

Presentaciones Orales

Médicos A

NEURODESARROLLO A LOS 6 MESES DE VIDA CORREGIDA EN UNA COHORTE DE LACTANTES PREMATUROS TARDÍOS. Sandra Marcela Tejero, María Viviana Piombo. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Argentina

Introducción: El reciente aumento de la población de prematuros tardíos y su seguimiento, mostró que esos niños tienen un riesgo aumentado de alteraciones del desarrollo o del comportamiento en comparación con recién nacidos de término.

Objetivo: Identificar dificultades en el neurodesarrollo de lactantes prematuros tardíos a los 6 meses de vida corregida.

Método: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Población: Se incluyeron todos los niños entre 34 y 36.6 semanas, >1500 g, nacidos durante 2022 en el HMIRS y que concurren al programa de seguimiento de prematuros durante sus primeros 6 meses de vida. Se excluyeron aquellos con malformaciones congénitas mayores. Se registraron patologías maternas, características del parto y morbilidad neonatal. Se valoró el desarrollo psicomotor a los 6 meses de vida, mediante la escala IODI. Sus resultados se clasificaron como: desarrollo normal riesgo: necesidad de intervención, habilita a profundizar y evaluar la situación. Alarma: requiere ser derivado a diferentes equipos interdisciplinarios.

Resultado: Durante el 2022 nacieron 192 prematuros tardíos (34 a 36.6 semanas de gestación).

Concurrieron al seguimiento a los 6 meses 133 niños, 74 (55%) de sexo femenino, 97 (73%) nacidos por cesárea. La media del Apgar al minuto fue de 8(4-9) y a los 5 minutos, 9 (6-10).

La mediana de peso al nacer fue de 2210 g (mín 1555 g, máx. 4775 g).

Las patologías que presentaron durante la internación fueron respiratorias: EMH 8 (6%), requerimiento de ARM 3 (2%), Cpap 24 (18%); sepsis precoz 1 (0,7%); hiperbilirrubinemia 60(44,4%); hemorragia intracraneal grado 1, 2 niños(1,5%); ninguna NEC.

A los 6 meses de vida corregida, de acuerdo a la escala de IODI, presentaron desarrollo normal, 93 niños (69,4%); riesgo, 33 (24,8%) y alarma, 8 (6%). De los 41 niños que presentaron riesgo y alarma, 15/41 eran masculinos, 15 nacieron de 34 semanas, 14 de 35 semanas y 12 de 36 semanas. La patología materna más frecuente en los niños con riesgo fue la preeclampsia 6 (1,6%) y en los mostraban signos de alarma fueron RCIU 2 (5%) y corioamnionitis, 2 (5%).

En cuanto a la patología neonatal, se observó que del grupo que presentaba riesgo 14/33 (42%) niños, habían tenido hiperbilirrubinemia como patología predominante, y entre los niños con alarma, 3/8 (37%) presentaron hiperbilirrubinemia, sin otra patología neonatal acompañante.

Conclusiones: En nuestra cohorte de prematuros tardíos, de 133 niños, a los 6 meses de vida tenían una evaluación del desarrollo por la escala de IODi, normal 92 (69.1%) niños, riesgo 33 (24.8%) y alarma 8 (6%)

De los niños que se detectaron signos de alarma a los 6 meses de vida, la hiperbilirrubinemia con requerimiento de luminoterapia fue la patología neonatal encontrada.

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE TRANSMISIÓN VERTICAL DE HTLV I/II EN UNA REGIÓN DE CHILE.

Ximena Aramayo Seoane, Yessenia Ortunio M, Sue-Ellen Cofre G. Hospital Juan Noe Crevani Arica. Chile

Introducción: El virus linfotrópico de células T humano, denominado HTLV, primer retrovirus descubierto en 1977. Es capaz de generar infección asintomática de forma prolongada y es considerado el más potente de los virus carcinógenos humanos. Se transmite por contacto sexual, uso de drogas endovenosas, transfusiones y trasplantes, la vía perinatal por lactancia es actualmente la más frecuente. La OMS, informa que en el mundo existen entre 5-10 millones de personas infectadas con el HTLV, se sabe que existe un subregistro. En Chile, estudios iniciales mostraron una prevalencia de 0,7% en la población general, se desconocen

cifras de prevalencia en gestantes y tasas de transmisión vertical. Según Protocolo

Objetivo: Describir el desarrollo y la implementación de un Protocolo de Prevención de Transmisión Vertical de HTLV I/II en la Región de Arica y Parinacota. Determinar la prevalencia de las gestantes con HTLV-I/II en el sistema de salud pública durante el período Septiembre de 2021 a Mayo de 2023.

Método: Se toma una muestra en el segundo trimestre del embarazo a todas las embarazadas en control prenatal en el sistema de salud público, con técnica de ECLIA para HTLV I/ II. Las muestras reactivas se envían a confirmación al ISP, mediante IFI y PCR. Las gestantes positivas, ingresaron a control en el programa de enf. emergentes y reemergentes y control obstétrico de alto riesgo. Los recién nacidos ingresan a seguimiento a policlínico Infectología pediátrica. Se toman 3 muestra de PCR y ECLIA de HTLV I/II, la primera en los primeros 15 días de vida, la segunda PCR a los 12 meses de edad y la tercera PCR a los 36 meses. La atención médica de las gestantes es por infectólogo del programa para educación y seguimiento. La vía del parto depende de las condiciones materno-fetales. En puerperio se refuerza la supresión de la lactancia . Al alta la madre recibe formula láctea hasta su ingreso a PNAC, el RN es derivado a infectología pediátrica con controles hasta los 36 meses de edad para descarte o confirmación de transmisión vertical, según resultados.

Resultado: Se realizan 4589 test de ECLIA HTLV I/II a gestantes desde Septiembre de 2021 a Mayo 2023 con resultado de 18 embarazadas confirmadas por ISP, esto determina una prevalencia en este grupo de 0,39%. Se cumplió protocolo de supresión de lactancia en todas las gestantes, solo en una de ellas se inició al quinto de día de nacimiento por negativa. En los recién nacidos se han tomado 1ra PCR-ECLIA a los 18 recién nacidos de madres positivas los cuales son todos negativos en la, 8 tienen 2da PCR negativa y aún están pendientes datos por edad no cumplida.

Conclusiones: La prevalencia de 0,39% de HTLV demostrada en la población gestante de este estudio se asemeja a la encontrada por Vieira et al en Brasil 2021, que mostro prevalencia de 0,32% HTLV I y de 0,04% HTLV II. Nuestro estudio no se discrimina el HTLV I del II. Trevino et al en 2008 en España muestra prevalencia de 0,01% en gestantes. El 100% de las embarazadas, adhirió a la sugerencia de suprimir lactancia materna. Esto coincide con Hino et al en el protocolo de prevención de TV en Japón 1987 en el cual más del 90% de las gestantes accedieron a no amamantar.

RESULTADOS DE UNA COHORTE DE NIÑOS CON CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS UNIVENTRICULARES CON Y SIN DIAGNÓSTICO PRENATAL

Silvia Andres, Tomas Woelflin, Tomas Alconada. Hospital de Pediatría J.P. Garrahan. Argentina

Introducción: las Cardiopatías Congénitas (CC) son la malformación más frecuente al nacimiento con una incidencia de 8-10/1000 RN vivos. El diagnóstico prenatal nos permite coordinar y optimizar la asistencia integral aunque el efecto sobre la morbimortalidad de estos niños sigue siendo controvertido. El aumento en la sobrevivencia de niños con fisiología univentricular ha dado lugar a un grupo de pacientes cada vez más complejos y vulnerables.

Objetivo: comparar resultados sobre morbimortalidad al año de vida en niños con CC univentriculares diagnosticados pre y post natalmente.

Método: estudio observacional, analítico, tipo cohorte retrospectiva. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de CC univentricular ingresados al Hospital de Pediatría J.P. Garrahan para su atención en el período 2015-2022. Se analizaron variables demográficas y neonatales. Medidas de resultados, primaria: mortalidad al año de vida, secundarias: días de ARM y NTP, días de vida al ingreso y a la primer cirugía, estancia hospitalaria y mortalidad alta.

Resultado: se analizaron 161 pacientes (84 prenatal y 77 posnatal). No hubo diferencias

significativas con respecto a días de vida a la 1ª cirugía ($p= 0.225$), días de internación ($p= 0.849$), ARM ($p= 0.097$) y NTP ($p= 0.606$). Se observaron diferencias significativas con respecto a los días de vida al ingreso ($p < 0,001$). No se observaron diferencias en la tasa de mortalidad al alta ni al año de vida entre ambos grupos (28 % frente a 31 % $p= 0.559$ y 43 % frente a 49 % $p= 0.505$ respectivamente).

Conclusiones: el diagnóstico prenatal fue muy bajo en esta cohorte. No observamos diferencia significativa en la mortalidad al alta y al año de vida en ambos grupos probablemente por la gravedad de las patologías univentriculares. El diagnóstico prenatal permite garantizar un mejor asesoramiento a los padres, el transporte intraútero y la planificación del nacimiento en el lugar adecuado.

HERNIA UMBILICAL, FRECUENCIA Y EVOLUCIÓN DE UNA PATOLOGÍA BANAL EN UNA POBLACIÓN DE PREMATUROS TARDÍOS.

María Viviana Piombo, Sandra Marcela Tejero. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Argentina

Introducción: La hernia umbilical es la patología umbilical más frecuente del lactante y se observa entre el 10 y el 20% de los recién nacidos sanos. Se conoce que los prematuros tienen una mayor incidencia en su presentación.

Aunque es una patología banal, suele preocupar a padres y cuidadores. Conocer la frecuencia y evolución es importante para poder brindar información clara y tomar la conducta pertinente.

Objetivo: Describir en niños prematuros tardíos, mayores de 1500 gramos, nacidos durante el año 2022, la frecuencia de la hernia umbilical, identificar sus características y la evolución durante los primeros 6 meses de vida cronológica, para observar si ocurre resolución espontánea o no, en cuyo caso se realizaría una derivación a un servicio de cirugía infantil.

Método:

- Diseño del estudio: observacional, descriptivo y retrospectivo, en una población de prematuros tardíos del HMIRS.

- Población: Se incluirán todos los niños prematuros tardíos que nacieron en el HMIRS, entre la semana 34 y 36.6, con peso mayor a 1500 gramos, durante el año 2022 y concurren al programa de seguimiento de prematuros tardíos del HMIRS.

- Variables utilizadas: Se consideraron como variables de estudio la edad gestacional (EG), sexo, peso al nacer, y vía de parto. En referencia al defecto herniario se registró si el mismo era $>$ o $<$ de 1,5 cm al momento del primer control, y su presencia o resolución a los 6 meses de vida cronológica.

- Método estadístico: Estadística descriptiva llevada a cabo con planilla Excel. Se presentan parámetros de tendencia central de las variables cuantitativas a través de media, mediana, dispersión, desvío estándar o rango, según su distribución sea o no paramétrica. Para las variables cualitativas se presentan porcentajes.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de nuestro hospital.

Resultado: Se incluyeron 192 niños, de los cuales 34 (17,7%) presentaron hernia umbilical. De ellos 17 (50%) fueron de sexo masculino, 29 (85%) nacieron por cesárea y su mediana de EG fue de 35 semanas. (min.34-máx 36). La mediana de peso al nacer fue de 2.388g (mínimo de 1.535 gramos, máximo de 3.545 gramos); 22 niños fueron de peso adecuado, 4 fueron de bajo peso, y 8 de alto peso para su edad gestacional. Todos los niños tenían un anillo herniario menor 1,5 cm de diámetro y el 100% presentaron cierre espontáneo antes de los 6 meses de vida cronológica, por lo que ninguno requirió realizar una interconsulta con un servicio de cirugía infantil.

Conclusiones: En nuestra población, la frecuencia es del 17,7%. El tamaño del anillo herniario fue en todos los casos menor a 1,5 cm.

A los 6 meses de vida cronológica, se resolvieron el 100% de las hernias umbilicales.

Recién nacidos ≤ 1500 G, hijos de madres adolescentes, internados en UCIN de la Red Neonatal SIBEN. María Verónica Favareto,

Marcelo Cardetti, Miembros de la Red Neonatal SIBEN. Sociedad Iberoamericana de Neonatología
Introducción: El embarazo adolescente constituye un problema mayor de salud pública con un impacto social significativo. Representa un factor de riesgo elevado para la salud materna y neonatal y trae aparejado a su vez dificultades socioeconómicas y emocionales. Se define embarazo adolescente como aquel que ocurre entre los 10 y 19 años. No hay reportes sobre la condición o evolución de recién nacidos (RN) internados en UCIN hijos de madres adolescentes.

Objetivo: Explorar las características y evolución de RN hijos de madres adolescentes internados en UCIN

Método: Estudio de cohorte retrospectivo. Se analizaron los datos de RN ≤ 1500 g y/o ≤ 33 semanas de edad gestacional (EG) ingresados a UCIN y reportados en la RED SIBEN en el periodo del 1/1/2017 al 31/12/2022. Se compararon 3 grupos: RN de madres adolescentes (10 a 16 años y 17 a 19 años) y RN grupo control (madres > 19 años). Se analizaron edad materna, número de controles prenatales, morbilidad materna, vía de nacimiento, EG, peso al nacer, Apgar ≤ 3 , patología neonatal, evolución y días de internación en ambos grupos

Resultado: Se analizaron 3867 recién nacidos. 1489 fueron de madres adolescentes (38%), de ellos 427 fueron de madres ≤ 16 años y 1062 de madres entre 17 y 19 años, y 2378 del grupo control (62%).

En relación con los antecedentes observamos mayor frecuencia de embarazo sin control en el grupo adolescente (23 y 20%) y menor tasa de cesáreas (47 y 61%); sin embargo, las diferencias no fueron significativas. La frecuencia de infecciones congénitas fue elevada en todos los grupos (5, 8 y 6%) y relacionada a la sífilis en su mayoría. El peso al nacer, condición de los RN internados ni la evolución tampoco mostró diferencias entre los 3 grupos en esta población.

Conclusiones: La frecuencia de RN internados hijos de madres adolescentes es muy elevada, lo cual agrega a la condición de riesgo un aspecto de

vulnerabilidad relevante. Luego del ingreso a UCIN, no observamos diferencias significativas en relación con la condición ni evolución de estos niños. Sería necesario incorporar en futuros estudios si existen diferencias durante el seguimiento post-egreso de la UCIN.

Presentaciones Orales

Médicos B

EFFECTO DE LA EXPOSICIÓN EN EL PRIMER TRIMESTRE A CONTAMINANTES AÉREOS EN EL EXPOSOMA INTERNO MATERNO DURANTE EL EMBARAZO Y SU REPERCUSIÓN EN EL NEURODESARROLLO DEL NIÑO EN EL PRIMER AÑO DE VIDA.

Jonatan Alejandro Mendoza Ortega, Alejandro Canul Euan, Sandra Martínez Medina, Mariana Torres Calapiz, Blanca Suárez Rico, Isabel Gonzalez Ludlow, Hector Borboa Olivares, Aurora Espejel Núñez, Araceli Montoya-Estrada, Enrique Reyes Muñoz Ignacio Camacho Arroyo, Guadalupe Estrada Gutierrez Instituto Nacional de Perinatología. México

Introducción: El desarrollo cerebral en los primeros 1000 días de vida determina un futuro saludable. La exposición materna a factores ambientales y biológicos modifica el neurodesarrollo estructural en la etapa fetal, lo que afecta a las habilidades personales y sociales a lo largo de la vida.

Objetivo: Evaluar el efecto de la exposición a la contaminación aérea durante el primer trimestre del embarazo en el exposoma interno materno y su repercusión en el neurodesarrollo infantil durante el primer año de vida.

Método: El estudio incluyó 91 pacientes de la cohorte perinatal OBESO (Origen bioquímico y epigenético del sobrepeso y la obesidad, 3300-11402-01-575-17) de Ciudad de México. Se evaluaron modelos de regresión múltiple con variables de exposición a contaminantes atmosféricos en el primer trimestre (CO, NO, NOX, O3, PM10, PM2.5, y SO4) del centro de monitoreo ambiental de la Ciudad de México, marcadores de inflamación (IL6, IL1b, TNFa), estrés oxidativo (MDA, PC, CAT) y senescencia celular (mtDNAcn y longitud de telómeros) cuantificados a lo largo del embarazo (1er, 2do, 3er -trimestres) como predictores (evaluando el efecto directo y la interacción entre variables) de deterioro del neurodesarrollo al año de vida mediante la prueba de Bayley III.

Resultado: Se realizaron modelos de regresión múltiple por área del neurodesarrollo: cognitiva ($r^2=0,23$), lenguaje receptivo ($r^2=0,41$), lenguaje expresivo ($r^2=0,21$), motricidad fina ($r^2=0,47$), motricidad gruesa ($r^2=0,45$), socioemocional ($r^2=0,25$). Los principales predictores en 3 o más áreas del neurodesarrollo fueron NO, NOX, CO, SO2, PC (primer y segundo trimestre), longitud de los telómeros en el tercer trimestre y ADNcnmt en el tercer trimestre.

Conclusiones: La exposición a la contaminación atmosférica durante el primer trimestre del embarazo afecta negativamente al neurodesarrollo durante la etapa fetal reflejado al año de vida, ya sea por correlación directa o mediante la activación de la inflamación, el estrés oxidativo o un marcador de senescencia.

RECIENTES NACIDOS CON ENCEFALOPATIA HIPOXICA ISQUEMICA TRATADOS CON HIPOTERMIA TERAPEUTICA EN UN HOSPITAL DE LA RED NEONATAL SIBEN.

Facundo Culasso, Antonella Palossi, Favareto María Verónica, Angaroni Rosalía, Cardetti Marcelo. Hospital Provincial de Rosario, Sociedad Iberoamericana de Neonatología. Argentina

Introducción: La hipotermia terapéutica (HT) constituye el estándar de cuidado para neonatos con encefalopatía hipóxica isquémica moderada a severa. Sus efectos en la neuroprotección son evidentes hasta la infancia, disminuyendo la muerte o discapacidad a los 18 meses de edad. El inicio de dicho tratamiento se ha convertido en una emergencia terapéutica tiempo dependiente. Objetivo: Describir la evolución de pacientes tratados con hipotermia terapéutica en una unidad de la Red Neonatal SIBEN

Método: Estudio descriptivo, retrospectivo. Se analizaron los datos pertenecientes a todos los pacientes ingresados a hipotermia terapéutica en el Servicio de Neonatología del Hospital Provincial de Rosario, unidad perteneciente a la Red SIBEN, del 1/3/ 2019 al 30/7/23. Criterios de inclusión: pacientes con asfisia perinatal ≥ 35 semanas de EG, con diagnóstico de EHI, se excluyeron los pacientes con malformaciones congénitas

mayores y los menores a 1800 gramos de PN. Se utilizó el colchón térmico AMRRATERM para hipotermia corporal total.

Resultado: 81 recién nacidos (RN) con EHI recibieron hipotermia terapéutica (HT), 62 (76 %) fueron derivados de otras instituciones, edad media de ingreso fue 3 horas 30 min (20 minutos a 7 horas 50 min); 44 (54%) sexo masculino, EG media 38.6 ± 1.9 semanas, Peso al nacer (PN) medio 3180 ± 1667 gramos. La EHI se clasificó como moderada (62%), grave (30%) y leve (8%). Nacieron por parto el 50% y 52% requirió ventilación con presión positiva (VPP) en sala de partos. En 90% se registró evento centinela: período expulsivo prolongado (16), alteración del bienestar fetal (13) y desprendimiento de placenta (10). El 72% presentó convulsiones (en $60\% \leq 24$ horas de vida), tratadas con fenobarbital y/o levetiracetam; 80 RN tuvieron EEG durante la HT (convencional en 63% y aEEGen 37 % cuando se incorporó esta tecnología a la unidad. De los pacientes con EEG alterado (46), en el 56% fue EEG normal al alta. Se realizó ecografía transfontanelar (ETF) 97% de los RN antes de las 72 horas (normal en 76%); sólo en 63% se realizó resonancia magnética (RMI) y en el 67% fue patológica. Fallecieron 10 pacientes (12%), todos antes de los 7 días de vida. La necesidad de VPP, $\text{pH} < 7$ al nacer, el PN o presencia de convulsiones en el primer día no se asociaron con mayor riesgo de muerte; por el contrario, fueron significativamente más frecuentes en los RN fallecidos la EHI grave ($p < 0,003$) o la presencia hipertensión pulmonar ($p < 0,01$)

Conclusiones: Este estudio recopila datos de una serie de RN tratados con HT en una unidad de Argentina; la hipertensión pulmonar se asoció a la muerte precoz.

Se requiere incorporar al registro actual, datos de la condición clínica y estudios complementarios, así como del seguimiento y evolución neurológica en forma sistemática.

