

Recién Nacido Término

Antecedentes Maternos

- Paciente que ingresa desde su domicilio por presentar contracciones y un fuerte dolor abdominal, que se irradia a la espalda.
- 38 años de edad
- G4 C2 Ab1
- Embarazo controlado, serologías y EGB negativo.
- Al examen físico presenta sangrado vaginal e impresiona hipertoniá uterina.
- Sus hijos anteriores nacieron de término, sanos y se alimentaron a pecho exclusivo.

Antecedentes perinatales

- Por presentar monitoreo fetal con frecuentes desaceleraciones tardías, se realiza cesárea de urgencia. El obstetra informa hemorragia severa y desprendimiento de placenta.
- Se recibe RNT (39 sem/ 3560 gr) pálida, hipotónica, sin latidos, ni esfuerzo respiratorio.
- Se inicia RCP avanzado (intubación + VVP / masaje cardiaco/ expansión y adrenalina) durante 20 min. Se estabilizó y trasladó a UTIN.
- Apgar 1/3/4 y su Eab de cordón: PH 6.81/ PCO2 87/HCO3 12/Eb- 18

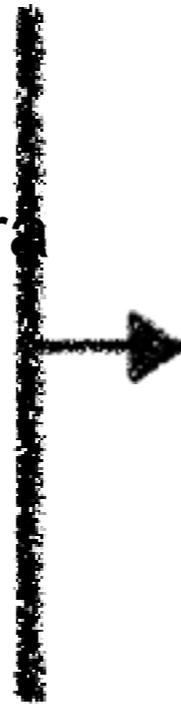
UCIN

- La paciente se encuentra pálida, algo reticulada, con hipotónia generalizada, letárgica-estuporosa, sus reflejos impresionan ausentes.
- Se encuentra en servocuna, en ARM, se canalizan vasos umbilicales y se inicio monitoreo de TA invasiva.
- Se toman muestras de laboratorio, HMC y indicaron antibioticos.
- Ademas se indica ayuno y se coloca PHP 50/0/0 F5.

UCIN

- Por cumplir con los criterios :
 1. Evento centinela (DPPNI)
 2. Clínica de Encefalopatía mod-severa
 3. PH <7 / Eb >-16
 4. Apgar < 5 a los 10 min
 5. ARM > 10 min
 6. RCP avanzado

- Se realiza monitoreo EEGa



Protocolo de hipotermia

UCIN 6 hs

- Se recibe **primer** laboratorio: acidosis mejorada (7.09/57/43/13.4/-13.5), ionograma c/ hiponatremia (127/4.4), con alteración leve de transaminasas y función renal.
- Presenta ácido láctico y cortisol elevados y enzimas cardiacas alteradas. Hipocalcemia e hipomagnesemia leve que no requieren corrección.
- Además hipoglucemia que se corrige con aumento de flujo de glucosa.
- Encontrándose en HT, sus parámetros clínicos son: T 34.3 FC 112 / TAM 45 / Rd 0.9

1.- Por antecedente, clínica y laboratorio del ingreso: ¿usted cree que es adecuado colocar un inotrópico de forma empírica? ¿ Cual ?

- A. Inicia Dobutamina
- B. Inicia Dopamina
- C. Inicia Adrenalina
- D. Inicia Milrinona
- E. ~~No inicia Inotropicos~~
No inicia Inotropicos

UCIN 12 hs

- Su Ecocardiograma informa: Disfunción ventricular, con algo de dilatación, volumen limitado, por lo que se le indica expansión con SF 10 ml/kg, dobutamina 10 µg/kg /min.
- Durante estas primeras horas, presenta actividad eléctrica (EEGa) compatible con convulsiones por lo que se trata con FNB.
- Continua pálida, mal perfundida y sus parámetros clínicos empeoran : FC 80-90 / TAM 30-33 / Rd 0.1 / Saturación preductal 91% .

