada L.¹; Ferreyra M.²; Fuente M.³; Rognone A.⁴; Mitrano A.⁵; Ferreyra G.⁶; Andino G.⁷; Moreno M.⁸; Solís G.⁹; Fernández F.¹⁰; Zamora S.¹¹; Lohr S.¹²; Tisera V.¹³; Paez L.¹⁴; González G.¹⁵
HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LA MISERICORDIA^{1,2,4,5,7,9,10,11,12,13,14,15}; HOSPITAL MATERNO PROVINCIAL^{3,6,8}
luisahumada@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La encefalopatía hipóxico-isquémica (EHI) es una causa importante de daño neurológico en el recién nacido (RN). Diversos ensayos clínicos han demostrado que la hipotermia terapéutica (HT), es una intervención eficaz para reducir mortalidad y discapacidad severa y en muchos países se considera un "estándar de cuidado".

El Programa de Neuroprotección Cerebral en Recién Nacidos de la Provincia de Córdoba (Neuroprote-Cba) establece como centro de referencia para HT selectiva al Hospital Nuestra Señora de la Misericordia (HNSM) y como centro derivante al Hospital Materno Provincial (HMP) como inicio para extenderse posteriormente a toda la provincia.

OBJETIVO

Evaluar, en forma preliminar, la factibilidad y la seguridad de implementar un Programa de Protección del Daño Cerebral en neonatos > 36 semanas con EHI moderada a severa en la provincia de Córdoba.

POBLACIÓN

Recién nacidos del HNSM (2500 nacimientos) y HMP (5000 nacimientos) que cumplieron con los criterios de inclusión. Tiempo de traslado entre hospitales: 15 minutos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo, realizado en los pacientes ingresados al Programa Neuroprotección en el HNSM, entre Marzo de 2012 y abril 2013.

Equipo de enfriamiento: COOL-CAP (único equipo aprobado FDA y ANMAT).

EEG de amplitud integrada (aEEG): Monitor de Función Cerebral CFM 6000.

Criterios de Inclusión:

- Recién nacidos \geq 36 semanas EG y > 1800 gramos de PN con asfisia perinatal.
- Evidencia de EHI moderada o severa (por clínica y aEEG).

Etapas del Programa:

- Elaboración del protocolo.

- Acuerdos con los centros derivantes.
- Definición de los criterios de inclusión y traslado.
- Gestión de recursos.
- Capacitación interna del personal.
- Capacitación a los centros derivantes.
- Evaluación de Resultados.

RESULTADOS

- Fueron ingresados 8 pacientes, 37,5% del HNSM, el 62,5% del HMP. PN: rango: 2850 - 3750, promedio: 3365 grs. EG: rango 36 - 40, promedio 38,25 sem. Todos cumplían los criterios de HT.
- Inicio de HT (< 6hs): 8/8 (100%). Temperatura rectal (34-35 °C) durante 72 horas (>90% del tiempo): 8/8 (100%).
- Edad en horas al ingreso (promedio): 3,4 hs (rango 3 -4,30)
- Edad en horas al lograr T° <35°C (promedio): 5,5 hs (rango 5 - 6).
- Duración de la hipotermia: 6/8 completaron las 72hs de HT (6/6 en sobrevivientes).
- Monitoreo de Función Cerebral (durante toda la intervención): 8/8 (100%).
- Obtención de EAB de cordón o arterial (< 60 min): 8/8 (100%). EAB (cordón)= 4/8 (50%).
- Mortalidad= 2/8 (25%).
- Eventos adversos atribuidos a la HT: Bradicardia (<100)= 8/8, Plaquetopenia leve (<150000) 3/8, Trast. Coagulación 6/8. No se observaron lesiones en cuero cabelludo, ni otra complicación.

CONCLUSIONES

Nuestros resultados preliminares muestran que la implementación de un programa de Hipotermia Cerebral Selectiva es factible. Que el procedimiento es relativamente seguro y que sólo presenta complicaciones leves y reversibles. Sin embargo, se requiere ampliar la experiencia en tratamiento y en la coordinación interinstitucional a los fines de mejorar el tiempo de respuesta, derivación, preparación de RN e inicio de la hipotermia, con el objetivo de hacerla accesible a centros más alejados de la provincia.