SCORE FOR NEONATAL ACUTE PHYSIOLOGY WITH PERINATAL EXTENSION-II (SNAPPE II) COMO PREDICTOR DE EVOLUCIÓN EN

PACIENTES CON HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA. Sofía Rittatore, Jéscica Otano; Gisela Salas. Hospital de pediatría J.P Garrahan. Argentina

Introducción: SNAPPE II es un puntaje de severidad, de fácil aplicación en la práctica clínica ya que incluye variables fisiológicas, utilizado para clasificar por riesgo a todos aquellos pacientes ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Su utilidad ha sido ampliamente demostrada en diferentes patologías del recién nacido. La hernia diafragmática congénita (HDC) es una malformación con elevada morbimortalidad, donde la predicción temprana de la evolución permite anticipar el requerimiento de tratamientos más complejos como ventilación de alta frecuencia oscilatoria, óxido nítrico inhalado y/u oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO)

Objetivo: Evaluar la capacidad del Score SNAPE II como predictor precoz de requerimiento de ECMO o mortalidad, en recién nacidos con HDC

Método: Estudio observacional, analítico y retrospectivo. Los datos se obtuvieron de la revisión de historias clínicas. Se incluyeron todos los pacientes con HDC ingresados en forma consecutiva a la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) del hospital J.P Garrahan en el período de tiempo comprendido entre el 1 de enero del año 2015 y el 31 de diciembre del 2020. La variable independiente fue el puntaje de SNAPPE II calculado en cada paciente dentro de las 24 horas de ingreso a la UCIN. Las variables dependientes fueron el ingreso a ECMO y la mortalidad. En el análisis descriptivo las variables numéricas fueron resumidas como medidas de tendencia central y dispersión según la distribución. Las variables categóricas como %. Para la comparación de las variables numéricas se utilizó el test no paramétrico de Wilcoxon. Se construyeron curvas de características operativas del receptor (COR) no paramétricas. Se estimó el área bajo la curva (ABC). Se definió como punto de corte aquel valor de mayor sensibilidad y especificidad y a partir de éste se dicotomizó la muestra y se calculó el RR y el IC del 95%. Se

consideró estadísticamente significativo un nivel de $p < 0,05$. El análisis estadístico se realizó con el software STATA SE 12.0, StataCorp LP (USA)

Resultado: Ingresaron al estudio 178 pacientes con HDC. La media de edad gestacional fue de 37 semanas y de peso al nacer de 2950 grs. El 77% tenía diagnóstico prenatal y en el 82% de los casos el defecto era izquierdo. El requerimiento de ECMO fue del 18% y la sobrevida global fue del 68%. Las variables demográficas no mostraron diferencias estadísticamente significativas. El score SNAPPE II mostró buena discriminación como predictor de mortalidad con un ABC 0.84 (IC 95% 0.78-0.91) $p= 0,000$, con una mediana de 49 (RIQ 29-63) para los fallecidos y de 12 (RIQ 5-23) para los sobrevivientes. En cuanto al ingreso a ECMO, el score SNAPPE II mostró un ABC 0.67 (IC 95% 0.58-0.77) $p=0.003$, con una mediana de 32 (RIQ 18-56) para quienes requirieron ECMO vs 13 (RIQ 5-30) para aquellos que no

Conclusiones: SNAPPE II mostró buena capacidad predictiva con respecto a evolución, siendo más sensible para discriminar mortalidad que ingreso a ECMO en recién nacidos con HDC

CARACTERÍSTICAS DE NEONATOS TRASLADADO POR UN SISTEMA DE ALTA COMPLEJIDAD PÚBLICO EN CABA DURANTE EL AÑO 2021.

Ernesto F. Bayo, Cristina Villaba López, Ascutto C., Aquino C., Bachmann N., Fortunato M., Peralta A., Rojas A., Romero C., Srmiento I., Zerillo M. SAME. Argentina

Introducción: El traslado de un Recién Nacido, es considerada una situación que suma estrés e involucra una serie de riesgos potenciales debido a la necesidad de continuar con un tratamiento instaurado o responder a nuevas necesidades a veces imprevisibles, a partir de Agosto del 2018 se constituyó un equipo de traslado de alto riesgo disponible las 24 hs. el cual desde su creación realiza un promedio anual de 384 traslados, uniendo los 12 hospitales de la red de maternidades y las instituciones especializadas en pediatría.

Objetivo: Tipificar, y clasificar por distintas características a los pacientes neonatales trasladados durante el año 2021 por el sistema de traslados neonatal de alta complejidad del SAME en CABA

Método: Se realizó un análisis estadístico descriptivo durante el año calendario 2021, donde se incluyó la totalidad de traslados efectuados por el Sistema de Alta Complejidad Neonatal del SAME, el cual involucra salvo excepciones, el universo de los traslados del sector público de CABA, para lo cual se agrupó y cuantificó: lugar de residencia, tipo de patología, necesidad de oxigenoterapia, prostaglandinas e inotrópicos, edad gestacional al nacimiento, días de vida, centros con mayor número de derivaciones salientes y entrantes, pudiendo calcularse la tasa de traslados de alta complejidad anual. De los 370 traslados realizados se tomaron en cuenta para este trabajo 353 debido a la falta de datos en los casos que fueron apartados. Obteniendo un n representativo

Resultado: Lugar de residencia: Pcia. de Buenos Aires 56% CABA 41% Otras Pcias. 4%

Patología: 26% patologías quirúrgicas abdominales, 16% quirúrgicas cardiológicas, (dentro de las de mayor frecuencia). Oxigenoterapia: 39% total de los cuales el 31% se trasladó en ARM

Prostaglandinas: 8%. Inotrópicos: 9%. Edad gestacional: Menor de 28 s.: 10%, entre 28 s. y 32 s.: 16%, entre 33 s. y 36 s.: 22%, 37 en adelante 52%. Edad: Menos de 24 hs.: 28%, de 1 a 7 días: 24%, de 8 a 30 días: 28%. Centros de origen de derivación: Sardá 30%, Santojanni 13%, Penna 12%. Centros receptores de derivación: Elizalde 31%, Gutiérrez 27%, Garrahan 25%

Conclusiones: Durante el año 2021 se registró un total de 14371 nacimientos en efectores públicos de CABA. Se calculó una tasa de traslados de alta complejidad de recién nacidos por mil nacidos vivos cuyo valor es de 25,75 ‰ en CABA durante el año 2021. A pesar de estar ubicados en CABA se registró un mayor porcentaje de traslados de pacientes residentes en la provincia de Buenos Aires. El mayor número de pacientes se trasladó ante la necesidad de cirugías abdominales o

cardíacas. El 31% requirió ARM el 8% prostaglandinas y el 9% inotrópicos (utilizando estos parámetros para estimar la gravedad del cuadro). La edad gestacional al momento del nacimiento se registró en 47% de pre término y 52 % de término. El volumen de los tres segmentos etarios analizados fueron similares en porcentajes (entre 25 y 28 %). El centro con mas derivaciones solicitadas es la maternidad Sarda, la cual tiene el mayor número de nacimientos de CABA (4296 nacimientos durante 2021) además de convenios con el Hospital Garrahan para el tratamiento con diagnósticos prenatales, le siguen el Hospital Penna (1946 nacimientos durante 2021), Santojanni (1570 nacimientos durante 2021). Los centros de mayor recepción de pacientes son Elizalde, Gutiérrez y Garrahan en dicho orden debido ser especializados en la atención pediátrica en general.

TEMPERATURA AXILAR DE LOS RNPT ≤ 34 SEMANAS AL INGRESO A UCIN Y MORBIMORTALIDAD ASOCIADA. Ana Maria Castro Luna, Ivana Vives, Silvia Lenzano, Monica Menzio, Cecilia Pereyra, Solange Díaz, Javier Mansanares, Edgar S. Ribbas. Maternidad Provincial Teresita Baigorria- San Luis. Argentina

Introducción: La transición del ambiente intrauterino al extrauterino supone un cambio térmico que desafía la adaptación posnatal de los recién nacidos, sobre todo prematuros, repercutiendo en su morbilidad debido a posibles mecanismos metabólicos y hemodinámicos. Por ello el control de la temperatura corporal dentro de rangos normales (36,5-37,5°C) es un desafío. Según la OMS, se considera hipotermia a la T° axilar <36,5°C (leve 36 a 36,4°C, moderada 32 a 35,5°C y severa < 32°C).

El presente trabajo pretende investigar la posible asociación entre los rangos de temperatura de ingreso a la UCIN de los RNPT ≤ 34 semanas de edad gestacional y la ocurrencia de comorbilidades.

Objetivo: Analizar la temperatura de ingreso a la UCIN de los RNPT ≤ 34 semanas de edad

gestacional con la ocurrencia de comorbilidades/mortalidad e identificar las variables asociadas.

Método: Estudio transversal, observacional y retrospectivo realizado en una UCIN nivel IIIB. Período 07/2022 – 07/2023. Criterios de inclusión: RNPT ≤ 34 semanas nacidos en la Institución. Criterios exclusión: RN con malformaciones mayores. Datos obtenidos de historias clínicas y registros de Enfermería. Se recopilaron y tabularon en Excel 2010. Se analizaron con software Epi Info 7 y en SPSS ed 21. Variables incluidas: edad gestacional, peso, sexo, corticoides prenatales, vía de parto, sobrevida, SDR, HIC III/IV, DBP, NEC, sepsis neonatal precoz. Se utilizaron medidas frecuencia absoluta y relativa para la descripción de las variables. Para el análisis relacional de variables cualitativas se utilizó Test de Chi2 o Test exacto de Fisher según valores, ya que se determinaron muestras no paramétricas al haber aplicado prueba de Kolmogorov-Smirnov. Se calculó OR como medida de efecto, diferencia de Riesgos y RAE. Para correlación de variables cuantitativas se utilizó Coeficiente de Correlación de Spearman. Todas las mediciones fueron sometidas a una probabilidad del error menor al 5% (p.0,05) para considerarlas significativas estadísticamente.

Resultado: De los 86 RNPT el 80,2% se registró con hipotermia al ingreso de UCIN; el 91,86% presentaron SDR y de ellos el 67,44% requirió de ARM; sospecha de sepsis precoz 67,44%, DBP a los 28 días 29,07%, DBP a las 36 semanas 22,62%, HIC 7% y la presencia de NEC 5,81%. Se compararon los grupos con Hipotermia y presencia de SDR arrojando el Test de Fisher una probabilidad de asociación estadística altamente significativa p:0,026. Se calculó riesgo mediante OR: 6,5 (IC: 1,35-33,89) y un RAP: 20,05%. Se pudo determinar correlación entre las variables Rango de Temperatura y Cantidad de días en ARM aplicando Test de Spearman, lo que podemos afirmar con una probabilidad de error menor al 5% (Rango de T°: p:0,000.. y para Cantidad de días en ARM: p:0,000..) que existe correlación entre las dos variables, a menor temperatura requirieron más días en ARM. No se



SIBEN®

Mejorando el cuidado neonatal

halló asociación estadísticamente significativa entre la variable edad gestacional y comorbilidades. Por último, la sobrevivencia de los RN prematuros fue del 86,05%.

Conclusiones: El 80% de la muestra ingresó con $T^{\circ} < 36,4$. La hipotermia severa se asoció a la presencia de SDR, y aumento de días en ARM. Existe un alto riesgo de presentar SDR asociado a Hipotermia (OR:6,5) y un RAP:20,05%, es decir, interviniendo oportunamente para mantener la termoneutralidad disminuiría la incidencia de SDR en RNPT. Además, no se pudo demostrar asociación entre hipotermia y edad gestacional con otras comorbilidades.

PRESENTACIÓN DE PÓSTERS MÉDICOS

PANTALLA A

CONTROL DE UN BROTE POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES. Desalvo L., Benitez S., M. Matsuda, Machado M. Hospital Magdalena V de Martinez de Pacheco. Argentina

Introducción: Las infecciones por organismos multirresistentes como la Klebsiella Pneumoniae productora de carbapenemasa KPC resultan un problema de difícil resolución en las unidades neonatales (UCIN)

Objetivo: Describir las características clínicas y factores de riesgo de un brote por KPC en una UCIN y las medidas de control implementadas para su erradicación.

Método: Se realizó un estudio descriptivo, observacional desde diciembre 2022 hasta agosto 2023. Se definió "caso paciente" al internado en UCIN colonizado y/o infectado por KPC. Se analizaron: tiempo a la colonización, ATB previo, cesárea vs parto vaginal, EG, sexo, días desde el ingreso hasta el día de hisopado positivo, alta, óbito. Medidas implementadas: se conformó un comité de infectología, instaurando nuevas técnicas de limpieza de un solo paso y se cambió el desinfectante utilizado en la UCIN, las áreas de partos y la sala de madres. Se intensificó la capacitación sobre la técnica y los momentos adecuados para la higiene de manos, utilizando observación, capacitación y material audiovisual. Se estableció un protocolo para el manejo adecuado de las excretas de los recién nacidos y su descarte. Cohorte de pacientes: Se agruparon a los pacientes según criterios específicos para facilitar la atención y el seguimiento.

Búsqueda de reservorios, se realizaron investigaciones para identificar posibles fuentes de la infección. Temporalmente se restringió el ingreso de pacientes para llevar a cabo trabajos de reacondicionamiento edilicio y una limpieza profunda en las instalaciones. Se implementó una vigilancia semanal de la colonización mediante muestras de hisopado anal. Se estableció un programa de seguimiento semanal para

garantizar la limpieza adecuada de las incubadoras.

Se designó personal exclusivo para llevar a cabo las tareas de limpieza en el área cerrada de Neonatología, con capacitación específica.

Resultado: El caso índice correspondió a un paciente internado colonizado e infectado por Kpc. Luego se identificaron 46 casos colonizados sobre un total de 116 pacientes en el periodo mencionado.

Conclusiones: La detección de un paciente colonizado o infectado en la UCIN determinó la aparición de un brote. Un tema analizado fue la asociación colonización con Kpc y cesáreas esto nos retrotrae a trabajos que describen que el no desarrollo del microbioma en el bebe los hace más susceptibles. Las medidas implementadas están controlando el brote, se ha logrado controlar la infecciones relacionadas al cuidado de la salud pero no la colonización por KPC, aún nos falta seguir trabajando en otras dos áreas del hospital (UTIN y quirófano) por vincularse los pacientes con la Neo.

ERRORES EN LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIMICROBIANOS EN EL PERIODO NEONATAL, EN CUBA.

Tania Roig Alvarez, Elizabeth de la C López González. Centro de Investigaciones clínicas y MINSAP La Habana. Cuba

Introducción: El diagnóstico de infección en el periodo neonatal es difícil, muchos recién nacidos que reciben antimicrobianos no tienen infección. Las infecciones neonatales, si no se tratan adecuadamente son causa de mortalidad y secuelas a largo plazo.. Por otro lado, el uso de antibióticos al inicio de la vida altera el microbioma normal y favorece la multirresistencia lo que a mediano y largo plazo puede ser causa de otras complicaciones.

Objetivo: Identificar los principales errores en la prescripción de antimicrobianos en neonatos cubanos graves y críticos durante el año 2021

Método: Se realizó un estudio descriptivo, cualitativo. La información se recolectó de las entrevistas realizadas a los neonatólogos (médicos asistenciales y/o jefes de servicios) que

participaron en las discusiones de neonatos con infecciones graves de todo el país; las cuales pudieron ser presenciales, a través de videoconferencias, vía telefónica o por chats privados o de grupos.

Un experto en infectología fue registrando y agrupando (según su criterio), los errores detectados en el manejo de cada caso discutido y se trianguló esta información con las evidencias acumuladas por funcionarios del programa de atención materno infantil (PAMI), que participaron directa o indirectamente en las discusiones de estos pacientes. Se registraron solo los errores en la prescripción, sin contabilizar la frecuencia de los mismos, ni el lugar de ocurrencia; para no favorecer ningún tipo de medida punitiva o administrativa.

Resultado: Se agruparon los errores en cinco grupos fundamentales

1. Considerar neumonía de inicio precoz, en neonatos sin riesgo para este tipo de infección por otros hallazgos radiológicos frecuentes en los primeros días de vida. Ejemplo: hallazgos sugestivos de líquido pulmonar no persistentes
2. Tratamiento de gérmenes colonizantes. Ejemplo: Iniciar o cambiar antibióticos teniendo en consideración los resultados de cultivos de sitios no estériles o por aislamiento de estafilococo coagulasa negativo en un solo hemocultivo, en neonatos sin clínica de infección.
3. Duración del tratamiento incorrecta. Ejemplos: No reevaluar a las 48-72 horas del inicio, cambios precipitados, duración prolongada.
4. Combinaciones empíricas y específicas incorrectas. Ejemplos: Uso combinado de dos betalactámicos con casi igual espectro, añadir metronidazol estando en la combinación previa un antibiótico con acción contra los anaerobios que actúa este medicamento.
5. Interpretación errónea del antibiograma. Ejemplo: Utilizar vancomicina para un gram negativo o meronem para un gram positivo porque se informa como sensible por microbiología.

Conclusiones: Los errores en la prescripción de antimicrobianos están presentes en el actual cotidiano de esta especialidad y la causa es multifactorial. Se identificaron necesidades de capacitación en las temáticas: imagenología pulmonar, criterios de riesgo y definiciones de infecciones, uso de antimicrobianos y diagnóstico microbiológico.

USO DEL LACTOSCAN PARA EL MANEJO DEL RECIEN NACIDO INTERNADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

Carol Perez; Claudio Orique. Hospital de Clínicas Manuel Quintela (Montevideo-Uruguay), Uruguay

Introducción: En Uruguay nacen entre 3800 a 4000 niños con bajo peso (menores de 2500 g) al año y se ha visto una asociación directa entre prematuridad y bajo peso al nacer con dificultades en el crecimiento postnatal. Los pretérminos, y sobre todo aquellos menores de 1500g, requieren de un abordaje nutricional que evite la desnutrición extrauterina, promoviendo un crecimiento adecuado y equilibrado. Para esto, hoy en día se utilizan aproximaciones individualizadas a cada paciente, tanto en el aporte de nutrientes así como en la medida de sus resultados, durante los prolongados periodos que requieren internación.

Objetivo: El objetivo del presente estudio es utilizar como herramienta de uso diario el Lactoscan®, analizador de hidratos de carbono, proteínas y lípidos de leche, para lograr un seguimiento individualizado de la alimentación proporcionada a pacientes ingresados en la Unidad Neonatal de la Maternidad del Hospital de Clínicas (centro de referencia y de asistencia de madres con alto riesgo obstétrico).

Método: Se realizó un estudio observacional, analítico en el cual incluimos 4 pacientes que ingresaron en la unidad de cuidados intensivos del Departamento de Neonatología del Hospital de Clínicas en el periodo entre Junio y Agosto del 2021.

Resultado: Se encontraron diferencias entre calorías estimadas mediante cálculos y medidas con el analizador, siendo 118 cal/kg con un

desvío estándar (DS) de 17 y 87 cal/kg (DS 23), respectivamente. Si se analiza caso a caso se puede observar que un paciente recibió un valor de calorías estimadas y medidas similares. Los demás reciben realmente por debajo de las calorías estimadas si no se contará con el analizador. En ningún caso logramos el objetivo nutricional de 120 kcal/kg diario.

Conclusiones: Concluimos que la introducción de una herramienta que permita medir directamente los componentes de la leche, en particular los macronutrientes básicos para sustentar el crecimiento extrauterino, permite la individualización y ajuste nutricional para optimizar el crecimiento en cada paciente.

23 AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL CONTROL DE LAS INFECCIONES ASOCIADA AL CUIDADO DE LA SALUD (IACS) EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES, SANATORIO FRANCHIN DE LA OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA CONSTRUCCION (OSPECON)

Fernando Moyano Llorentty. Sanatorio Franchin. Argentina
Introducción: Los recién nacidos internados en la Unidad de cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) requieren frecuentemente de la alta complejidad, lo que incluye procedimientos invasivos que condicionan la aparición de infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS). Es fundamental la vigilancia epidemiológica para la prevención y el control de éstas. El servicio de Neonatología del Sanatorio Franchin es de alta complejidad, en donde ingresan un promedio anual de 310 RN y además neonatos de otras unidades operativas de la obra social de todo el país.

Objetivo: Describir las características demográficas de la población, morbilidad, letalidad y tasa global de la IACS de la UCIN del Sanatorio Franchin desde el año 2000 al 2022. Demostrar la importancia del trabajo multidisciplinario para disminuir las infecciones asociadas al cuidado de la salud.

Método: Diseño Descriptivo, Longitudinal, y Prospectivo.

Periodo: 1/01/2000 al 31/12/2022. Se incluyeron todos los RN ingresados en la UCIN y se

registraron las IACS de acuerdo con las definiciones del programa VIHDA. Se analizaron las características demográficas de la población, morbilidad, letalidad, y tasa global de la IACS.

Resultado: Se registraron 22960 nacimientos, <1500grs<32sem de EG 12% (N2860) y >1500grs y de >32sem de EG 88% (N20100) ingresaron a la UCIN 8975 RN y se identificaron 250 casos de IACS (2,7%) de los ingresos. En el año 2009 y 2010 se detectó un aumento de las tasas de IACS con un promedio de 11%, mientras que en el 2022 fue la tasa más baja de 0,6%. La tasa de IACS <1500grs <32 sem EG fue de 51,6% y en los >1500grs y >32 sem de EG fue de 48%. Las bacterias asociadas a catéter constituyeron la infección más frecuente, siendo el microorganismo de mayor prevalencia el Estafilococo Coagulasa Negativo 52% y Klebsiella.sp 24%. La media de internación de los RN con IACS fue de 12 días y la letalidad 3.2% (8/250)

Conclusiones: La tasa global de las IACS en estos 23 años fue baja 2,7%, menor al 5%, como también la letalidad de acuerdo a las publicaciones. La mayoría de las IACS fueron en prematuros con muy extremo bajo peso de nacimiento. La causa más frecuente fueron las bacteremias asociadas a catéter lo que requiere un fortalecimiento de las medidas de prevención.