2.-¿ Cree adecuada la expansión en este contexto?

A. Si, la creo adecuada.

B. No la creo adecuada.

3.-¿ Con el resultado del ecocardiograma usted cree que es adecuado indicar otro inotrópico?

A. **Indica Dopamina + Dobutamina.**
Indica Dopamina + Dobutamina.

B. Inicia Dopamina + Adrenalina.

C. Inicia Milrinona + Dopamina.

D. Inicia Dobutamina + Noradrenalina .

E. No indica otro inotrópico.

UCIN 12 hs

- En los siguientes laboratorios, la acidosis, las transaminasas y la función renal se encuentra mejoradas, continua hiponatémica (125) y su nivel de cortisol ha bajado.
- El médico tratante reduce el aporte de líquidos para evitar el empeoramiento de la hiponatremia y agrega dopamina 10 µg/kg/ min, pero al no conseguir el efecto deseado escala en la dosis de dopamina, llegando a máximas de 20 µg/kg/ min, con escasa respuesta.

4.-¿ Según su experiencia, tiene en cuenta el valor de cortisol a la hora de indicar Hidrocortisona?

- A. Si, lo tengo en cuenta basado en la evidencia disponible.
- B. No, ya que no existe evidencia suficiente en esta población.

UCIN 15 hs

- Decide indicar hidrocortisona 1mg/kg/dosis , la dopamina la rota a Adrenalina a 0.10 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ que debe aumentar hasta 0.25 $\mu\text{g}/\text{kg}$ para conseguir respuesta.
- Luego de unos minutos la enfermera le informa que la paciente se encuentra hiperglucémica, por lo que el médico disminuye flujo y luego le indica corrección de insulina.

A las pocas horas sus parámetros clínicos y de laboratorio han mejorado (FC100-110, TAM 45-55), sin embargo la función renal y el Ac láctico no se han normalizado.

5.- ¿Cuál cree usted que es un parámetro adecuado para evaluar la respuesta al tratamiento de la hipotensión?

- A. Aumento del Ac. láctico
- B. Disminución del ritmo diurético
- C. tiempo de relleno capilar
- D. Todos los anteriores.
- E. Ninguno de los anteriores.

UCIN 75 hs

- En el curso del tratamiento c/Hipotermia la paciente se mantuvo clínicamente estable, mejorado sus parámetros respiratorios, se descartó sospecha de sepsis por lo que se suspendió ATB. No presento nuevos episodios de convulsiones.
- Se consiguió estabilizar el tratamiento inotrópico por 48 hs, actualmente con dobutamina y dopamina a dosis bajas.
- Durante la fase de recalentamiento, se observa aumento pronunciado de la FC y un episodio de hipotensión, que requirió nuevamente modificar los inotrópico, rotando a adrenalina hasta 0.4 µg/kg, con escasa respuesta y una única dosis de hidrocortisona, por lo que el medico, decide comenzar con Vasopresina.

6.- ¿ Cual hubiese sido su conducta ante la hipotensión refractaria a catecolaminas?

- A. Me parece adecuado agregar vasopresina.
- B. Hubiese indicado expansión con S.F.
- C. Aumentar la dosis de adrenalina.
- D. Hubiese indicado hidrocortisona en dosis repetidas.
- E. Ninguna de las anteriores.

UCIN 5 días

- Con estas medidas se consigue manejar la hipotensión refractaria a las catecolaminas, manteniéndose estable.
- Se realizar RNM de cerebro donde se observa lesión cerebral importante con gran compromiso de los ganglio de la base, y pérdida de la señal en T1 en el brazo posterior de la cápsula interna.

7.- ¿ Cuanto cree usted que la Hipotensión incide en el grado de lesión cerebral resultante?

- A. En gran medida, basado en la evidencia disponible.
- B. En escasa medida, basado en la evidencia disponible.
- C. No tiene relación alguna.
- D. **No existe buena evidencia hasta la fecha.**