EXPERIENCIA CON HIPOTERMIA TERAPÉUTICA EN SERVICIO DE NEONATOLOGÍA HOSPITAL LAS HIGUERAS DE TALCAHUANO.

Chile Macarena Sanhueza, Diana Torres. Hospital Las Higueras

Introducción: La Encefalopatía Hipóxico-Isquémica, sigue siendo uno de los problemas médicos perinatales más importantes, causa importante de mortalidad y de discapacidad permanente del desarrollo neurológico. Se ha demostrado que la Hipotermia Terapéutica (HT) es una intervención eficaz para reducir la mortalidad y secuela neurológica a corto y mediano plazo. En Chile, se desconoce la implementación de la HT en hospitales de mayor complejidad, así como la incidencia real de asfisia neonatal en los centros de salud en Chile.

Objetivo: Evidenciar la experiencia del Servicio de Neonatología del Hospital Las Higueras de Talcahuano respecto a los casos de Encefalopatía Hipóxico Isquémica manejados con Hipotermia Terapéutica.

Método: Estudio descriptivo y retrospectivo. Los datos fueron extraídos de las fichas clínicas pertenecientes a la unidad de Neonatología del Hospital las Higueras. Trabajo aprobado por comité ético científico

Resultado: 66,7% de sexo masculino. La edad gestacional promedio fue de 38,8 semanas, con 91,7% de término. El 91,7% nació por cesárea. El 100% tuvieron eventos perinatales. El 100% de los neonatos tuvieron puntaje <5 al minuto de vida, y el 91,7% persistieron con APGAR <5 a los 5 minutos. El 91,7% presentaron convulsiones clínicas. Al Electroencefalograma, el 50% presentaba atenuación del voltaje y en el otro 50% crisis eléctricas. Los neonatos diagnosticados con Encefalopatía Hipóxico Isquémica grado III en el 33,3% y 66,7% grado II según la escala de Sarnat. La edad de ingreso a hipotermia terapéutica promedio fue de 3 horas. De los pacientes que ingresaron el 91,7% completaron la terapia. Todos los pacientes sometidos a hipotermia terapéutica estuvieron conectados a ventilación mecánica, con un promedio de 6 días. Respecto a los días de hospitalización, hubo un promedio de 18 días. De los casos reportados, solo el 9,1% falleció.

Conclusiones: Los eventos centinelas son frecuentes durante el trabajo de parto en estos pacientes. Las convulsiones clínicas son un signo de compromiso neurológico y mayor riesgo de resultados adversos. El consenso actual, es iniciar la hipotermia tan pronto como sea posible, idealmente antes de las 3 horas de vida y la duración de la hipotermia debe ser de 72 horas. La importancia de realizar una resonancia magnética cerebral precoz en neonatos con encefalopatía es para establecer la presencia y patrón de lesión, para predecir el resultado neurológico. En Chile, por la distancia entre centros especializados de salud, número reducido de unidad de cuidados intensivos neonatales y

dificultad en el transporte neonatal, se ha visto fundamental el equipar las unidades de nivel terciario con hipotermia servocontrolada, además de exponer los resultados intrahospitalarios para analizar y mejorar las estrategias.

UTILIZACIÓN DE IBUPROFENO PARA EL TRATAMIENTO DE DUCTUS ARTERIOSO PERMEABLE EN PACIENTES PREMATUROS RESULTADOS EN EL HOSPITAL ROQUE SAENZ PEÑA DE ROSARIO, SANTA FE.

Fabrizi Aldana, Fabbro Elisabet, Ríos Vanesa. Hospital Roque Saenz Peña. Argentina

Introducción: El DAP es una estructura vascular que conecta la aorta descendente proximal con la arteria pulmonar principal cerca del origen de la rama pulmonar izquierda. El retraso del cierre está inversamente relacionado con la edad gestacional. La incidencia varía desde un 20% en prematuros mayores de 32 semanas hasta el 60% en menores de 28 semanas. El DAP persistentemente prolongado se asocia con incremento de morbilidad y mortalidad. Se recomienda la evaluación ecocardiográfica en las primeras 72hs.

Existe controversia sobre el tratamiento del DAP en prematuros. La recomendación del Consenso SIBEN 2020 es usar preferentemente el Ibuprofeno. Se recomienda tratarlo alrededor de los 2 días.

Objetivo: El objetivo principal de este estudio fue evaluar los resultados del tratamiento de DAP en nuestro Servicio, en pacientes prematuros menores de 35 semanas y menores a 2500 gr, utilizando como droga de primera línea el ibuprofeno. Evaluar la efectividad en el cierre, número de ciclos realizados por el paciente, drogas utilizadas, y ver las variables asociadas durante la presentación del DAP.

Método: Se realizó un estudio observacional, analítico, de corte transversal, que se desarrolló en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Roque Sáenz Peña de la ciudad de Rosario, Santa Fe. Una UCIN de nivel IIIa. Se incluyeron pacientes prematuros con:

-Diagnóstico de DAP que fueron atendidos entre los meses de Septiembre del año 2022 a Julio del 2023 inclusive, a los que se les indicó tratamiento para DAP.

-Pacientes mayores a 25 semanas, menores de 35 semanas y menores de 2500 gr.

-Diagnosticados con DAP con repercusión hemodinámica por ecocardiograma según criterios de la asociación española de pediatría y Consenso SIBEN 2020 utilizados por el Servicio de Cardiología.

Se excluyeron pacientes con:

-Cardiopatías congénitas mayores, menores o iguales a 25 semanas o con peso menor de 500 gramos, malformaciones mayores y cromosomopatías.

La decisión de tratamiento con Ibuprofeno fue tomada siguiendo la guía de manejo de DAP de SIBEN de febrero del 2020. Se accedió a las historias clínicas y se construyó una base de datos en Excel. Se analizaron las variables: antecedentes perinatales (edad gestacional, sexo, peso al nacer, vía del parto, apgar al minuto y a los cinco minutos, uso de esteroides prenatales, necesidad de surfactante, comorbilidades maternas y fetales). Uso de inotrópicos y la presencia de sepsis. Fueron consignadas la edad cronológica al momento del primer ciclo, el número de dosis recibidas, si hubo necesidad de suspender y la causa, necesidad de ciclos adicionales y el número de ciclos, si recibió indometacina o paracetamol o requirió cierre quirúrgico posteriormente y los fallecimientos.

Resultado: Se evaluaron 13 pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión. Para la edad gestacional se pudo establecer que el 23.1% (n=3) corresponde a pacientes menores de 28 semanas, 61.5% (n=8) corresponde entre 28 y 32 semanas y 15.4% (n=2) a mayores de 32 semanas. Respecto al peso se analizaron 3 grupos: < 1000 gr, entre 1000-1500 gr y > 1500 gr; de los cuales la mayor parte se englobaron en el segundo y tercer grupo con 38.5% (n=5) cada uno respectivamente y sólo el 23.1% (n=3) tenía un peso < 1000 gr. En cuanto al sexo la mayor parte

pertenecía al sexo femenino con el 61.5% (n=8), mientras que el resto era masculino 38.5% (n=5). Respecto al uso de esteroides antenatales el 8.5% (n=5) de ellos recibieron maduración pulmonar completa, el 61.5% (n=8) no. En cuanto a necesidad de surfactante, el 92.3% (n=12) lo requirió y el 7.7% (n=1) no.

Según tamaño del DAP por ecocardiograma se agruparon en : menor o igual a 1.5 mm con el 23.1% (n=3), entre 1.5-2 mm el 30.8% (n=4) y mayor a 2 mm con el 46.2% (n=6).

Otros datos fueron: relación AI/Ao; se observó un valor menor a 1.4 en el 46.2% (n=6), en el 23.1% (n=3) se evidenció una relación entre 1.4-1.6, y en el 15.4% (n=2) se evidenció un valor mayor a 1.6. Mientras que un 15.4% (n=2) no fue especificado. El tercer dato fue la fracción de acortamiento. El 61.5% (n=8) tuvo un valor entre 30-40%, un 15.4% (n=2) tuvo una FA menor a 30%, un 15.4% (n=2) no fue especificado y un 7.7% (n=1) tuvo una FA mayor al 40%.

El tratamiento inicial se realizó con ibuprofeno EV con el 46.2% (n=6), ibuprofeno VO el 30.8% (n=4), indometacina con el 15.4% (n=2) y paracetamol con el 7.7% (n=1).

Conclusiones: Concluimos en base a nuestro objetivo planteado, que el tratamiento con ibuprofeno en nuestra institución fue realizado como primera línea en el 76.9% (n=10) de los casos.

El tratamiento inicial se realizó con ibuprofeno EV con el 46.2% (n=6), ibuprofeno VO el 30.8% (n=4), indometacina con el 15.4% (n=2) y paracetamol con el 7.7% (n=1).

En cuanto a los días de vida al inicio, el 46.2% (n=6), tenía 2 días de vida, el 30.8% (n=4) 1 día, el 15.4% (n=2) tenían 3 días y el 7.7% (n=1) 5 días.

El 23% (n=3), requirió un segundo ciclo de tratamiento a los 3, 6 y 8 días de vida, que se realizó uno con ibuprofeno VO y dos con indometacina. El 7.7% (n=1) del total requirió un tercer ciclo con ibuprofeno VO a los 34 días. El uso de otras drogas se debió a falta de disponibilidad del mismo (tres pacientes) y presentación de sangrado activo en uno.

El Ibuprofeno tuvo una eficacia en el cierre del ductus con el primer ciclo del 100% (n=10) del total de pacientes utilizados, constatándose por ecocardiograma ductus cerrado al finalizar.

De los 13 pacientes, 3 requirieron un segundo ciclo (realizados 2 con indometacina y 1 con ibuprofeno VO). De estos tres pacientes, uno requirió un tercer ciclo con Ibuprofeno VO. Todos por encontrarse con interurrencias infecciosas, constatando DAP cerrado al finalizar cada ciclo.

Si bien el tamaño de la muestra es pequeño, podríamos decir que desde el comienzo de su utilización en nuestro Servicio, el ibuprofeno es un tratamiento eficaz y seguro en el cierre de ductus. De igual manera se necesitan estudios mas prolongados en el tiempo y un tamaño de muestra considerable para poder afianzar estos datos iniciales.

DESCRIPCIÓN DE NEONATOS CON DIAGNÓSTICO DE ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE ENTRE 2018-2022 EN HOSPITAL LAS HIGUERAS: CARACTERÍSTICAS, MORTALIDAD Y ALIMENTACIÓN.

Carolina Friz, Macarena Sanhueza; Camila Sánchez. Hospital Las Higueras. Chile

Introducción: La Enterocolitis Necrotizante (ECN) Neonatal, alteración gastrointestinal severa y emergencia médico-quirúrgica. Los factores de riesgo modificables de Enterocolitis Necrotizante deben estudiarse y utilizarse mediante intervenciones para reducir la incidencia y el impacto.

Objetivo: Describir las características clínicas, evolución, tratamiento y sobrevida de neonatos diagnosticados con Enterocolitis Necrotizante en el Hospital Las Higueras. Además, caracterizar su alimentación y comparar variables entre neonatos fallecidos y sobrevivientes, la relación entre el tipo de alimentación con la gravedad y evolución de la ECN.

Método: Estudio tipo retrospectivo, observacional, descriptivo y analítico.

Recolección y evaluación de parámetros biomédicos, características diagnósticas, tratamiento y evolución de los neonatos. Además, alimentación y ayuno en recién nacidos con diagnóstico de ECN

en la Unidad de Neonatología del Hospital Las Higueras de Talcahuano, entre los años 2018 a 2022.

Cálculo de media y porcentajes. Análisis estadístico mediante prueba de análisis de varianza unidireccional para comparar medias y prueba chi-cuadrado para comparar proporciones.

Resultado: El 89,5% fueron prematuros y 10,5% de término. El día de sospecha de ECN promedio fue el noveno. El 100% recibió antibioticoterapia y el 15,7% tratamiento quirúrgico. El 22,2% presentó hemocultivos positivos. El inicio de terapia antibiótica desde la sospecha fue inmediato en 22% y 61% dentro de las primeras 6 horas, la duración de terapia promedio fue de 8 días. El 26,3% fallecieron, de ellos, el 60% presentó ECN tipo III y 40% eran prematuros extremos. El 44,4% requirió ventilación mecánica invasiva (VMI) y el 55,6% transfusión de glóbulos rojos. Las comorbilidades más frecuentes fueron Anemia del prematuro y Enfermedad de Membrana Hialina.

El 18,8% recibió lactancia materna exclusiva, 12,5% fórmula exclusiva y 68,7% régimen mixto. El ayuno por ECN tuvo un rango entre 78 y 287 horas. La recuperación del régimen enteral completo varió entre 2 a 48 días.

Entre neonatos fallecidos y sobrevivientes, el requerimiento de drogas vasoactivas, VMI, necesidad de intervención quirúrgica y tipo de ECN según la escala de Bell presentaron una diferencia estadísticamente significativa. No se encontró significancia estadística entre el tipo de alimentación previa al diagnóstico con la severidad y pronóstico de enterocolitis.

Conclusiones: Este estudio proporciona una visión de la Enterocolitis Necrotizante en neonatos en un entorno hospitalario chileno. Los resultados revelaron una incidencia variable con un aumento en el año 2022. La mayoría eran prematuros, pero también se observaron casos en neonatos a término, que no mostraron una ventaja significativa en términos de supervivencia, a diferencia de lo expuesto en la literatura. Se evaluaron factores estadísticamente significativos



SIBEN®

Mejorando el cuidado neonatal

en la mortalidad de pacientes con ECN. No se encontró una relación estadísticamente significativa entre el tipo de alimentación recibida previo a ECN, igualmente se caracterizó la alimentación recibida en la muestra. Aunque se han logrado avances en la atención neonatal, la ECN sigue siendo una causa importante de morbimortalidad en neonatos. La identificación de factores de riesgo modificables desempeña un papel crucial en la reducción de la incidencia y la mortalidad asociada a la ECN, este estudio contribuye en esa área, junto con exponer una realidad local y compararla con la literatura.

PRESENTACIÓN DE PÓSTERS MÉDICOS

PANTALLA B

CARACTERIZACIÓN DE LAS GESTANTES CON HTLV I/II EN LA REGIÓN DE ARICA Y PARINACOTA DESDE SEPTIEMBRE 2021 A MARZO 2023. Ximena Aramayo Seoane, Yessenia Ortunio M, Sue-Ellen Cofre G. Hospital Juan Noe Crevani Arica. Chile

Introducción: El virus linfotrópico de células T humano, denominado HTLV, fue el primer retrovirus humano descubierto en el año 1977. Virus capaces de generar infección asintomática de forma prolongada y considerado el más potente de los carcinógenos humanos.

Se transmite por contacto sexual, uso de drogas endovenosas, transfusiones de sangre y trasplante de órganos, la vía perinatal por lactancia es actualmente la más frecuente.

En Chile, en donantes de sangre, la prevalencia de HTLV-I fue mayor en mujeres, personas de mayor edad y en aquellas con residencia en la zona norte de Chile, la prevalencia en embarazadas es desconocida.

Objetivo: Caracterizar las gestantes diagnosticadas con HTLV I/II, pesquisadas en protocolo de prevención de transmisión vertical en la Región de Arica y Parinacota.

Método: La muestra son todas las gestantes confirmadas con HTLV I/II entre septiembre 2021 y mayo 2023. Se realizó una investigación descriptiva y transversal. En el segundo trimestre de embarazo se realiza tamizaje de HTLV-I/II a las gestantes, como parte del set de exámenes de rutina de embarazo. Se tamiza con pruebas de ECLIA y las reactivas, son confirmadas por inmunofluorescencia indirecta (IFI) y/o PCR en el ISP. Las gestantes positivas, ingresaron a control en el programa de Enf. Emergentes y Reemergentes, control obstétrico de alto riesgo. Se evaluaron datos: edad, población de origen, nacionalidad, ocupación, antecedentes de transfusión de sangre, tatuajes, multiparidad, abortos y comorbilidades. Se analizaron datos con SYSTAT 13 y test de χ^2 .

Resultado: Las gestantes tenían una edad media aritmética de $31,8 \pm 6,7$ años. Según el χ^2 de

análisis de tabla de una vía, existieron diferencias significativas en la población de origen 72,2% de población aymara. Hubo diferencias significativas del 83,3% de gestantes que no recibieron transfusiones. También hubo diferencia significativa en no tener tatuajes ni abortos del 83,3%. Las gestantes que no presentaron comorbilidades 37,5% de las que si presentaron, el hipotiroidismo fue la más frecuente 18,75%. Las variables: nacionalidad, escolaridad, ocupación y multiparidad, no presentaron diferencias significativas.

Conclusiones: Lo más relevante de nuestra caracterización es la etnia, similar a estudios realizados en población de etnias sudamericanas por Paiva et al con prevalencia desde 0,5 a 34% a lo largo de todo Chile, además de destacar que nuestra región es zona fronteriza con Perú y Bolivia donde la prevalencia en las etnias también puede ser alta. La ignorancia sobre el estado de portación incrementa el riesgo de transmisión y puede prevenirse de la transmisión vertical del HTLV-I/II al identificar las gestantes portadoras y discontinuar la lactancia materna.

ALIMENTACIÓN A LOS SEIS MESES DE VIDA EN PREMATUROS DE 33 A 36.6 SEMANAS, MAYORES DE 1500 GRAMOS, EN UNA MATERNIDAD PÚBLICA DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES.

Sandra Marcela Tejero, María Viviana Piombo. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Argentina

Introducción: En Argentina se realiza la Encuesta Nacional de Lactancia Materna (ENaLac) que permite evaluar y conocer la prevalencia de lactancia a nivel nacional y por jurisdicciones. En el año 2022, sobre 20193 binomios encuestados, se observó que, a los 6 meses de vida en niños de término al nacer, el 44.7% se alimentaba con lactancia exclusiva.

Objetivo:

Describir en niños prematuros de 33 a 36.6 semanas, mayores a 1500 gramos, nacidos durante el año 2022:

- El tipo de alimentación al alta neonatal y a los 6 meses de vida cronológica.

- Describir el estado nutricional del niño: al nacimiento y a los 6 meses.

Método: Diseño del estudio: observacional, descriptivo y retrospectivo.

Población: prematuros de 33 a 36.6 semanas de gestación, con peso mayor a 1500 gramos, nacidos en el HMIRS durante el año 2022 y que concurren a los programas de seguimiento de prematuros.

A partir de los registros del servicio se tomó la información referida (al momento del nacimiento así como peso, talla y perímetro cefálico a los 6 meses de edad cronológica).

Se evaluó en esas dos instancias el tipo de alimentación del paciente.

Resultado: Se incluyeron 206 neonatos, la media 34.6 semanas; (mínima 33; máxima 36) y de peso media 2.403 gramos (mínima 1.555 gramos, máximo 4.775 gramos)

Nacieron por cesárea 151 (73%) niños; de los cuales 111 (54%) fueron de sexo femenino.

Recibieron lactancia materna al alta 152 niños (74%), lactancia mixta 50 niños (24%); y con fórmula exclusiva 3 (2%) niños.

A los 6 meses de vida continuaron el seguimiento 156 niños (75.8%). De ellos recibieron lactancia materna exclusiva 61 niños(39%), lactancia mixta 62 niños(39%) y fórmula exclusiva 33 (22%).

En relación con el estado nutricional, al nacer 129 (63%) niños tenían peso adecuado, 9 (4.5 %) eran bajo peso y 67 (32.5%) tenían alto peso para su edad gestacional.

A los 6 meses de vida sobre 156 niños que continuaron el seguimiento, 104 (66%) presentaron peso adecuado y 52(34%) alto peso.

Conclusiones: A los 6 meses de vida continuaron el seguimiento 156 niños (75.8%) y de ellos recibieron lactancia 79%, (exclusiva 39%, mixta 39%).

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE NEONATOS DE MADRES ADOLESCENTES EN UNA INSTITUCIÓN DE NIVEL III DE UNA REGIÓN DE MEDIANOS INGRESOS 2019 – 2021. Javier Torres Muñoz, Carlos Alberto Jiménez-Fernández, María Juliana Aldana Hoyos,

Juan José Meneses. Universidad del Valle. Colombia

Introducción: El embarazo adolescente es un problema de salud pública a nivel mundial. Según la OMS el 11% de los nacimientos en el mundo corresponden a madres adolescentes y de estos más del 90% ocurren en países y regiones de medianos y bajos ingresos. Estudios previos han demostrado que el embarazo adolescente aumenta el riesgo de desenlaces perinatales adversos. Para el 2019, Colombia fue uno de los 9 países de América Latina con mayores tasas de embarazo en adolescentes.

Objetivo: Caracterizar aspectos sociodemográficos, clínicos y desenlaces de neonatos producto de embarazos en adolescentes que ingresaron a la unidad de cuidado intensivo neonatal del Hospital Universitario del Valle, en la ciudad de Santiago de Cali, durante el periodo de enero del 2019 a diciembre del 2021. ¿Cuál es el comportamiento de la morbimortalidad en hijos de madres adolescentes, nacidos en el Hospital Universitario del Valle, en la ciudad de Santiago de Cali entre Enero del 2018 a Diciembre del 2020?

Método: ¿Cuál es el comportamiento de la morbimortalidad en hijos de madres adolescentes, nacidos en el Hospital Universitario del Valle, en la ciudad de Santiago de Cali entre Enero del 2018 a Diciembre del 2020?

Estudio analítico de corte transversal, de 6646 neonatos que ingresaron a la UCI neonatal entre enero 2019 a diciembre 2021. La población fue dividida en: menores de 19 años (494) y mayores de 20 a 24 años (643). Las variables cuantitativas se le calcularon medidas de tendencia central y dispersión y las variables categóricas se presentan en frecuencias y porcentajes. Se construyeron modelos de regresión logística para evaluar fuerzas de asociación crudas y ajustadas entre el embarazo adolescente, los aspectos sociodemográficos y clínicos de interés y se realizó procesamiento de los datos en STATA 14. Aprobado por el comité de ética de la Universidad del Valle y Hospital Universitario del Valle.

Resultado: El rango de la edad materna fue entre los 12 a 19 años. En el análisis bivariado se evidenció un número significativo (67 casos $p=008$) de malformaciones congénitas. Al realizar el OR ajustado con las variables significativas de las menores de 19 años al compararlas con las maternas entre 20 a 24 años, se encontró una probabilidad de escolaridad hasta la primaria de 4.57 veces mayor (OR 4.57 IC95% 3.35 – 6.24), no tener compañero 1.80 veces (OR 1.80 IC95% 1.25 – 2.60), menor uso de la planificación familiar 1.48 veces (OR 1.48 IC95% 1.06 - 2.07) y menos de 3 controles prenatales 1.75 veces (OR 1.75 IC95% 1.19 - 2.55). En las variables clínicas se evidenció mayor oportunidad de prematuridad 1.50 veces (OR 1.50 IC95% 1.08 – 2.08). Al realizar el ajuste no se encontró significancia estadística en la procedencia, malformaciones congénitas mayores, gastrosquisis y hemorragia intraventricular.

Conclusiones: Este estudio identifica que los recién nacidos de madres adolescentes presentan factores sociodemográficos que influyen en su gestación, tales como madres con menor planificación, menor nivel de escolaridad, estado civil sin compañero y menor control prenatal, lo que los condiciona a una probabilidad mayor de nacimiento prematuro. Se observaron componentes de los determinantes sociales de la salud y el acceso a la atención, que deben ser considerados por las autoridades en salud para desarrollar modelos de intervención y atención.

Reconocemos el apoyo del grupo de trabajo del Hospital Universitario del Valle, que participaron en esta investigación en especial al personal de las unidades de cuidado intensivo neonatal.

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses respecto del contenido de este manuscrito.

Este trabajo fue financiado íntegramente por la Universidad del Valle.

CHIKUNGUNYA CONGENITO. Ilsa Carolina Britze Martinez, Rodrigo Valdez, Leticia Gini, Robert Cuellar, Iván Allende, Claudia Fanego, Isabel

Mattio, Cristina Guerin, Gloria Veron. Hospital General de Barrio Obrero. Paraguay

Introducción: El virus Chikungunya produjo una epidemia de baja magnitud en el año 2015 y en aquella oportunidad no se registraron casos congénitos en el país. Sin embargo, en la epidemia que se inició en diciembre 2022 y que afecta preferentemente a poblaciones de Asunción, vigente hasta el momento, se han registrado miles de consultas y decenas de internaciones, entre estas de mujeres gestantes en trabajo de parto, próximas a la terminación del embarazo o en el puerperio inmediato. Así mismo, se registraron varios casos de Chikungunya en los recién nacidos expuestos en el momento del parto, configurando lo que denominamos Chikungunya congénita o de transmisión vertical.

Objetivo: Caracterizar los casos de Chikungunya congénita evaluando la dinámica en el binomio madre-recién nacido.

Método: Trabajo retrospectivo, con base en la revisión de expedientes de recién nacidos con el diagnóstico de Chikungunya congénita o de transmisión vertical y los de sus madres, en el periodo comprendido entre enero y abril 2023.

Resultado: Durante el periodo del estudio, ingresaron 7 pacientes con Chikungunya congénito, confirmados por laboratorio rt PCR o serología. El grupo etario materno más vulnerable fue de entre 19 a 30 años, procedentes todas de zonas urbanas, con un control prenatal suficiente (>5) y bolsa íntegra el 100%, la vía del parto en un 57,1% fue cesárea y 41% vaginal. Con un líquido meconial en el 42,85%, que se asoció a otras patologías maternas concomitantes. El 85,7% tenían un resultado por rt PCR positivo y solo 1 caso por serología. El 71,4% estaba entre 1y2 día de la enfermedad en el momento del parto. El promedio de edad en días de presentación de síntomas en el recién nacido fue de 3,5 días. El 85,7% fue de término. Con un peso adecuado para la edad gestacional en el 100%. El sexo más frecuente el femenino, en un 57,1%. En cuanto a la sintomatología, en un 71% ingresaron por

fiebre, seguido por rechazo alimentario y signos de deshidratación. En su evolución, Se observó mucositis en el 42,8%. El 71% presentaron shock séptico y asociado a miocarditis en el 42%. Se utilizó como tratamiento en la miocarditis la inmunoglobulina. El promedio de internación fue de 14,7 días. El 100% fue dado de alta en buenas condiciones.

Conclusiones: Las madres eran procedentes de zonas urbanas, la edad más afectada fue entre 19 y 29 años, que dieron a luz entre el 1º y 3º día del inicio de los síntomas. En la fase aguda los síntomas más frecuentes fueron la fiebre y lesiones en piel en el recién nacido. El diagnóstico se realizó por clínica y se confirmó por rtPCR y serología. El diagnóstico y tratamiento oportuno, así como el trabajo en equipo demostró que se puede prevenir un desenlace fatal en estos recién nacidos.

EVOLUCIÓN DURANTE LA INTERNACIÓN DE UNA COHORTE DE NEONATOS CON MIELOMENINGOCELE.

Salomé Landivar Ramallo, Silvia Andrés. Hospital Garrahan. Argentina

Introducción: El mielomeningocele (MMC) es un defecto del cierre del tubo neural, siendo la segunda causa de malformaciones congénitas asociada a discapacidad grave y mortalidad. En Argentina, se estima una prevalencia de 6.3 cada 10.000 nacidos vivos. La prevención y el tratamiento perinatal oportuno y en centros de alta complejidad es fundamental para mejorar la evolución de los pacientes.

Objetivo primario: Describir las características de la población seleccionada y su evolución durante la internación.

Objetivo secundario: describir las complicaciones más frecuentes en el período neonatal.

Método: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y observacional de los pacientes con diagnóstico de MMC. Incluyeron los MMC que ingresaron al Área de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Garrahan desde 01/01/2015 al 31/12/2021.

Resultado: 81 pacientes (39 Masc-42 Fem). Procedencia 84% Provincia de Buenos Aires, 7%

CABA, 9% otras provincias. Características Neonatales (Medianas y rangos): Peso Nacimiento 3.1250 g (950-4.450), edad gestacional 38 sem (29-41), 74% ingresaron el 1º día de vida, diagnóstico prenatal 75 %, edad gestacional al diagnóstico 30,1 semanas (15-41), edad materna 27 años (15-44), días de ARM 1 (1-16), 17 (8-85) días de internación, 79 % se realizó cierre del defecto el 1º día de vida. Sobrevida al alta 95%. Un tercio de los fallecidos (n=2) presentaron malformaciones mayores asociadas. Complicaciones posquirúrgicas: 4 % infección de sitio quirúrgico, 6% fístula de líquido cefalorraquídeo (LCR), 41 % requirieron válvula de derivación ventriculoperitoneal. El 97% tuvo seguimiento en consultorio multidisciplinario de MMC post alta. El 53% se internaron en el primer año de vida, un 34% por causas relacionadas a la enfermedad de base.

Conclusiones: El cuidado perinatal multidisciplinario en hospitales de alta complejidad y el seguimiento al egreso permite mejorar la evolución de esta grave malformación. El diagnóstico prenatal fue tardío para abordar algún tratamiento fetal, siendo necesario mejorar la pesquisa. Conocer los datos de la evolución de nuestros pacientes nos permite prevenir las complicaciones más frecuentes, y acompañar a los padres en la transición al seguimiento ambulatorio, ya que si bien la sobrevida es alta, se trata de una cohorte de pacientes con mucha morbilidad asociada.

USO DE FUROSEMIDA EN NEONATOS Y LACTANTES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES.

Sofía, Rittatore, Geraldine, Richter; Jesica, Otaño; Monica, Travaglianti. Hospital de Pediatría J. P. Garrahan. Argentina

Introducción: La Furosemida es un diurético de asa que actúa estimulando la excreción hidrosalina a nivel renal. En la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) es utilizada off label y en dosificaciones variables. Es el diurético más indicado y se encuentra entre los diez medicamentos más prescritos en UCIN.

Objetivo: El objetivo de este trabajo es describir las prácticas de dosificación y motivos de prescripción de Furosemida en la UCIN del Hospital Garrahan.

Método: Estudio observacional descriptivo de cohorte retrospectiva. Los datos se obtuvieron de la revisión de historias clínicas. Se incluyeron todos los pacientes con indicación de furosemida internados en UCIN entre enero y diciembre del año 2022. Se excluyeron aquellos que recibieron dosis única aislada. Las variables analizadas fueron: edad gestacional (EG), días de vida, peso al nacer (PN), motivo de indicación, dosis, vía, frecuencia, días de tratamiento. En el análisis descriptivo las variables numéricas fueron resumidas como medidas de tendencia central y dispersión según distribución y las variables categóricas como %.

Resultado: Ingresaron al estudio 84 pacientes, registrándose un total de 107 tratamientos con Furosemida. 51 eran neonatos y 33 lactantes, con una mediana de EG de 37 (RIQ 35-38) semanas y PN 2900 (RIQ 2199-3470) g. El sexo femenino representó el 36.9% y el masculino 63.1%. El motivo de indicación más frecuente fue la sobrecarga de volumen de origen cardiaco (73,8%). La vía de administración oral fue la más utilizada: 30 pacientes (35,7%). Para la vía oral, la mediana de dosis fue de 1,16 (RIQ 0.97-1.97) mg/kg/día y para la endovenosa intermitente fue de 1.18 (RIQ 0.96-1.95)mg/kg/día. En infusión continua el rango de dosis fue de 0,03 a 0,5 mg/kg/h. La frecuencia de administración cada 12 h fue la más utilizada. La mediana de días de vida al inicio de la indicación fue de 26. En cuanto a la duración del tratamiento el 29% recibió menos de 7 días, el 21% de 7-14 días; el 32% de 15-30 días y el 18% mayor a 30 días; con una mediana de 15 días.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes recibieron dosis dentro de los rangos sugeridos, excepto en infusión continua y endovenosa intermitente; tanto la frecuencia como la dosis de administración no fueron diferenciadas por EG. Los motivos de indicación en nuestra UCIN coinciden con los descritos en la literatura. Si bien

esta cohorte describe el uso de Furosemida durante un año, son necesarios estudios prospectivos y de mayor duración para poder evaluar la aparición de efectos adversos.

EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN SENSORIOMOTORA PARA DISMINUIR LA EDAD POSTCONCEPCIONAL EN QUE PREMATUROS MENORES DE 30 SEMANAS ALCANZAN ALIMENTACIÓN TOTAL ORAL INDEPENDIENTE.

Nestor Rosendo; Aparicio Nancy, Orellano Angeles, Agustina France, Ahumada Natalia. Hospital Interzonal Especializado en Pediatría Sor María Ludovica. La Plata, Bs As. Argentina

Introducción: Los recién nacidos prematuros que reciben cuidados en las unidades de internación neonatales frecuentemente experimentan dificultades en la alimentación oral debido a la inmadurez de sus sistemas, entre ellos los sistemas cardio respiratorio, neurológico y sensoriomotor-oral. Las dificultades para lograr la alimentación oral independiente entorpecen la vinculación madre-hijo y prolongan la estadía hospitalaria.

Objetivo: Evaluar la efectividad de una intervención sensoriomotora táctil intra y extraoral, propioceptiva y vestibular en niños prematuros menores de 30 semanas sobre la forma de alimentación, utilizando grupo control.

Método: Estudio prospectivo, analítico, cuasi experimental, de tipo antes y después. Se incluyeron 22 niños entre mayo del año 2018 y diciembre del 2021. Se analizaron variables como peso, edad al nacer, presencia de hemorragia intracraneana, leucomalacia periventricular y enterocolitis necrotizante. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 20 de Windows.

Resultado: Ambos grupos fueron comparables en peso al nacimiento y en edad gestacional. La complejidad fue diferente, dado que el grupo en estudio fue significativamente más complejo. Los niños del grupo de estudio lograron en promedio la primera toma por vía oral 11 días antes que el grupo control. El grupo de estudio alcanzó la

alimentación total con una mediana de 39,20 semanas RIQ (Q1-Q3) de 37 y 41. El peso al momento de alcanzar las 8 tomas fue de 2170 g de mediana y RIQ de 2025 y 2575 g.

Conclusiones: El trabajo muestra como una intervención táctil, propioceptiva y vestibular acorta el tiempo en días para que niños prematuros menores de 30 semanas de EPM reciba alimentación completa e independiente. Los resultados son preliminares debido a que la muestra es pequeña, sentando las bases para el diseño de un estudio multicéntrico.

El presente trabajo de investigación ha sido evaluado y aprobado por el Comité Institucional de Revisión de Protocolos de Investigación CIRPI, incluyó carta de consentimiento informado a los padres y no contó con financiamiento alguno. No existen conflictos de interés de ninguno de los autores.

CARACTERIZACION Y DESENLACES DE LA GASTROSQUISIS EN DOS INSTITUCIONES DE UN PAIS DE MEDIANOS INGRESOS EN CALI COLOMBIA 2018 Y 2022. Javier Torres Muñoz, Luis Mauricio Figueroa Gutiérrez, Mariana Ángel Correa, Sofia Torres Figueroa, José Félix Ibarra Mera. Universidad del Valle. Colombia

Introducción: La gastrosquisis es un defecto congénito de la pared abdominal, siendo el más común, con un aumento en su incidencia de 2 a 10 veces en el mundo y una tasa de mortalidad que varía según su clasificación.

Objetivo: Evaluar el comportamiento y desenlaces de la gastrosquisis durante el año 2018 a 2022 en el Hospital Universitario del Valle y la Clínica Versalles de la ciudad de Cali Colombia, representan más del 60% de los nacimientos de la ciudad.

Método: Pregunta de investigación ¿Cuál es la caracterización y los desenlaces de la gastrosquisis en un país de medianos ingresos en un periodo de cuatro años? Metodología: Estudio observacional, transversal en dos unidades de cuidado intensivo. Información se tomó de historias clínicas, de enero 2018 a junio de 2022. La muestra fue por conveniencia.

Los datos se almacenaron en el software Epi Info versión 7.2.5.0 y procesados en software Stata versión 14[®]. Se calcularon las medidas de tendencia central y de dispersión. En el análisis bivariado, se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk para evaluar normalidad, se aplicó pruebas de hipótesis como: Prueba t de Student, ANOVA y test de Wilcoxon para dos grupos y de Kruskal-Wallis para más grupos. Para variables categóricas prueba de chi cuadrado o exacta de Fisher. Se uso un modelo de regresión logística para explorar las asociaciones entre las covariables y la variable de interés, con una significancia estadística del 5%. Aprobado por el comité de ética de las 2 instituciones y la Universidad del Valle.

Resultado: Se evaluaron 58 bebés, la tasa correspondió a 1/1000 nacidos vivos. Menores de 19 años 50%; 93% edad gestacional mayor a 33 semanas. Niñas 56,90%, la mediana de peso 2,215g. (1,440 – 3,240 g.), el 32,70% presento gastrosquisis complicada, y otras malformaciones 42.10% (cardíacas 34% y renales 17%). La asociación entre el desenlace mortalidad vs los factores quirúrgicos y clínicos, evidencio que gastrosquisis complicada aumenta la probabilidad de fallecer 4.90 veces (OR 4.90 IC del 95% 1.33 – 18.99 p=0.01), sepsis 8.76 veces (OR 8.76 IC95% 1.04 – 73.35 p=0.04), síndrome compartimental 12 veces (OR 12 IC95% 2.42-59.45 p=0.00), isquemia intestinal 37.71 veces (OR 37.71 IC95% 3.92 – 362.23 p=0.00), Hipertensión pulmonar 5 veces (OR 5 IC95% 1.17 – 21.39 p=0.03), neumonía 5 veces (OR 5 IC95% 1.16 – 21.39 p=0.03), Injuria renal aguda 7.58 veces (OR 7.58 IC95 1.89 – 30.39 p= 0.00) y no lograr el cierre 14.28 veces (OR 14.28 IC95% 2.30 – 88.68 p= 0.00).

En el modelo ajustado con las variables significativas evidencio que la gastrosquisis complicada aumenta la probabilidad de muerte 22.25 veces (OR 22.25 IC95% 1.40 – 323.31 p=0.02), igualmente el síndrome compartimental (OR 30.32 IC95% 1.56 – 598.50 p=0.02) e isquemia intestinal (OR 187.43 IC95% 2.42 – 14507 p=0.01).

Conclusiones: La tasa de gastrosquisis es mayor a lo reportado en otros países, se evidencia una importante frecuencia de gastrosquisis complicada que incide en la mortalidad y las complicaciones quirúrgicas, por lo que se deben realizar estudios que identifiquen factores asociados a su incidencia y mejore las intervenciones obstétricas, quirúrgicas y neonatales en países de medianos y bajos ingresos.

Agradecimiento: Reconocemos el apoyo del grupo de trabajo de las dos instituciones Hospital Universitario del Valle y la Clínica Versalles, que participaron en esta investigación en especial al personal de las unidades de cuidado intensivo neonatal.

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses respecto del contenido de este manuscrito. Este trabajo fue financiado íntegramente por la Universidad del Valle.

ACTUALIZACIÓN GASTROSQUISIS EN UNA MATERNIDAD DE TERCER NIVEL EN ROSARIO, SANTA FE, ARGENTINA. ENERO A AGOSTO 2023.

Guillermina Ré, Elisabet Fabbro. Maternidad Martin de Rosario. Argentina

Introducción: La gastrosquisis es un defecto congénito de la pared abdominal, a través del cual se produce la protrusión del contenido abdominal desprovisto de un saco que lo recubre. La incidencia es de 3 a 4 cada 10.000 recién nacidos vivos y se encuentra en aumento.

Se clasifica como: gastrosquisis simple (sin lesiones intestinales) y compleja (con anomalías intestinales asociadas como atresia, necrosis, perforación). A pesar de que las alteraciones intestinales son frecuentes, las malformaciones sistémicas son muy poco frecuentes. El tratamiento es quirúrgico, se puede realizar el cierre temprano de la cavidad abdominal o colocar un silo tipo Schuster y realizar la reducción progresiva del contenido.

Objetivo: Describir las características epidemiológicas y la evolución clínica de los

recién nacidos con diagnóstico de gastrosquisis en una maternidad de complejidad 3A.

Método: Estudio descriptivo, retrospectivo, observacional basado en el análisis de las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de gastrosquisis nacidos desde enero hasta agosto del 2023 en la Maternidad Martin de Rosario, Santa Fe, Argentina.

Resultado: Nacieron en la Maternidad Martin en el período previamente mencionado cinco niños con diagnóstico de gastrosquisis, con una prevalencia del 2,2 cada 1000 RN.

Todos los casos fueron diagnosticados por ecografía prenatal, en promedio a las 17 semanas de edad gestacional (EG). Todas las madres eran primigestas, con una media de edad de 17,5 años. Una sola refirió consumo de marihuana. Dos tenían antecedente de sífilis tratada. Una tenía antecedente de hipertensión gestacional (labetalol) e hipotiroidismo.

Todos los pacientes nacieron por cesárea electiva a una EG promedio de 35.5 semanas. Sólo dos fueron realizadas de urgencia: por hipertensión materna (35 semanas) y por doppler fetal alterado (36 semanas).

La distribución por sexo fue 60% masculino y 40% femenino. Todos nacieron vigorosos, con un promedio de peso al nacer de 2448 gramos. Todas fueron asumidas como gastrosquisis simple, realizándose el cierre primario en las primeras dos horas de vida, sin complicaciones inmediatas.

Un solo paciente presentó síndrome compartimental abdominal a las 24 horas del postoperatorio, se reintervino quedando con el abdomen abierto y contenido. Finalmente, a las cuarenta y ocho horas se decide desfuncionalizar, realizando yeyunostomía proximal. Actualmente se encuentra en estudio por sospecha de Fibrosis quística.

Los pacientes requirieron ARM con una mediana de 5 días, al igual que los días de fentanilo. Se utilizaron accesos venosos percutáneos y se inició nutrición parenteral (NPT) a las 24 horas de vida. En promedio, requirieron 19 días de NPT, iniciaron alimentación enteral a los 13.4 días,

alcanzando volumen enteral total a los 18.2 días. Los días de internación fueron 29.

Conclusiones: La gastrosquisis es una patología quirúrgica cuya incidencia se encuentra en aumento. Es clave el diagnóstico prenatal para realizar el seguimiento adecuado y programar el nacimiento en un centro con la complejidad necesaria, que permita resolverlo de manera precoz y disminuir la morbimortalidad perinatal.

NATALIDAD, MORTALIDAD Y EVOLUCION CLINICA DEL RECIEN NACIDO PREMATURO TARDIO EN NEONATOLOGIA DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL 1° DE MAYO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2017.

Roxana Andrea Vásquez Ramón. ISSS 1 Mayo. El Salvador

Introducción: La presente investigación estudiara al grupo de recién nacidos de edad gestacional comprendida entre las 34 a 36 6/7 semanas de edad gestacional, debido a que este grupo es considerado entre las diferentes literaturas como “el gran olvidado” ya que por estar cerca de llegar a la edad gestacional de término, se nos olvida a la gran mayoría de los médicos pediatras y neonatólogos que es un grupo con factores de riesgo importantes y muy diferentes a un recién nacido de término, ya que pueden presentar en su mayoría al menos una de las siguientes complicaciones como hipoglicemia, hiperbilirrubinemia patológica, distrés respiratorio, inestabilidad térmica entre otros, poniendo en riesgo la vida...

Objetivo:

☐ Conocer la natalidad, mortalidad y evolución clínica del Recién nacido de 34 a 36 6/7 semanas, en neonatología del Hospital Materno Infantil 1° Mayo de Enero a Diciembre de 2017

Específicos

- ☐ Establecer la tasa de natalidad y mortalidad de los prematuros de 34 a 36 6/7 semanas.
- ☐ Conocer como la prematuridad tardía incide en la presencia de síndrome de distrés respiratorio.
- ☐ Conocer como prematuridad tardía incide en el incremento de la ictericia neonatal patológica.
- ☐ Identificar la presencia de hipoglicemia a consecuencia de la prematuridad tardía

☐ Determinar el promedio de estancia hospitalaria de prematuro de 34 a 36 6/7 semanas que presenta complicaciones.

☐ Guia

Método:

Estudio retrospectivo y descriptivo. Corte transversal.

Población:

Se estudiaron recién nacidos de 34 a 36 6/7 semanas nacidos entre enero y diciembre de 2017. Datos tomados del SIMOW.

Se sumaron el total de nacidos la cual corresponderá al universo y se tomó la muestra a estudiar

Resultado:

El comportamiento del prematuro tardío y la adaptación al medio extrauterino posterior a su nacimiento es diferente al recién nacido de término debido al desarrollo aun deficiente de los diferentes sistemas reguladores del organismo, aunque a simple vista puedan parecer que no, esto nos ha llevado a diferenciar y estudiar por separado a este grupo de recién nacidos.

Por un lado según los resultados obtenidos en esta investigación observamos que en la muestra representativa tomada de 395 pacientes el mayor porcentaje de nacimientos fue en los prematuros de 36 semanas de gestación, mismo grupo etario que se repite en el porcentaje de mortalidad equivalente al 46.7% de un total de 15 fallecidos en el año y una tasa de mortalidad del 9.9%.

En cuanto a las morbilidades asociadas y los factores de riesgo se revisaron aquellas más frecuentes, observándose que el 51.9% de estos recién nacidos presentan dificultad respiratoria al nacer y de estos un 12% conlleva a la necesidad de soporte ventilatorio dando como resultado una mayor estancia hospitalaria.

La hipoglicemia asociada a la prematuridad obtuvo un porcentaje bajo con respecto al número de pacientes con tan solo el 9%, siendo este uno de los factores más importante de consulta posterior al alta y reingresos de este grupo de recién nacidos, que en ocasiones es causada por pobre succión o mayor gasto energético.

Además se encontró que el 24% de la muestra equivalente a 395 recién nacidos presento ictericia patológica necesitando tratamiento para contrarrestar los efectos secundarios de este padecimiento. Todo esto conlleva al aumento de los días de estancia hospitalaria los cuales se separaron por intervalos de 9, sien...

Conclusiones:

- El manejo del prematuro tardío debe llevarse a cabo de manera individualizada y por separado, con respecto a los recién nacidos de término debido a la inmadurez en el desarrollo de sus sistemas reguladores la cual conlleva a complicaciones.
- La importancia de prevenir un nacimiento prematuro aunque este esté cerca de llegar al término radica en la disminución de la morbilidad, mortalidad y disminución del gasto hospitalario.
- La presencia de dificultad respiratoria del recién nacido prematuro tardío es alta, por lo tanto el manejo inmediato de este en las primeras horas de vida es importante.
- A pesar de que la presencia de hipoglicemia en esta muestra fue bajo, el monitoreo de niveles de glucosa es vital en estos recién nacidos independientemente del peso que presente al nacer, ya que su fisiopatología sigue siendo la misma de un prematuro.
- La ictericia patológica está presente en un porcentaje importante en este grupo de pacientes, en necesario el chequeo de bilirrubinas rutinario (por piel es un método menos invasivo) durante su estancia hospitalaria y previo al alta.
- Los días de estancia hospitalaria de este grupo de pacientes es más prolongada por las complicaciones asociadas a su prematurez, incrementando el riesgo de infecciones nosocomiales, por lo tanto la manera de mejorar este problema es prolongar el nacimiento hasta el término.

INFECCIÓN POR VIRUS CHIKUNGUNYA EN PACIENTES NEONATOS. Torres Monroy, Iara Joel, Deschutter, E. Verónica; Zelaya, Fabian. Hospital Materno Neonatal- Posadas, Misiones. Argentina

Introducción: La fiebre chikungunya (CHIKV) es una enfermedad viral emergente causada por el virus Chikungunya, se transmite a través de la picadura de artrópodos como *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*. Otras formas de transmisión se produce cuando la mujer tiene viremia en el período periparto, pudiendo alcanzar un 49% de transmisión vertical. El CHIKV puede afectar a mujeres y hombres de todas las edades. Los neonatos pueden desarrollar formas atípicas y más graves. En las últimas semanas del 2022 se observó un aumento de casos en Paraguay. En las primeras semanas de 2023, en Argentina, se notificaron los primeros casos autóctonos. A continuación se describirán 6 casos clínicos de neonatos con infección

Objetivo: Describir 6 casos clínicos de neonatos con infección por virus Chikungunya detectados en el Hospital Materno Neonatal de la ciudad de Posadas, Misiones en los meses de marzo y abril del año 2023

Método: Se trata de un reporte de casos retrospectivo. Los datos obtenidos fueron a través de Historia Clínica informatizada RISMI, sobre Recién nacidos de personas gestantes con infección por virus Chikungunya atendidos en el Hospital Materno Neonatal, de Posadas Misiones. **Resultado:** En los pacientes incluidos en esta serie de casos la infección por CHIKV no fue grave, sin embargo en el 50% de los mismos hubo compromiso de sistema nervioso central (SNC). Con respecto a la vía de transmisión estimamos que el 83% fue de transmisión vertical y el restante vectorial.

Conclusiones: Si bien la bibliografía consultada muestra porcentajes menores de transmisión vertical, nuestro número de pacientes incluidos fue una limitante.

PRESENTACIÓN DE PÓSTERS MÉDICOS **PANTALLA C**

SERIE DE CASOS. ANOMALÍAS VASCULARES TRATADAS CON SIROLIMUS PERIORAL COMO ANTIPROLIFERATIVO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES. Lorena Altamirano, Geraldine Richter, Carla Martinez, Mónica Travaglianti. Hospital "Prof. Dr. Juan P. Garrahan". Argentina

Introducción: Las anomalías vasculares (AV) componen un espectro de lesiones amplio y heterogéneo. Se originan entre la 4-10° semana de vida intrauterina. Las más frecuentes corresponden a tumores o malformaciones arteriales, linfáticas y venosas. El sirolimus (inhibidor de mTOR) se utiliza en el tratamiento (tto) de estas AV en forma off-label. La evidencia de la dosis de tratamiento en neonatos y lactantes es limitada.

Objetivo: El objetivo es describir las AV tratadas con sirolimus en la unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital de Pediatría J.P. Garrahan.

Método: Se efectuó un análisis retrospectivo de los pacientes internados en UCIN con diagnóstico de AV que recibieron sirolimus solución oral 1 mg/mL (Rapamune®) en forma SL desde Enero de 2018 hasta Marzo de 2023. Las variables analizadas fueron: tipo de AV, edad gestacional (EG); dosis, frecuencia inicial y ajustada por dosaje, rango terapéutico objetivo (RT), número de días necesarios para alcanzar el RT, concentraciones plasmáticas (cp), tto concomitante y tipo de respuesta, motivo de suspensión y efectos adversos (EA).

Resultado: Catorce pacientes fueron internados con diagnóstico de AV. Las localizaciones de presentación descritas: cervical (50%), hepática (21%), mediastinal(8%) y otras(21%). Los tipos de AV identificadas fueron: siete tumores vasculares tipo Rich, dos Linfangio-endoteliomatosis (multifocal y segmentaria), una hemangiomasitosis múltiple; cuatro malformaciones linfáticas. Doce de ellos iniciaron el tratamiento con Sirolimus, con una mediana de EG de 37.5 semanas (31-41). La dosis inicial del 58% fue 0,5 mg/m²/día con frecuencia cada 24h (7/12). La dosis ajustada más

frecuente fue de 0,5 mg/m²/día cada 24h. El rango terapéutico objetivo fue variable entre 5-15 ng/mL. La mediana en alcanzar el RT fue 12 días (7-57); el 64% logró concentraciones mínimas plasmáticas. El 78% de los pacientes recibió tto concomitante: 14,3% con propranolol, 21,4% con corticoides, 7,2% escleroterapia y 35,7% combinado. La tasa de respuesta con mejoría parcial o completa fue del 83%. El 71,4% de tratamientos fueron suspendidos, siendo la causa más frecuente sepsis (40%) seguida de dosaje supraterapéutico (30%). Los EA identificados fueron dislipemias 14,3% y alteraciones en el hepatograma 7,1%.

Conclusiones: Las AV de presentación neonatal suponen un reto diagnóstico dada la escasa semiología e historia evolutiva. Se enfatiza en la importancia del Diagnóstico Prenatal para el manejo temprano y multidisciplinario a fin de lograr una mejoría en la calidad de vida del paciente. En la actualidad, distintos protocolos están en desarrollo y existe solo un trabajo que reporta la administración SL de sirolimus en un neonato. Las DI publicadas varían ampliamente en la bibliografía a partir de dosis pediátricas reducidas, variando los intervalos cada 12-24-48 h y posteriormente ajustadas según dosaje. En nuestra experiencia las DI y mantenimiento para el tto de las AV fueron variables, siendo necesario establecer rangos terapéuticos, DI y pautas de monitoreo con consensos interdisciplinarios a fin de evitar toxicidad, aparición de EA o falta de eficacia.

DIAGNÓSTICO DE DISPLASIAS ESQUELÉTICAS EN RECIÉN NACIDOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL MI PUEBLO DE FLORENCIO VARELA EN UN PERÍODO DE 11 AÑOS. Mercedes Villanueva, Cecilia Iraira. Virginia Peñalver. Hospital ZGA Mi Pueblo. Florencio Varela. Buenos Aires. Argentina

Introducción: Las displasias esqueléticas (DE) son un grupo heterogéneo de enfermedades caracterizadas por la alteración primaria del tejido óseo y/o cartilaginoso.

Se estima que la incidencia es de 1 cada 4.000 recién nacidos vivos (RNV). El diagnóstico postnatal es radiológico, si bien algunos signos pueden ser sugestivos ecográficamente. Los criterios ecográficos de sospecha en la etapa prenatal son la presencia de polihidramnios, huesos largos cortos, la presencia de translucencia nucal aumentada y/o hidrops fetal. Los criterios clínicos de sospecha postnatal son la baja talla tórax estrecho y desproporción de segmentos en relación al tronco.

Objetivo: Describir los casos de DE asistidos por el equipo de medicina feto-neonatal.

Método: se realizó el análisis retrospectivo de historias clínicas (HC) y radiología de los RNV con DE del Servicio de Neonatología del Hospital Mi Pueblo de Florencio Varela en el periodo entre enero 2012 a agosto 2023. Se analizó datos clínicos de 13 RN (sexo, peso, talla, PC, EG, edad materna, diagnóstico prenatal, radiología, comorbilidades, requerimientos de ARM, sobrevida, y asesoramiento genético).

Resultado: 7 RN de fenotipo masculino y 6 femenino. 10/13 con diagnóstico prenatal de DE. 7/10 el diagnóstico posnatal fue coincidente con el sugestivo prenatal (5 pacientes con osteogénesis imperfecta (OI), 1 con displasia campomelica, 1 con displasia diastrófica). La edad media materna fue de 25,5 años (17-41).

Radiológicamente 12 tuvieron diagnóstico etiológico específico de DE (1 confirmado con molecular): 5 presentaron diagnóstico de OI, 1 displasia campomelica, 1 displasia diastrófica, 1 acondrogenesis tipo Ib, 1 displasia epifisaria múltiple, 1 displasia espondilocostal, 1 con displasia de Jeune, 1 con Acondroplasia/hipocondroplasia. En un paciente la DE no logró ser caracterizada en base a la radiología y clínica.

De los 13 RN analizados: 4 fallecieron en las 1^o 24 hs de vida (2 con OI, 1 con Acondrogenesis tipo Ib, 1 con displasia campomelica), 1 paciente en la etapa perinatal (displasia diastrófica), 1 RN falleció a los 66 días con de Displasia de Jeune, 2 pacientes postalta (un con OI y otro con una DE no caracterizada), 2 pacientes con OI fueron derivados desconociéndose sobrevida y 3

pacientes presentan actualmente sobrevida (uno con Acondroplasia, uno con displasia espondilocostal, una paciente con displasia epifisaria múltiple). 3/14 requirieron AVM, 2/14 presentaron comorbilidades asociadas.

Conclusiones: La heterogeneidad clínica, radiológica y de pronóstico variable requiere de un seguimiento multidisciplinario, para el manejo clínico adecuado de las pacientes y los recién nacidos. En el seguimiento prenatal y perinatal de los pacientes se encuentran involucrados como parte del equipo perinatal: neonatólogos, obstetras, ecografistas, psicólogos y genetistas.

El impacto del diagnóstico de displasia esquelética en el periodo perinatal requiere de un manejo multidisciplinario para el diagnóstico etiológico de certeza, el asesoramiento genético para la toma de decisiones reproductivas de la familia y el adecuado manejo clínico de la paciente y del recién nacido.

CARACTERIZAÇÃO DO MICROBIOMA INTESTINAL EM RECÉM-NASCIDOS COM DEFEITOS CONGÊNITOS DO TRATO GASTROINTESTINAL SUBMETIDOS À CORREÇÃO CIRÚRGICA [TESE].

Vargas NSO. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina. Brasil

Introdução: O epitélio intestinal do recém-nascido (RN) é uma superfície mucosa sensível e pode apresentar respostas inflamatórias exacerbadas tanto para bactérias comensais como patógenos. RNs portadores de defeitos congênitos da parede abdominal e do abdome submetidos à correção cirúrgica e internados em Unidades de Cuidado Intensivo são mais susceptíveis a influências ambientais, com consequente desordem da microbiota intestinal, tornando possível a proliferação de bactérias patogênicas. **Justificativa:** Gastrosquise e onfalocele são condições relacionadas a defeito no fechamento da parede abdominal durante o desenvolvimento intraútero. A dismotilidade intestinal ou íleo adinâmico no pós-operatório são complicações

frequentemente presentes nesses RNs, levando ao uso de nutrição parenteral por longos períodos e ao uso de antibióticos de amplo espectro, o que aumenta o risco de adquirirem sepse. **Hipótese:** Pouco se sabe sobre a composição da microbiota fecal de RNs graves com alterações intestinais importantes como gastrosquise, onfalocele. **Objetivos:** Avaliar a evolução da composição da microbiota intestinal de recém-nascidos no pós-operatório da cirurgia abdominal, internados em UTI neonatal, durante o período de internação e relacionar as eventuais intercorrências clínicas; avaliar a composição da microbiota fecal de crianças em jejum prolongado e em vigência de sepse neonatal. **Métodos:** Incluídos 30 RN com malformações da parede abdominal, os quais foram divididos em grupos de acordo com a malformação apresentada: gastrosquise (n=18), onfalocele (n=8) ou atresia / hérnia (n=4). Colhidas amostras de fezes sequencialmente, a cada sete dias, até a alta, imediatamente colocadas em refrigerador e transferidas em gelo para armazenamento em freezer a -80°C. Sendo realizada a extração de DNA utilizando o kit QiaAmp DNA Stool (Qiagen), e armazenados a -20°C, sendo realizado o sequenciamento e análise de bioinformática; dessa forma, por comparação, foram identificados os filos e gêneros a que pertencem. **Resultados:** O filo mais abundante ao nascimento foi *Firmicutes*, o segundo *Proteobacteria*. O principal gênero ao nascimento na onfalocele e no grupo com atresia / hérnia foi *Staphylococcus*. O gênero mais abundante na gastrosquise foi *Streptococcus*. O filo *Proteobacteria* foi o mais abundante no grupo que recebeu mais de 3 ciclos de antibióticos (66,63 ± 27,9) em comparação ao grupo que recebeu menos de 3 ciclos (57,48 ± 39,9). O filo *Firmicutes* apresentou-se mais abundante no grupo que recebeu menos de 3 ciclos (37,25 ± 36,5), em comparação ao grupo que recebeu mais de 3

ciclos (24,51 ± 22,5). O filo *Bacteroidetes* foi mais abundante no grupo que recebeu mais de 3 ciclos e *Actinobacteria* no grupo que recebeu menos de 3 ciclos. O gênero mais prevalente no grupo que recebeu mais de 3 ciclos de antibióticos foi *Klebsiella* (22,57 ± 23,9) e o mais prevalente no grupo que recebeu menos de 3 ciclos foi *Escherichia-Shigella* (20,89 ± 36,3). Outros gêneros abundantes no grupo que recebeu mais de 3 ciclos foram *Serratia*, *Stenotrophomonas* e *Veillonella*. No grupo que recebeu menos de 3 ciclos, outros gêneros mais abundantes foram *Streptococcus* e *Enterococcus*. O único gênero que apresentou diferença estatística entre os grupos foi *Prevotella*, aumentado no grupo que recebeu mais de 3 ciclos. Com relação ao tempo de uso de NPP os filos com correlação positiva fraca foram *Actinobacteria* e *Bacteroidetes*. Os gêneros que apresentaram significância estatística no teste de correlação foram *Lactobacillus* (p=0,014) e *Lachnospiraceae* (p=0,05). A influência do tempo de jejum na microbiota intestinal mostrou o filo *Bacteroidetes* com uma tendência à correlação positiva fraca com o tempo de jejum (p=0,07). Os gêneros que apresentaram correlação positiva fraca com o tempo de jejum nesta análise foram: *Odoribacter*, *Prevotella*, *Alistipes*, *Granulicatella* e *Lachnospiraceae*; para o gênero *Enterococcus* foi observada uma correlação positiva média. **Discussão:** Os resultados obtidos poderão ser importantes para entender como se dá a colonização da microbiota intestinal na criança com malformações da parede abdominal e suas possíveis consequências clínicas e as intervenções para melhorar a adaptação intestinal e qualidade de vida destes pacientes.

“NACIMIENTO PREMATURO EN TIEMPOS DE COVID-19. PRINCIPALES CAUSAS EN UN AREA DE NEONATOLOGIA NIVEL III B”. Daiana Holzer;

Fernando Basualdo; Paolo Bacchiocchi; Alberto Bianchi. Hospital Escuela Eva Peron. Argentina

Introducción: La prematuridad es el principal motivo de ingreso a las unidades de cuidados intensivos neonatales, representa más de 1/3 de las muertes neonatales en todo el mundo. Las causas que pueden llevar a la prematuridad son diversas, conocerlas es puntapié para generar acciones que logren reducirla. El Hospital Escuela Eva Perón es declarado Hospital materno infantil. Dentro de su polivalencia, concentra un importante número de nacimientos prematuros del sur de Santa Fe, por contar con maternidad y Neonatología de Nivel III B por regionalización: anualmente, alrededor del 12% de los recién nacidos son prematuros. La pandemia por Sars-Cov 2 trajo serios problemas mundiales en materia de salud.

Objetivo: Identificar principales causas de Prematuridad en pacientes ingresados a Neonatología de este hospital; comparar prevalencia de dichas causas entre los distintos años de estudio.

Método: Estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo. Se analizan datos de pacientes menores de 37 semanas, de ambos sexos, nacidos e ingresados al servicio de Neonatología del Hospital Eva Perón, durante el periodo de 2019-2021. Los datos recabados fueron volcados a planillas de Microsoft Excel, con tablas de doble entrada, y el análisis se realiza a partir de medidas de tendencia central y porcentaje.

Resultado: Se obtiene un total de 411 pacientes prematuros en los 3 años, que corresponde a 9.27% del total de nacidos vivos del mismo periodo(n:4434). Las enfermedades hipertensivas asociadas al embarazo fueron causa del parto pretérmino en el 25,55% (n:105). El 23,11% (n:95) fue de presentación espontánea. El 14.35% (n:59) de los nacimientos fueron debido a Corioamnionitis. Otras infecciones maternas (extrauterinas) ocuparon el 3.65% de los casos (n:15). Las infecciones perinatales tipo STORCH ocuparon el 1.22% de los casos(n:5). El estado fetal no tranquilizador ocupó el 7.3% (n:30) del

total de causas. El embarazo múltiple ocupó el 5.84% de las causas del parto (n:24), que es el 40.68% del total de partos múltiples nacidos (n:59) en los últimos 3 años. El 4,14% (n:17) fue a causa de enfermedades crónicas maternas. El 4.14% (n: 17) fue por retraso en crecimiento intrauterino. Las malformaciones fetales ocuparon el 1,7% (n:7) de las causas. El 3.65% de los casos (n:15) fueron por desprendimiento de placenta normo inserta.

Conclusiones: La preeclampsia fue la principal causa de prematurez en nuestra población, sin modificaciones durante el periodo de pandemia. En el 2020 las enfermedades crónicas maternas presentan un importante repunte dentro de las causas, surge la Neumonía por COVID-19 como causa infecciosa, y aumenta drásticamente el resto de las infecciones. La prematurez sigue siendo un problema para la Salud mundial, conocer sus causas es una necesidad indiscutida.

PERSISTENCIA DEL PATRON FETAL EN RECIÉN NACIDOS PRETÉRMINO TARDÍO.

Bosio Valentina. Clínica Universitaria Reina Fabiola. Argentina

Introducción: La Hipoglucemia es un problema clínico frecuente en el recién nacido. Existen controversias sobre cuáles son los valores normales para el manejo óptimo de la misma. Según el estudio "GLOW" la hipoglucemia neonatal transitoria se compone de 2 fases: inicial representa hipoglucemia debido a la persistencia del patrón fetal de hiperinsulinismo y la segunda fase presenta leve cetonemia, lo que refleja la resolución del hiperinsulinismo y probablemente un estado de nutrientes limitados en bebés amamantados. Debido a que la hipoglucemia es frecuente en el prematuro, sería importante conocer si se puede transpolar los resultados del estudio GLOW a neonatos pretérmino tardío.

Objetivo: Los recién nacidos entre 34-36 semanas de edad postconcepcional, de sexo masculino y nacidos por cesárea presentan valores de glucemia bajos debido a la persistencia del patrón fetal.

Objetivos: Evaluar las concentraciones de glucosa plasmática y beta- hidroxibutirato (BOHB) en pacientes pretérmino tardío durante las primeras 48 horas de vida. Comparar los valores de glucemia según modo de nacimiento, sexo y tipo de alimentación.

Método: Estudio observacional, prospectivo y analítico. Se incluyeron recién nacidos de 34 a 36 semanas con Apgar mayor a 7 al minuto de vida y peso en p10-90 para edad gestacional. Se analizaron las siguientes variables: sexo, peso, edad gestacional, patología materna, fetal, valores de glucemia y cetonemia preprandiales durante las 48 hs de vida junto con el tipo de alimentación.

Análisis estadístico: Las variables categóricas fueron analizadas mediante la descripción de sus porcentajes y el número de pacientes observados. Para las continuas se utilizó la mediana como medida de centralidad y rango intercuartílico como medidas de dispersión de los datos. Se aplicaron pruebas no paramétricas de Kruskal-Wallis y correlaciones de Spearman.

Resultado: La muestra estuvo constituida por 20 pacientes, 12 varones y 8 mujeres. La mediana de la edad gestacional fue de 36 semanas, la mediana del peso al nacer fue 2580 (1250-3320)g. 13 nacieron por cesárea y 7 por parto vaginal. Durante el estudio, 10 (50%) de los pacientes recibieron LM como única fuente de alimentación. La mediana del APGAR fue de 9. En relación a los niveles de BOHB se encontró que los pacientes alimentados exclusivamente con leche materna presentaron niveles significativamente más altos de cuerpos cetónicos 0.6 [0.50, 0.70] y niveles significativamente más bajos de glucemia 65[57.0, 63.0] en comparación con aquellos que recibieron otra forma de alimentación(p= 0.001).No se encontraron efectos significativos en relación al sexo, forma de nacimiento ni el tiempo analizado en los niveles de cetonemia ni glucemia.

Conclusiones: Se observó que tanto el sexo como la forma de nacimiento no influyen significativamente sobre los niveles de glucemia y cetonemia. Por otra parte, tras el nacimiento los

niveles de glucosa y cuerpos cetónicos permanecen relativamente estables durante las primeras 48 horas. En cuanto a la forma de alimentación, la leche materna exclusiva deriva en valores de glucemia más bajos que los alimentados con fórmula.

Prevalencia e impacto de hipotermia neonatal al ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en recién nacidos prematuros menores de 1500 gramos.

Alberth Challapa Mansilla*, Aaron Eduardo Carvajal Tapia**. *Neonatólogo e Infectólogo Pediatra. Departamento de Neonatología, Hospital de la Mujer “Dr. Percy Boland Rodríguez”. Santa Cruz Bolivia. **Residente de 1er año de Neonatología. Departamento de Neonatología, Hospital de la Mujer “Dr. Percy Boland Rodríguez”. Santa Cruz Bolivia

Introducción: La morbi-mortalidad asociada a hipotermia corporal o registros de temperatura menores a 36.5°C en recién nacidos prematuros, hace de este grupo, susceptible a pérdida de calor corporal rápidamente por factores propios, riesgo de alteraciones de la termorregulación, así como otros mecanismos asociados que conducen a desenlaces en ocasiones, no favorables.

Objetivo: Analizar la prevalencia e impacto de la hipotermia al ingreso de la UCIN en recién nacidos prematuros menores de 1500 gramos.

Método: Estudio prospectivo, transversal, realizado en Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital de la Mujer “Dr. Percy Boland Rodríguez”. En el periodo de enero a julio del 2023.

Resultados: El promedio de nacidos prematuros menores de 1500 gramos en los últimos 3 años en la institución es n = 232, cálculo de muestreo representativa a través del programa epidat v4.2 a precisión de 5% (IC 95 %) es 145, del cual aquellos con hipotermia al ingreso a la UCIN fue (52%), con temperatura axilar promedio de 36.3°C (33.0-37.8), temperaturas dentro lo normal 36.5 – 37.5°C (44%), hipotermia leve 36 a 36.4 °C (32%), seguida de la hipotermia



moderada 32 – 35.9°C (20%) y temperatura mayor a 37.5°C (4%).

El peso promedio 1143 gr (574 - 1495) (DS +/- 239), menor de 750gr (6%), 751 a 1000 gr (28 %), 1001 a 1250gr (34%) y de 1251 a 1500 gr (35%). En relación al género, femenino fue 48 %, de los cuales la mayor frecuencia de casos de hipotermia la tuvo el género masculino 65%. El parto por cesárea represento el 63%.

No requirieron surfactante 42%, aquellos que requirieron 1 dosis (52%) fueron temperaturas menores a 36.4°C (65%), 36.5 a 37.5°C (33%) y temperatura mayor a 37.5°C (2%). El 6% requirió 2 dosis, a su vez del total que requirieron 2 dosis correspondió al 83% representado por temperaturas inferiores a 36.4°C, el restante con temperatura normal necesito de 2 dosis (17%).

En relación al soporte ventilatorio, un 64% requirió ventilación mecánica convencional, seguida de la ventilación no invasiva (17%), alta frecuencia (9%), cánula nasal (4%) y no requirió (3%). Temperaturas de 32 a 35.9°C (44%) y 36 - 36.4°C (56%) requirió alta frecuencia, temperaturas superiores a 36.5°C no requirió alta frecuencia. En ventilación convencional temperaturas inferiores a 36.4°C requirió esta modalidad (61%). En ventilación no invasiva 83% corresponde a temperaturas de 36.5 a 37.5°C, el restante en menor frecuencia se benefició de esta modalidad, el aporte de oxígeno por cánula y no requerir oxígeno del total solo 6% que corresponde a temperaturas normales (36.5 – 37-5°C) y solo 1 caso de (36 a 36.4°C) no requirió oxígeno.

Conclusión: La Hipotermia corporal, a la admisión a UCIN fue prevalente en recién nacidos prematuros, estando acompañadas con frecuencia a la necesidad de hasta dos dosis de surfactante pulmonar exógeno más ventilación mecánica invasiva en comparación a aquellos prematuros normotérmicos, quienes se beneficiaron de ventilación no invasiva y/o aporte de oxígeno por cánula nasal. La prevención de la hipotermia a la admisión en UCIN es imperativo para reducir los agravios relacionados con la prematuridad.

PRESENTACIÓN DE PÓSTERS MÉDICOS **PANTALLA D**

CAUSAS DE REINTERNACIÓN EN UNA POBLACIÓN DE PREMATUROS TARDÍOS EN UNA MATERNIDAD PÚBLICA DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. María Viviana Piombo, Sandra Marcela Tejer. Hospital Materno Infantil Ramón Sarda. Argentina

Introducción: La población de prematuros tardíos tiene un riesgo de reingreso 3 veces mayor a los niños de término durante los primeros 15 días de después del alta; principalmente por ictericia, dificultad en la alimentación, escasa ganancia ponderal y deshidratación.

También se ha visto que este grupo poblacional supera las probabilidades de internación por cualquier causa durante su primer año de vida siendo los trastornos respiratorios y gastrointestinales los principales motivos de su reingreso durante el primer año de vida.

Objetivo: Analizar los motivos de reinternación de la población de prematuros tardíos que concurren al consultorio de seguimiento del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, nacidos en el año 2022, durante sus 6 meses de vida

Método: Se realizó estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, en una población de prematuros tardíos del HMIRS.

Población: Se incluyeron todos los recién nacidos entre 34 a 36.4 semanas del HMIRS, con peso mayor de 1500 gramos, durante el año 2022 y que concurren al programa de seguimiento hasta los 6 meses de vida corregida.

Se excluyen los prematuros fallecidos, con malformaciones congénitas mayores. Variables utilizadas: Edad gestacional, sexo, peso de nacimiento, vía de parto, patologías maternas, morbilidad neonatal, alimentación al alta y a los 6 meses de vida.

Resultado: Durante el 2022 nacieron 192 prematuros tardíos (34 a 36.6 semanas de gestación),

Se internaron durante los primeros 6 meses de vida 40 (20%) niños.

De esta población 22 niños son de sexo femenino (55%), nacieron por cesárea 28 (60%), recibieron

corticoides prenatales 11 niños (27.5%), el promedio de apgar al 1er minuto 7 y al 5to minuto 9.

Por peso al nacer hallamos que 24 (60%) niños eran de peso adecuado, 14 (35%) de alto peso y 1 (2.5%) de bajo peso .

Patología neonatal: 2 (5%) niños recibieron surfactantes, 8 (20%) cpap, 1 (2.5%) sepsis temprana sin meningitis y 21(52.5%) hiperbilirrubinemias con luminoterapia.

Se fueron de alta tomando pecho 29 niños (72%); mixta 9 (22.5%)

Los motivos de reingreso son:

hiperbilirrubinemia 14 (35%) niños, 2 (5%) descenso de peso del 18% en el 1er control luego del alta neonatal 18 bronquiolitis (45%), 4 metapneumovirus, 5 VSR, 1 parainfluenza, 1 rinovirus, 3 sin rescate.

otras causas 7 (17.5%) niños; 1 lactante febril sin foco, 1 convulsión, 1 hernia inguinal, 1 anemia, 1 TEC, 1 dermatitis impetiginizada, 1 infección urinaria)

Conclusiones: La prevención del parto prematuro de cualquier edad gestacional.

Apoyo para establecer lactancia materna exclusiva durante la internación neonatal o en la internación conjunta.

Educación de los padres en el cuidado del niño para evitar infecciones respiratorias.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS NEONATOS CON PESO MENOR A 1500 GRAMOS QUE DESARROLLAN RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO EXTRAUTERINO

Ronald Reyes, Melida Escala. Complejo Hospitalario Metropolitano. Dr. Arnulfo Arias Madrid. Panama

Introducción: La Restricción del crecimiento extrauterino (RCEU) se define como un peso menor del percentil 10 para la edad gestacional corregida a las 36 semanas ó en el momento del alta hospitalaria. La mayoría de los niños que experimentan RCEU tienen peso normal al nacimiento para la edad gestacional, lo que indica que el crecimiento intrauterino era adecuado,

pero se quedan atrás con respecto al crecimiento global durante su hospitalización.

Objetivo: Determinar las Características perinatales de los neonatos con peso

menor a 1500 gramos y Restricción del Crecimiento Extrauterino en el

Servicio de Neonatología

Método: Estudio retrospectivo de corte transversal, descriptivo en pacientes con peso al nacer menor a 1.500 gramos nacidos en el servicio de Neonatología del Hospital Irma de Lourdes Tzanetatos durante septiembre de 2021 a agosto de 2022. Se revisó los expedientes clínicos y la hoja de atención prenatal, se registró todas las características prenatales y neonatales, posteriormente se describió la prevalencia de restricción del crecimiento extrauterino, los factores prenatales y neonatales característicos. A las variables de esta base se aplicó pruebas estadísticas como las medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y medidas de dispersión para las variables cuantitativas y distribuciones de frecuencia para las cuantitativas además de los análisis de prevalencia, toda esta información se ordenó en tablas y gráficas para una mejor comprensión

Resultado: Se incluyeron 110 pacientes, con un peso medio al nacer de 1245.1 ± 255 g y una edad gestacional de $29,8 \pm 2,3$ semanas. Al alta hospitalaria el 59,6% tenía un peso $< P10$. El sexo masculino predominó en el estudio con un 56.6% y estos neonatos el 77.4% nacían vía cesárea. La velocidad de ganancia ponderal fue de 15.4 g/kg/día, y en pacientes con RCEU se reportó una velocidad de ganancia ponderal de 9.74 g/kg/día. El 65.4% de los pacientes con RCEU tenían aporte de proteínas menor de 3 g/kg/día a la semana.

Conclusiones: Más de la mitad de los recién nacidos ≤ 1.500 g presentan un peso al alta $< P10$. Esta restricción del crecimiento tiene lugar durante el ingreso en UCIN y afecta con mayor frecuencia a los neonatos con muy bajo peso al nacer. Una nutrición parenteral temprana agresiva no sólo minimiza la pérdida de peso inicial, la proteína acumulada y el déficit calórico durante la fase aguda y sensible, sino que

también ayuda a mejorar el crecimiento a largo plazo y los resultados neurológico.

FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE SEPSIS NEONATAL EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DEL PERÚ

Carmen Rosa Dávila Aliaga, Elina Mendoza Ibañez, Elsa Torres Marcos, Arango Pedro Ochante, Claudia Saldaña Diaz, Jannett Consuelo Cabanillas Choque, Jamie Ysabel Vallas Castillo, Rayza Guillén Zambrano, Julio Chavez Pita, Giovanni Giselle Grimaldo D'ambrosio, Jhony Lozano Dominguez. Instituto Nacional Materno Perinatal. Peru

Introducción: En el Perú la mortalidad neonatal representa 50% de muertes en menores de 5 años. En el Instituto Materno Perinatal (INMP) la tasa de mortalidad neonatal el 2022 fue 16 por 1000 nacidos vivos y sepsis neonatal fue la segunda causa de muerte.

La adherencia a guías de práctica clínica (GPC) basadas en evidencia para sepsis neonatal disminuyen tiempo de exposición a antibióticos, limita resistencia bacteriana, disminuye hospitalización y reduce costos.

El 2019 el INMP elaboró la GPC basada en evidencias con metodología AGREE, bajo asesoría del Instituto Nacional de Salud y participación de revisores nacionales e internacionales, para prevención diagnóstico y tratamiento de sepsis

Objetivo: Determinar los factores asociados a la adherencia de las atenciones a la GPC de sepsis neonatal del INMP

Método: Estudio tipo caso-control prospectivo realizado en el INMP, Lima-Perú. Se analizaron 988 atenciones de recién nacidos con sepsis temprana o tardía hospitalizados entre mayo-diciembre 2021. Fue variable dependiente la adherencia a la GPC, considerando adherencia a la guía si cumplían el 80% de ítems aplicados correctamente. Se aplicó una ficha de recolección constituida por 17 preguntas divididas en 4 dimensiones: prevención, diagnóstico, terapéutica y registro, de manera independiente por dos investigadores, ante una disyuntiva un

tercer investigador con mayor experiencia, ciego a la evaluación discordante, calificaba y definía la valoración final. Se calcularon los Odds ratio de factores asociados a no adherencia a la GPC y se aplicó una regresión logística por efectos mixtos en las variables con significancia estadística.

Resultado: De 988 atenciones 55.9% presentó sepsis temprana y 44.1% tardía. 78.3% de las atenciones por sepsis requirieron ingreso a UCIN. En el grupo con adherencia a la GPC 75.5% nacieron por cesárea; 73.8% requirieron reanimación avanzada ($p=0.003$), 77.2% fueron prematuros ($p=0.015$), 80.3% requirió ventilación mecánica ($p<0.001$), 80.9% usaron catéter umbilical ($p=0.008$).

La adherencia global a GPC fue 75%; 81.4% para sepsis temprana y 66.9% en sepsis tardía. La sepsis tardía (ORc 2.49 (IC 95% 1.733-3.591)) y ser atendido por un pediatra (ORc 1.686 (IC 95% 1.195-2.379)) se asociaron a la no adherencia a la GPC. La sepsis tardía tuvo 1.37 veces más probabilidad de no adherencia según la regresión logística de efectos mixtos (IC 95% (1.667 - 3.378), valor $p < 0.01$).

Conclusiones: Se encontró adherencia a la GPC de sepsis neonatal muy aceptable para sepsis neonatal temprana y aceptable para la sepsis tardía. La adherencia fue significativa entre los médicos neonatólogos. Las características con mejor adherencia correspondieron a atenciones de recién nacidos que requirieron reanimación, ventilación asistida, patología neurológica asociada, uso de catéter umbilical e ingreso a UCIN.

Es importante contar con GPC basadas en evidencia, adaptadas a nuestra realidad, consensuadas con nuestros equipos de colaboradores, difundidas, con los insumos y equipos requeridos a disposición.

No conflictos de interés, autofinanciado.

PERFIL CLINICO EPIDEMIOLOGICO DEL SINDROME DE EDWARDS EN NEONATOS 2019-2022. Carlos Mario Guzman Dubon. ISSS materno infantil primero de mayo.El Salvador

Introducción: El Síndrome de Edwards es una de las patologías poco comunes que afectan entre 1/6000 a 1/13000 de los nacidos vivos, considerándose anomalía grave con alta tasa de mortalidad. En El Salvador durante 2016 se registró el nacimiento de 786 niños, de los cuales 30 presentaron malformaciones congénitas, con incidencia de 38.17 por cada 1000 nacidos vivos. Existe limitada información acerca de los datos estandarizados sobre los factores de riesgo determinantes que inciden en el desarrollo del síndrome de Edwards, los cuales generan interés para la identificación de estos al indagar las características que comparten los embarazos que finalizan con este diagnóstico, como covid 19.

Objetivo: Describir el número de pacientes que fueron atendidos en el Hospital Materno Infantil primero de mayo y que se les diagnosticó Síndrome de Edwards durante el periodo de enero 2019 - enero 2022.

Método: Estudio según el alcance descriptivo, según la medición de las variables transversal, de acuerdo con la toma de datos: retrospectivo de acuerdo a la unidad de análisis: basado en revisión de expedientes clínicos.

Resultado: múltiples gestantes fueron diagnosticadas durante el embarazo con covid 19, de las cuales se presentaron al menos 20% con terminación de recién nacidos con síndrome de Edwards. así también para el 2019 solo se tuvieron cifras de 2 neonatos con síndrome de Edwards. Sin embargo a partir del 2020 se verifica el aumento con el triple de nacimientos con este síndrome compartiendo múltiples factores para su desarrollo.

Conclusiones: El Síndrome de Edwards con respecto a la cronología ha sido una patología que de ser algo sumamente raro, ha aumentado su incidencia a nivel nacional, posterior a la pandemia del SARS COV2, no solamente adjudicando este factor, sino también múltiples causas que las gestantes comparten entre medicamentos y otras patologías durante el embarazo.

MEDICIÓN DEL DOLOR EN RECIÉN NACIDOS A TÉRMINO Y PRETÉRMINO EN CUIDADO INTENSIVO E INTERMEDIO EN DOS INSTITUCIONES DE CALI.

Javier Torres Muñoz, Carmen Ocampo, Martín Cañón, Mónica Morales, Ana María Molinares. Universidad del Valle. Colombia
Introducción: Los recién nacidos en unidades neonatales pueden experimentar estrés y sensaciones dolorosas que a menudo no son tenidas en cuenta por el personal de salud. Actualmente las sociedades científicas recomiendan el uso de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas para los procedimientos dolorosos, así como la realización de evaluaciones rutinarias del dolor con las escalas apropiadas; lo cual no se realiza de manera rutinaria. Son escasos los estudios acerca de la medición del dolor en cuidado intensivo neonatal en Latinoamérica, por tanto, se plantea la necesidad de medir el dolor en recién-nacidos en cuidado intermedio en la ciudad de Cali, Colombia.

Objetivo: Estimar el grado de dolor que presentan los recién-nacidos a término(RNT) y pretérmino(RNPT) en cuidado intermedio del Hospital Universitario del Valle y la Clínica Imbanaco entre marzo-septiembre de 2023 medido mediante la escala PIPP-R durante la realización de procedimientos dolorosos y no dolorosos.

Método: ¿Cuál es el grado de dolor que presentan los recién nacidos a término y pretérmino hospitalizados en las unidad de cuidado intermedio neonatal, marzo - septiembre de 2023 medido mediante la escala PIPP-R ?

Estudio cuantitativo, observacional de corte transversal. Se calculó un tamaño de muestra de 74 procedimientos en cada grupo para un total de 128. Se recolectaron variables sociodemográficas y clínicas de la madre y el recién-nacido y tipo de procedimiento. El PIPP-R se estimó por observación directa de una persona entrenada, previa toma de consentimiento informado, se incluyó solo un procedimiento por neonato. Las comparaciones de interés se realizaron utilizando la prueba de Fisher para las

variables categóricas y U-Mann-Whitney o T-student para las cuantitativas según su distribución. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en investigación de ambas instituciones.

Resultado: Se incluyeron 75 procedimientos no dolorosos(Pr_No_Dol) y 92 dolorosos(Pr_Dol). Los neonatos de ambos grupos presentaron características sociodemográficas y clínicas similares($p > 0.05$), a excepción de las variables de edad cronológica y estancia hospitalaria, en donde los pacientes que tuvieron Pr_No_Dol tuvieron una mayor edad cronológica (Mediana(P25-75):10 días(5-21) vs. 7(3-14.5), $p=0.03$) y una mayor estancia hospitalaria (Mediana(P25-75):5 días(2-10) vs. 4(1-9), $p=0.05$). Los promedios del PIPP-R fueron de 2.2 puntos(DE=1.2) en los Pr_No_Dol y 10.2 puntos(DE=2.4) diferencia significativa (0.01) en los Pr_Dol. Punción lumbar(13.3;DE=0.34), punción arterial(12;DE=0.69) y vacunación(7;DE=0.61) fueron los más dolorosos. No diferencias en los promedios de PIPP-R en los Pr_Dol entre los RNT y RNPT (10.64 IC(9.99-11.28) vs.10.66 IC(9.89-22.43)).

Conclusiones: La diferencia significativa encontrada entre los puntajes de PIPP-R durante los Pr_Dol y Pr_No_Dol sustenta la importancia del uso de escalas para la medición del dolor, debido a que procedimientos del cuidado diario, si bien son percibidos como molestos no alcanzan el nivel de dolor de procedimientos como la vacunación, la cual fue uno de los procedimientos más dolorosos y se realiza de forma rutinaria, habitualmente sin ningún manejo terapéutico para mitigarlo; se resalta que no hubo diferencias significativas en el nivel del dolor de los RNT y RNPT para los Pr_Dol. Estos resultados resaltan la importancia de la implementación de prácticas encaminadas a optimizar la medición y el manejo del dolor neonatal, para minimizar los impactos potenciales en el neurodesarrollo y alteración en la percepción del dolor en el futuro.

Agradecemos la colaboración del personal de las unidades neonatales de las instituciones

participantes por su colaboración durante la ejecución de este proyecto.

Este trabajo fue financiado por la convocatoria interna número 141 de 2022 de la Universidad del Valle.

CARACTERIZACIÓN DEL DISPOSITIVO DE SEGUIMIENTO DE RECIÉN NACIDOS DE ALTO RIESGO DEL HOSPITAL ROQUE SÁENZ PEÑA DE LA CIUDAD DE ROSARIO DURANTE EL PERIODO 2018 – 2022. Maria Laura Coletto, Silvia Moran; Nadia Thorkelsen. Hospital Dr Roque Sáenz Peña. Argentina

Introducción: Desde la empiria los profesionales de la salud del Hospital, identifican: falta de datos exactos de la población, complicaciones a largo plazo, déficit de datos en relación a intervenciones terapéuticas, demandas de consulta tardía frente al fracaso escolar. Es por ello que se plantea la necesidad de reformular el programa de seguimiento y los procesos de atención en el Hospital, siendo el punto de inflexión el año 2018 donde se conforma un equipo interdisciplinario (pediátras/neonatólogas, enfermeras, fisiatra, kinesiólogas, fonoaudiólogas, terapeuta ocupacional, traumatóloga) generando nuevas alternativas de atención: equipo interdisciplinario y y acto único para estos recién nacidos.

Objetivo: Problema: ¿Cómo se desarrolló el Dispositivo de Seguimiento de alto riesgo durante el periodo 2018-2022?

Objetivo general:

- Caracterizar el dispositivo de seguimiento de alto riesgo del Hospital Roque Sáenz Peña.

Objetivos específicos:

- Determinar la deserción al dispositivo.
- Especificar las intervenciones terapéuticas instauradas.

Método: Estudio descriptivo de corte transversal.

Población: Accederán todos los RN de alto riesgo que tengan domicilio en el Distrito sur y sudoeste de la Ciudad nacidos o no en este Ector, donde el Hospital es su 2° nivel de referencia.

Resultado: El total de niños/as que ingresaron al Dispositivo fueron 267. La cantidad de prematuros extremos fue 15, prematuros moderados 106, prematuros tardíos 60 y términos 86. Del total de niños/as que ingresaron al dispositivo 79 (29,59%) no continúan con el seguimiento. 4 niños/as se derivaron a otro dispositivo o a su Obra social. 4 fallecieron. Durante el año 2018 y 2019 se fortalecieron las redes, se realizaron reuniones con Centros de Salud, Escuela de Estimulación Temprana, Espacios de Desarrollo, etc. 77 niños accedieron a intervenciones terapéuticas, tanto en el segundo nivel como en el tercer nivel de atención. A partir de mediados del 2019, se conformó un Equipo de atención conjunta conformado por kinesióloga, terapeuta ocupacional y fonoaudióloga para mejorar las intervenciones terapéuticas.

Conclusiones: La constitución de un equipo interdisciplinario y la atención en acto único para el dispositivo de Seguimiento, disminuyó la deserción y se pudieron realizar intervenciones terapéuticas acordes a las necesidades de cada uno de los niños/as.

Se incorporó durante las consultas aparte de las evaluaciones y el examen físico, el trabajo con la familia para dar pautas de desarrollo esto se reflejó en la disminución del ingreso a tratamiento de rehabilitación. Siendo este el primer dispositivo de la Red Municipal, el ingreso al seguimiento, a las intervenciones terapéuticas y deserción mejoró considerablemente.

RELACION ENTRE LECHE MATERNA Y CAFEINA EN BEBES PREMATUROS CON APNEAS Beltramo Eliana. Clínica Universitaria Reina Fabiola. Argentina

Introducción: Las apneas que afectan a los bebés prematuros (RPT) son consecuencia de la inmadurez, pero se ven influenciadas por la inflamación. La cafeína y el soporte con oxígeno son la terapéutica más utilizada. La disbiosis bacteriana intestinal, frecuente en estos bebés, constituye un proceso proinflamatorio que se ve modificado por la leche materna (LM) que actúa disminuyendo la circulación de citoquinas y

prostaglandinas. Por este mecanismo, la LM podría mejorar el control del ritmo respiratorio, disminuyendo las apneas y por lo tanto la necesidad de cafeína, aunque no existe evidencia de ello.

Objetivo: Analizar la relación entre el porcentaje de alimentación con leche materna y la duración de la terapia con cafeína en bebés prematuros < 32 semanas de edad postconcepcional (EPC) al nacer con apneas.

Método: Pacientes y métodos: Estudio de tipo observacional, retrospectivo, analítico. Se analizaron datos cargados en base de datos NEOCOSUR correspondientes a pacientes nacidos entre los años 2014 y 2021 en Clínica Universitaria Reina Fabiola. Se incluyeron aquellos RPT < 32 semanas de edad postconcepcional (EPC) con apneas. Se analizaron las variables porcentaje de alimentación con leche materna durante la internación, EPC de suspensión de terapia con cafeína. Para estudiar la diferencia de los promedios entre los distintos grupos, se utilizó el test T de Student de comparación de medias de muestras independientes.

Resultado: Se analizaron 90 pacientes. Los pacientes alimentados con más del 75% de LM, la EPC media (desviación estándar) de fin de cafeína fue de 34.0 (1.1) semanas versus 34.9 (1.9) semanas en aquellos alimentados con menor porcentaje ($p = < 0,05$). Relación entre leche materna y cafeína en bebés prematuros con apneas.

Conclusiones: Los resultados obtenidos sugieren que la alimentación a base de leche materna (>75%) podría estar asociada con una disminución en el tiempo de terapia con cafeína en este > de 32 de EPC al nacer. Son necesarios estudios adicionales con diseño más robusto para poder afirmar esta relación y verificar si estos resultados son extrapolables a otros grupos muestrales de otros centros.

NO EXISTE RELACIÓN DOSIS-RESPUESTA ENTRE LOS EFECTOS ADVERSOS NEONATALES Y LA CONCENTRACIÓN DE MAGNESIO EN EL CORDÓN

UMBILICAL DE RECIÉN NACIDOS. Juan Gesuele, Tamara Herrera, Florencia Ihlenfeld, Camila Jeldres.

Centro Hospitalario Pereira Rossell. Uruguay

Introducción: El sulfato de magnesio ($MgSO_4$) es utilizado en obstetricia como fármaco profiláctico en el Síndrome Preeclampsia-Eclampsia (SPE) y como agente neuroprotector para parálisis cerebral moderada en recién nacidos (RN) pretérminos. Aunque existe evidencia sobre la eficacia y seguridad del $MgSO_4$ en mujeres embarazadas y RN, pocos estudios vinculan estos efectos a las concentraciones en sangre del cordón. ¿Existe una relación dosis respuesta?

Objetivo: Evaluar la presencia de efectos adversos neonatales relacionados a la concentración de sulfato de magnesio en sangre de cordón.

Método: Estudio observacional, analítico y retrospectivo de RN de término y pretérmino expuestos a $MgSO_4$ a dosis de profilaxis en el SPE o como neuroprotector, a los cuales se dosificó la magnesemia en sangre de cordón. Las muestras fueron realizadas en el Laboratorio del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) en el período de enero 2020 a junio 2023. Se analizaron las historias clínicas de estos pacientes valorando posibles efectos adversos vinculables al $MgSO_4$, entre ellos depresión neonatal, APGAR, necesidad de maniobras de resucitación, intolerancia digestiva, hipotonía, convulsiones, apnea, retraso en expulsión de meconio y mortalidad. Se dividieron los RN de acuerdo a si presentaron o no eventos vinculables y en subgrupos de acuerdo a la edad gestacional y a los valores de magnesio. Se utilizó test de asociación t, con un valor de significancia de 0,05. Se construyeron curvas ROC para cada subgrupo.

Resultado: 131 RN tenían dosificación de magnesemia en cordón en el periodo de estudio. 59% (78) fueron RN de término (RNT) y 41% (53) RN pretérminos (RNPT). En el 95% (124) de los casos, la indicación de $MgSO_4$ fue por SPE. Un total de 32 (24%) RN presentaron eventos vinculados a la exposición de $MgSO_4$, mientras que 99 (76%) no presentaron ningún evento. El

evento más frecuente fue la necesidad de reanimación, seguido de apneas e intolerancia digestiva. La media de magnesemia de cordón en RN con eventos vinculados a la exposición frente a los que no presentaron eventos, fue de 3,3 mg/dl en ambos grupos, sin diferencia estadísticamente significativa. El área bajo la curva ROC fue 0,529 (IC 95%, 0,405-0,654, p 0,608) para el grupo de RN con eventos vs RN sin eventos, 0,518 (0,375-0,667, p 0,793) para RN de término y 0,509 (0,234-0,784, p 0,932) para RN pretérminos. Las curvas ROC para todos los posibles valores de corte de magnesemia de cordón no mostraron capacidad de discriminar correctamente entre la probabilidad de presentar o no un evento adverso.

Conclusiones: La magnesemia de cordón no demostró ser una prueba diagnóstica adecuada para discriminar que los eventos ocurridos se deban a la exposición prenatal a MgSo4 o a otra causa. Las manifestaciones clínicas de la hipermagnesemia presentan una amplia variabilidad y no se correlacionaron de manera estricta con los niveles de MgSO4 en el recién nacido.

IMPACTO DE UN PROGRAMA DE RETINOPATÍA DEL PREMATURO. Rosanna Fonseca. Fundación Visión, Hospital San Pablo. Paraguay

Introducción: La Retinopatía del Prematuro (ROP) es una de las principales causas de ceguera prevenibles en la infancia. La Fundación Visión desde el año 2004 inicio la pesquisa de ROP; convirtiéndose en Programa de Prevención, Detección y Tratamiento en el año 2015.

Objetivo: Describir los resultados de implementación y los resultados alcanzados por un programa de ROP en su accesibilidad, efectividad y calidad de atención.

Método: Estudio descriptivo, ambispectivo, de casos consecutivos de recién nacidos prematuros con criterios de evaluación; de una población evaluada en el año 2009 y del 2015 al 2021. Desde el 2015 se creó un equipo

multidisciplinario encargado de: realizar capacitaciones sobre el tema al personal de blanco y a las familias; realizar las evaluaciones y tratamientos. Con la finalidad de optimizar las evaluaciones se adquirió una RetCam (Cámara de campo amplio que se utiliza para capturar imágenes de la retina de neonatos prematuros); innovando en telemedicina en esta área en nuestro país.

Resultado: Las unidades neonatales incluidas aumentaron de 3 a 8; cubriendo el 67 % de las unidades de cuidados intensivos neonatales dependientes del Ministerio de Salud. De los registros se constató que la cobertura aumento de 36% en el año 2009 a 97% en el 2019. En el primer año la proporción del número de evaluaciones aumentó entre el 28 y el 218 %; y los resultados globales de julio 2015 a diciembre 2021 fueron: número total de pacientes: 3747; número de pacientes evaluados: 3271 (87%), pacientes con ROP: 643/3271 (19,6%), pacientes con ROP que requirieron tratamiento: 135/643 pacientes (21 %), proporción global de ROP grave con tratamiento: 135/3271 pacientes (4%).

Conclusiones: El programa a través de un equipo multidisciplinario y la innovación de telemedicina logro aumentar la proporción de cobertura y la disminución de los casos graves que requieren tratamiento.

EFFECTO DEL GLUCAGÓN INTRAVENOSO EN NEONATOS PORTADORES DE HIPERINSULINISMO CONGÉNITO EN EL CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL.

Analia Rodriguez Luna, Juan Pablo Gesuele, Vanina Silva, Rosa Finozzi, Fernando Silvera, Claudia Lamas. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Uruguay.

Introducción: El hiperinsulinismo congénito es una enfermedad donde existe secreción excesiva y desregulada de insulina; provoca hipoglucemia severa y prolongada, puede generar lesiones a nivel cerebral y del neurodesarrollo. Las infusiones de glucosa se utilizan para restablecer la glucemia normal, se asocian con sobrecarga de

volumen y la necesidad de vías centrales para su administración. El diazóxido y octreotide son fármacos utilizados para esta enfermedad en Uruguay y no son de rápida disponibilidad. El glucagón es un hiperglucemiante, habitualmente su uso es en bolos; se ha demostrado su eficacia y estabilidad en las cifras de glucemia utilizándolo en goteo continuo siendo su uso off label.

Objetivo: Describir el efecto del uso de glucagón en goteo continuo en neonatos con hiperinsulinismo congénito, el impacto sobre el aporte de volumen de glucosa endovenosa y los valores de glucemia así como la seguridad en su uso.

Método: Serie de pacientes con diagnóstico de hiperinsulinismo congénito que recibieron glucagón en goteo continuo como tratamiento transitorio.

Para ello fue utilizado un protocolo facilitado por la University of Exeter Medical School, UK. Utilizamos promedio y desvío estándar, para la asociación t de Student, Programa Prism 9.

Resultado: Cinco recién nacidos recibieron tratamiento con glucagón, fueron en su totalidad de sexo masculino. La media de días de vida al diagnóstico de hiperinsulinismo congénito fue de 5 (1 - 10 días). Se realizó diagnóstico de hiperinsulinismo congénito transitorio en 3 y en los 2 restantes hiperinsulinismo congénito de probable etiología genética (no se realizó estudio genético).

El promedio de días de utilización de glucagón fue de 4 días; el promedio de aporte de glucosa intravenosa pasó de $17,96 \text{ mg/k/min} \pm 2.173$ a $14,60 \pm 1.96 \text{ mg/k/min}$ p 0,2 previo a administración de glucagón; con el consiguiente aumento de glucemia de $0,47 \pm 0.05 \text{ mg/dL}$ a $0,97 \pm 0,06$ p 0.0004 post administración. El volumen intravenoso utilizado previo tuvo un promedio de $105 \pm 6,674 \text{ cc}$ con un descenso a $76 \pm 9,274 \text{ cc}$ posterior al tratamiento p 0,03.

Dentro de las complicaciones observadas en estos pacientes se destacan en 2 de ellos presencia de taquicardia sin repercusión hemodinámica, 2 pacientes con hiponatremia. Un

paciente tuvo hiponatremia grave vinculada a la patología.

Conclusiones: La terapéutica con glucagón en goteo continuo logró un adecuado ascenso de los valores de glucemia, manteniéndolos en rango de normalidad, así como también se logró reducir significativamente el aporte intravenoso de suero.

EPIDEMIOLOGÍA DE RETINOPATÍA DEL PREMATURO DE LOS RECIÉN NACIDOS QUE REQUIRIERON TRATAMIENTO.

Rosanna Fonseca.

Fundación Visión, Hospital San Pablo. Paraguay

Introducción: La Retinopatía del Prematuro (ROP) es una de las principales causas de ceguera prevenibles en la infancia; la búsqueda intencionada y el tratamiento oportuno evitan esta temible secuela de la Prematurez.

Objetivo: Describir la epidemiología según Edad gestacional y Peso al Nacer de los RN que requirieron tratamiento ROP. Describir la incidencia de casos inusuales que requirieron tratamiento.

Método: Estudio descriptivo, ambispectivo, de casos consecutivos de recién nacidos prematuros con criterios de evaluación; de una población que nació entre enero 2020 y diciembre 2022.

Resultado: Se evaluaron 8 unidades neonatales; las evaluaciones se realizaron por oftalmoscopia indirecta (OBI) y utilizando telemedicina a través de una RetCam (Cámara de campo amplio que se utiliza para capturar imágenes de la retina de neonatos prematuros. El número total de pacientes con criterios en el periodo de estudio fueron: 1824; el número de pacientes evaluados: 1720 (94,3 %), pacientes con ROP: 283/1824 (16,4%), pacientes con ROP que requirieron tratamiento: 90/283 pacientes (31,8 %), proporción global de ROP grave con tratamiento: 90/1720 pacientes (5,2 %). La distribución según Edad gestacional de los pacientes que requirieron tratamiento fue: ≤ 27 semanas: 16 (18 %), 28 sem: 15 (17 %), 29 sem: 12 (13 %), 30 sem: 10 (11 %), 31 sem: 8 (9 %), 32 semana: 15 (17 %), ≥ 33 sem: 14 (15 %). La distribución según Peso de Nacimiento de los pacientes que requirieron



SIBEN®

Mejorando el cuidado neonatal

tratamiento fue: \leq 850 gramos: 10 (11 %), entre 851-1000 grs: 18 (20 %), 1001-1250 grs: 24 (27 %), 1251-1500 grs: 19 (21 %), $>$ 1500 grs: 19 (21 %). Casos inusuales por EG y PN: 10 (11 %). Tipo de tratamiento realizado: Laser: 40/90 (45 %) y Bevacizumab (AVASTIN): 50/90 (55 %)

Conclusiones: Se constató una proporción de RN con 32 semanas o más de EG y con PN mayores de 1500 gramos que requirieron tratamiento, por lo que se recomienda se mantengan los criterios de evaluación nacionales; en tanto se sigue promoviendo la mejora en la calidad de atención neonatal.

PRESENTACIÓN DE PÓSTERS MÉDICOS

PANTALLA E

REPLANTEANDO CONDUCTAS: IMPACTO REAL DE LOS FACTORES DE RIESGO CLÁSICAMENTE CONOCIDOS, EN LA APARICIÓN DE SEPSIS PRECOZ EN RECIÉN NACIDOS ASINTOMÁTICOS.

Pamela Rodríguez, Rosanna Fonseca, Patricia Arias. Hospital General Materno Infantil San Pablo. Paraguay

Introducción: La incidencia de sepsis neonatal precoz es baja en los RN con clínica y antecedentes de factores de riesgo materno; siendo alrededor de 11 %, ésta es aún menor si consideramos a aquellos RN asintomáticos con factores de riesgo (0,21%). En nuestro país existe un protocolo que categoriza los factores de riesgo y según estos, el requerimiento de la realización de laboratorios y/o inicio de antibióticos. La objetivación de los factores de riesgo resulta fundamental a fin de evitar decisiones erradas con el paciente.

Objetivo: Describir el impacto real de los factores de riesgo clásicamente conocidos, en la aparición de sepsis precoz en recién nacidos asintomáticos.

Método: Estudio retrospectivo, observacional, de tipo longitudinal, cuantitativo y descriptivo, de finalidad aplicada. Se realizó análisis de historias clínicas de neonatos nacidos en el HSP en el periodo de julio 2022 a diciembre de 2022; sin complicaciones durante el nacimiento, con edad gestacional mayor o igual a 37 semanas, que estuvieron con la madre durante su estancia hospitalaria en alojamiento conjunto; con evidencia de factores de riesgo clásicamente conocidos para sepsis.

Resultado: Durante el periodo de estudio nacieron 2183 niños en el HSP; de los cuales 402 (18,4%) fueron prematuros, por lo que fueron excluidos; de los 1781 RN incluidos, a 265 (14,8%) se le solicitó estudios laboratoriales por poseer algún FR, de éstos, el promedio de edad gestacional al nacer fue de 38,4 ($\pm 1,33$) semanas, con un peso de 3215 (± 503) gramos, a 80/265 (30,2%) se les inició antibióticos (ampicilina/gen-tamicina), con una duración promedio de 3 días

(máximo: 7, mínimo: 1); con retorno de hemocultivos negativos en todos los casos.

Los FR considerados para los RN a quienes se les solicitó análisis laboratorios y se les inició ATB fueron: Leucocituria materna: 59 (74%) Fiebre materna: 6 (8%), IVU cultivo positivo: 4 (5%), RPM 18h: 2 (3%), RPM 12h: 2 (3%), entre otros.

Los FR considerados para los RN a quienes se les solicitó análisis laboratorios, pero no se les inició ATB fueron: Leucocituria materna: 152 (82%) IVU con cultivo positivo: 15 (8%), Rotura Prematura Membranas mayor de 18 horas: 5 (3%), entre otros.

Conclusiones: No se constató ningún caso sepsis precoz en RN asintomáticos con algún factor riesgo para infección. El principal factor de riesgo para el pedido de laboratorios y/o inicio de antibióticos fue la leucocituria; indicador poco objetivable para el diagnóstico de infección urinaria materna. Ante los resultados; se sugiere replantear los protocolos aplicados a nivel nacional para evaluar los criterios de solicitud de laboratorios y/o inicio de antibióticos en RN asintomáticos con factores de riesgo para sepsis precoz.

ESTRATEGIAS DE ASISTENCIA RESPIRATORIA EN RECIÉN NACIDOS DE MUY BAJO PESO AL NACER EN UNA UNIDAD NEONATAL.

Edaniela Otazo Arévalos, Larissa Genes; Ramón Mir. Hospital de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción. Paraguay

Introducción: La evolución de los cuidados intensivos ha ido a la par al desarrollo de la ventilación mecánica. En la actualidad uno de cada tres RN que ingresa a una UCIN, requiere ventilación mecánica por diversas afecciones; adquiere fundamental relevancia en el RNPT MBPN al ser este parte de una población con una reserva pulmonar y energética disminuida.

El subregistro existente a nivel país y la falta de publicaciones con respecto a las estrategias de asistencia ventilatoria en las diferentes unidades neonatales, dificultan la estandarización de métodos y estrategias con evidencia comprobada.

Objetivo: Caracterizar las estrategias de asistencia ventilatoria en RNPT MBPN en la UCIN del Hospital de Clínicas durante el periodo 2015 a 2019

Método: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, de corte transversal; llevado a cabo en la UCIN del Hospital de Clínicas. Se incluyen RN con MBPN asistidos en el periodo mencionado.

Resultado: Se registraron 205 nacimientos de RN MBPN, de los cuales fueron incluidos en el análisis 158. La media de la edad gestacional fue de 29,3 semanas, con un promedio de peso al nacer de 1150,5 gramos \pm 249,1. Recibieron corticoides antenatales 121 gestantes (76,1%); en este grupo un 24,8% utilizó por lo menos una dosis de corticoides, 67% recibió el esquema completo y en un 8,2% fue utilizado más de un ciclo.

Durante la estabilización respiratoria inicial en sala de partos, un 50,6% de los RN requirieron intubación orotraqueal y un 13,4% recibieron CPAP. De este último grupo, 8 (38%) ingresaron a ARM en las primeras 24 horas de vida (media de $8,7 \pm 5,9$ horas).

Se utilizó surfactante en 84 pacientes (53,1%), el 71,4% de ellos recibió una dosis y un 28,6% recibieron más de una dosis. La administración precoz se dio en el 90,4% de los casos. La duración promedio de ARM fue de 14,9 días, con un valor mínimo de 1 y un máximo de 124 días. La duración total de asistencia respiratoria (ARM, CPAP, cánula nasal) fue de una media de 23,4 días.

Las complicaciones fueron: 16,4% de los pacientes tuvo el diagnóstico de BDP, se presentaron escapes aéreos en 5% de los casos y en un 6,3% se hizo el diagnóstico de NAVM.

Conclusiones: Los RNMBPN constituyen uno de los principales desafíos en los cuidados neonatales. El uso de corticoides prenatales se da en cifras inferiores a la reportadas en otros estudios.

-84% requirió algún tipo de soporte respiratorio, en un 78% por Enfermedad de Membrana Hialina.

-El uso de CPAP al nacimiento se observó en el 13,4 % de pacientes, el uso de surfactante se dio en un 52%.

-La duración promedio de ARM fue de 14,9 días. Las complicaciones infecciosas fueron las más frecuentes, seguida por la BDP.

HIPERTENSIÓN PULMONAR PERSISTENTE DEL RECIÉN NACIDO DE DIFÍCIL MANEJO.

Benvenuto Mario, Niño Gomez Virginia, Figueira Carolina, Alusson Eugenia, Goren Nevin. HIGA San Martin La Plata. Argentina

Introducción: La hipertensión pulmonar persistente del recién nacido (HPPRN) se presenta cuando la resistencia vascular pulmonar se mantiene anormalmente elevada y resulta en hipoflujo pulmonar con la consiguiente hipoxemia refractaria al tratamiento.

Objetivo: Describir un caso de HPPRN de difícil manejo.

Método: Reporte del caso de un recién nacido internado en maternidad de alta complejidad IIIB durante el periodo comprendido entre noviembre y diciembre de 2021, que requirió ventilación de alta frecuencia asociado a shock séptico refractario a catecolaminas.

Resultado: Se presenta un paciente de término de 40 semanas que presento buena adaptación al medio extrauterino, ingresando a internación conjunta con su madre. A las 6 horas de vida presenta vómitos de contenido alimenticio y meconial asociado a cianosis y dificultad respiratoria por lo que se interna en unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN). Ingresa en asistencia ventilatoria mecánica (AVM), se administra surfactante con requerimiento de altos parámetros ventilatorios con mala adaptación y respuesta.

A las 24 horas de vida ingresa en ventilación de alta frecuencia(VAF) con oxido nítrico(ON) por hipoxemia persistente. Durante su tratamiento en alta frecuencia requirió parámetros máximos de 16Hz; presión media en vía aérea (MAP) 19; Delta 40; FiO2 1.

En su 2° día de vida se administra 3° y 4° dosis de Surfactante y se colocan 2 tubos de avenamiento

pleural por neumotórax derecho. En su 3° día de vida se coloca tubo de avenamiento pleural izquierdo que luego de 10 días se retiran junto a VAF. Presentó registros de hipercapnia e hipoxemia severa en sus primeros días de vida. Recibió coadyuvancia terapéutica con sildenafil que suspendido a los 22 días de vida con control ecocardiográfico.

Se extuba de forma exitosa a los 24 días. Días totales de O₂: 24 días y permanece aire ambiente con buena tolerancia.

Conclusiones: La utilización de frecuencias de 16Hz y volúmenes sub tidal es infrecuente en el empleo de VAF, pero resulta útil en pacientes con daño pulmonar instaurado, como estrategia neumoprotectora.

LISTERIOSIS A PROPÓSITO DE UN CASO. Goren Nevin, Antunes Maximiliano, Figueira Carolina, Alusson Eugenia, Niño Gomez Virginia. HIGA San Martín La Plata. Argentina

Introducción: La listeria monocytogenes se aísla en diversas fuentes ambientales. Se han documentado brotes asociados al consumo de productos alimentarios contaminados. Su incidencia es desproporcionada en poblaciones de alto riesgo como neonatos, ancianos y mujeres embarazadas y pacientes con deficiencia de inmunidad celular. La incidencia máxima de listeriosis ocurre durante los meses cálidos.

Objetivo: Reportar un caso de listeriosis con aislamiento en hemocultivo, cordón umbilical, placenta, y membranas ovulares maternas.

Método: Reporte del caso de un recién nacido internado en maternidad de alta complejidad IIIB durante el periodo comprendido entre agosto y octubre de 2022, que presento listeriosis con aislamiento en cultivos del paciente y maternos.

Resultado: Recién nacido prematuro de 34 semanas adecuado para la edad gestacional, producto de parto vaginal. La madre ingresa al hospital con dinámica uterina, y recibe una dosis de betametasona y sulfato de magnesio. Al nacimiento presenta hiporreactividad, llanto inefectivo y cianosis generalizada por lo que se clampea cordón en menos de 1 min. Se inician

maniobras de estimulación, secado y se lleva a sala de recepción donde se realiza ventilación a presión positiva y por falta de respuesta, con marcada dificultad respiratoria y bradicardia, se procede a intubación orotraqueal y se vincula a respirador. Ingres a UCIN donde permanece 6 días en AVM y hasta el día 14 de vida con oxigenoterapia con cánula nasal, y posterior aire ambiente.

Al nacimiento por sospecha de sepsis precoz se toma un hemocultivo y se medica con ampicilina+gentamicina. En los días subsiguientes se reciben aislamiento de listeria en hemocultivo del nacimiento, membranas ovulares, cordón umbilical y placenta. Se realiza toma de LCR que resulta negativo. Cumple 5 días de gentamicina y 14 días de ampicilina. Posteriormente el paciente presenta recuperación nutricional y egreso.

Conclusiones: La listeria es una infección de difícil aislamiento en cultivos, que cuando se adquiere durante o poco después del nacimiento se manifiesta con septicemia con o sin meningoencefalitis.

ECMO VENO-ARTERIAL COMO MANEJO DE DISFUNCIÓN BIVENTRICULAR SECUNDARIA A HIPERTENSIÓN PULMONAR PERSISTENTE DEL RECIÉN NACIDO: REPORTE DE CASO

Francisco Javier Arreaga Gutierrez; Adrian Enrique Martinez Cervantes, Barbara Gabriela Cardenas del Castillo. Christus Muguerza Hospital Conchita. Mexico

Introducción: La oxigenación de membrana extracorpórea (ECMO) es un sistema de soporte vital circulatorio y respiratorio indicado cuando las medidas terapéuticas médicas o quirúrgicas convencionales han fracasado.

Objetivo: Se optó por escoger este reporte de caso, para dar a conocer que a pesar de que la terapia con ECMO puede tener múltiples complicaciones, es efectivo al momento de tratar la falla ventricular en los pacientes con hipertensión pulmonar persistente.

Método: Se presenta el caso de paciente masculino de 8 días de vida con diagnóstico de hipertensión pulmonar persistente del recién

nacido, con apertura del conducto arterioso por corto circuito de derecha a izquierda quien fue canulado para soporte ECMO V-A debido a choque cardiogénico.

Resultado: Durante la terapia ECMO V-A en sus primeras 24 horas de logró estabilidad hemodinámica permitiendo así la disminución y destete del soporte inotrópico y vasopresor logrando normalización de SatO₂ e incrementando la tensión arterial. A los 4 días de uso de ECMO inicia con sintomatología compatible con CID y lesión renal aguda, con inestabilidad hemodinámica.

Conclusiones: Con respecto a los pacientes pediátricos el objetivo comúnmente del ECMO incluye la evidencia de recuperación miocárdica, incremento en la presión de pulso, incremento en la presión sistólica, disminución de lactato, lograr equilibrio ácido-base, mejoría de la función para entregar un gasto cardíaco adecuado y la resolución de comorbilidades.

ESCLEROSIS TUBEROSA. Guillermina Re, Fabbro Elisabet, Marcos Dolores Marternidad Martin. Argentina

Introducción: La Esclerosis Tuberosa (ET) es un síndrome neurocutáneo poco frecuente (10-14/100.000 individuos), caracterizado por el crecimiento de hamartomas en diferentes órganos, principalmente en los derivados del ectodermo. La herencia es autosómica dominante, aunque un alto porcentaje de los casos son esporádicos (50-80%), debido a mutaciones espontáneas. Rara vez debutan en el período neonatal con sintomatología inespecífica, como crisis convulsivas, distrés respiratorio, arritmias, soplos.

Objetivo: Describir un caso clínico de Esclerosis Tuberosa diagnosticada en el período neonatal en la Maternidad Martin de la ciudad de Rosario.

Método: Por referencia a nuestra unidad de tercer nivel de complejidad, a todos los neonatos que ingresan con diagnóstico de Apgar bajo y Distres respiratorio se les realiza ecocardiograma de control.

Se realiza revisión de historia clínica de paciente diagnosticado con ET en nuestro centro, a partir del hallazgo incidental de rabdomioma cardíaco en ecocardiograma de control por su distres respiratorio.

Resultado: Paciente RNTBPEG (41 semanas / 2845 gr) inicio espontáneo, finaliza por cesárea por bienestar fetal no asegurado. Apgar 6/8. Madre de 20 años con diagnóstico de retraso mental leve, primigesta con embarazo controlado, serologías negativas y ecografías morfológicas informadas normales.

Ingresa a UCIN con diagnóstico de Apgar bajo y distrés respiratorio. Requiere oxigenoterapia durante 48 horas. Se realiza ecocardiograma de control que evidencia rabdomiomas intracardíacos ventriculares no obstructivos, con ECG con extrasístoles ventriculares aisladas. Ante sospecha de ET, se completan estudios con RMI de encéfalo que informa nódulo subependimario a nivel del asta frontal del ventrículo lateral derecho e imagen ligeramente hiperintensa en secuencia T1, a nivel frontobasal derecho subcortical, que podría estar en relación con tuber. Se realiza ecografía abdomino-renal y fondo de ojo sin hallazgos patológicos. Al examen físico no se evidenciaron lesiones en piel características de ET. Se solicita evaluación por servicio de Dermatología no constatándose lesiones con lámpara de Wood.

Cursa internación sin complicaciones. Al momento del egreso se programa seguimiento interdisciplinario en la red de salud de Rosario.

Conclusiones: Los tumores intracardíacos son extremadamente infrecuentes (0.027 a 0.17%), de los cuales los rabdomiomas representan un 43-60%. Se encuentran asociados a ET el 40-80% de los casos. Se diagnostican fácilmente en el periodo prenatal por ultrasonido como masas nodulares múltiples hiperecogénicas.

Destacamos la importancia del control adecuado del embarazo con ecografías morfológicas, para el diagnóstico precoz y la derivación oportuna a un centro de alta complejidad dado que si bien tienden a la regresión, algunos pueden generar

complicaciones como arritmias u obstrucción al flujo sanguíneo.

La ET es una patología poco frecuente, que requiere de alta sospecha clínica y abordaje integral. La ausencia de lesiones cerebrales o renales en la vida prenatal no excluye la aparición postnatal; ya que su desarrollo puede ser progresivo. El hallazgo más temprano en pacientes con ET son los rabiomas intracardiacos.

LISTERIOSIS NEONATAL. A PROPÓSITO DE UN CASO. DIEGO GUAMA ZUÑIGA. HOSPITAL RAUL F. LARCADE

Introducción: *Listeria monocytogenes* es un cocobacilo Gram positivo corto, anaerobio facultativo, flagelado y móvil, con la habilidad de infectar intracelularmente. Es ubicua en la naturaleza pero puede causar enfermedad en el ser humano. Tiene una baja incidencia, con síntomas leves y autolimitados en la población en general; Sin embargo, la transmisión materno-fetal, puede generar cuadros graves en neonatos, manifestados como sepsis, meningitis, endocarditis, meningoencefalitis. El diagnóstico oportuno por clínica y datos de laboratorio y la terapéutica adecuada favorecen la resolución de la enfermedad.

Objetivo: Describir un caso clínico poco frecuente, de morbi-mortalidad elevada, de presentación precoz y resolución favorable con tratamiento instaurado.

Método: Describir un caso clínico de Listeriosis neonatal de presentación precoz en la unidad de cuidados intensivos neonatales del hospital Raúl F. Larcade.

Resultado: Recién nacido producto de madre de 18 años, primera gestación, período sin factores de riesgo aparentes, sin antecedente de inmunosupresión, serologías maternas (HIV, Hepatitis B, VDRL, Toxoplasmosis y Chagas) no reactivas, no uso de corticoterapia. Acude a urgencias a las 30 semanas por presentar inicio de trabajo de parto en fase activa. Se recibe por cesárea parto pre término, presentación podálica a neonato de sexo masculino, medidas

antropométricas: peso 1640 gr, talla: 40 cm perímetro cefálico 29 cm, líquido amniótico amarillo, neonato no vigoroso, APGAR al minuto 1, 3, 5,7, se realizaron maniobras de reanimación neonatal básicas y avanzadas, requiriendo soporte ventilatorio invasivo durante 48 horas, posteriormente requerimiento de CPAP nasal durante 5 días hasta destete completo del mismo. Se descartó síndrome de aspiración de líquido amniótico meconial. No se reportó infección materna periparto. Por antecedentes natales se inició antibiótico terapia con Ampicilina y Gentamicina con hemocultivos a las 48 horas de incubación donde se reportaron crecimiento de bacilos Gram positivos, cuyo resultado definitivo fue *Listeria Monocytogenes*, Punción lumbar con análisis de líquido cefalorraquídeo (LCR) compatible con meningitis bacteriana, neonato sin signos de focalidad neurológica, con control de Ecografía Transfontanelar sin hallazgo patológico y Control de LCR posterior a tratamiento antibiótico con reporte negativo. Neonato evolucionó favorablemente, sin deterioro clínico, se registró negativización de biomarcador de infección posterior a tratamiento antibiótico completó.

Conclusiones: En el presente caso la Listeriosis de transmisión materno-neonatal tuvo una presentación grave con desarrollo de sepsis, meningitis; en el cual se realizó un diagnóstico oportuno y se implementó tratamiento adecuado. La evolución de este paciente fue completamente satisfactoria.

CORRECCIÓN QUIRÚRGICA INTRAUTERINA EN MALFORMACIÓN DE TUBO NEURAL DE ÉXITO EN UN TERCER NIVEL DE ATENCIÓN EN LA CDMX.

Estefania Espindola Gleason, Rodrigo De Los Santos Perez, IMSS Hospital Gineco Obstetricia 4, México

Introducción: Reporte de caso clínico de recién nacido de 38.4 sdg con diagnóstico prenatal de síndrome de Arnold Chiari tipo II (espinas bífidas y mielomeningocele), realizándose intervención a cargo de micro neurocirugía de tipo correctiva en la semana 26.6 sdg en unidad de tercer nivel de la

ciudad de México, la cual se reporta con resultados favorables, mostrando disminución en los riesgos que esta patología conlleva en la etapa neonatal y a largo plazo.

Objetivo: Los defectos de cierre del tubo neural (mielomeningocele) representan una prevalencia del 9.2 por cada 100000 RN y representa la causa más común de discapacidad neurológica cognitiva y motora, por tanto la corrección quirúrgica en la etapa prenatal ha mostrado beneficios importantes a corto y largo plazo; el desarrollo de una técnica quirúrgica que disminuya las complicaciones mediatas impactaría de manera favorable en el pronóstico de nuestros pacientes.

Método: Hijo de madre de 28 años, antecedente de diabetes mellitus, grupo sanguíneo o positivo, gesta 2, cesárea 1 (hace 3 años por producto macrosómico, labio paladar hendido), gesta actual con diagnóstico a las 4 sdg, con consumo de folatos, con 7 usg en último realizado a las 23.3 sdg se reporta feto con anomalía de Arnold Chiari II + rasquisquisis (defecto de cierre de tubo neural a nivel del sacro con cráneo en limón, cerebelo en banana, microcefalia) es enviado a nuestra unidad en donde se corrobora diagnóstico de defecto de tubo neural y malformación de Arnold Chiari II, se realiza microarreglo prenatal el día 11.05.23 en el cual se reporta negativo, por lo que se integra paciente candidata a cirugía fetal programada a las 27.1 sdg para realización de microneurocirugía intrauterina de defecto del tubo neural con aplicación de bloqueo epidural más anestesia general balanceada, con los hallazgos: defecto abierto a nivel del sacro de 1.5cm con sangrado de 50cc, se realiza control ultrasonográfico 8 días posteriores con reporte de ILA 4.8cc, POOL mayor de 21mm, con función ventricular normal, con VD 13mm, VI 13mm, cisterna magna 4mm, cerebelo 34mm, nace vía abdominal programada obteniéndose el día 29.08.23 recién nacido masculino con adecuada respuesta a pasos iniciales de la reanimación, Apgar 9/9, peso 2700gr, talla 47cm, con movilización pasiva de

miembros pélvicos y ROTs disminuido, se envía a cunero para continuar abordaje diagnóstico.

Resultado: Se realizan estudios de imagen a nivel de columna reportándose sin alteraciones óseas ni en tejidos blandos, así como usg transfontanelar sin evidencia de hidrocefalia con ventrículos conservados, perímetro cefálico en percentil 50 para la edad, por lo tanto se identifica como exitoso el procedimiento, se iniciara seguimiento en la consulta externa de neurocirugía, genética y pediatría.

Conclusiones: La cirugía fetal a lo largo de los años contemplando los avances diagnósticos, representa una opción terapéutica en aquellos pacientes que cuentan con características morfológicas idóneas para su corrección quirúrgica como lo es el mielomeningocele y con esto disminuir complicaciones que impacten en el desarrollo global de nuestros pacientes.

MENINGITIS NEONATAL POR PASTEURELLA MULTOCIDA. REPORTE DE CASO. Maite Perez, Manuel del Barco, Magdalena Marani, Valeria Garcia. Clinica Universitaria Reina Fabiola. Argentina

Introducción: La meningitis bacteriana es considerada una enfermedad severa. Los recién nacidos representan un grupo poblacional cuyo diagnóstico es difícil, ya que no manifiestan signos de meningismo, y la irritabilidad es de carácter inespecífico.

Afortunadamente es poco común, con una tasa de 80 casos por 100.000 bebés menores de 2 meses de edad.

Objetivo: Reportar un caso clínico sobre meningitis neonatal por Pasteurella Multocida.

Reforzar medidas de higiene y manejo de animales domésticos en el ambiente del recién nacido.

Método: Observacional.

Resultado: Paciente femenina de 40 semanas, sin antecedentes perinatológicos relevantes, consulta a los 27 días de vida en ciudad de origen por letargo, fiebre, cianosis peribucal y rechazo alimentario. Se policultiva (Urocultivo, Hemocultivo y Cultivo de LCR) y se inicia

antibioticoterapia con Ampicilina y Gentamicina. Se recibe informe preliminar de bacilo gram negativo en LCR y hemocultivo. Se rota esquema a Ampicilina y Cefotaxima. Luego de 48 horas presenta episodios convulsivos tónico-clónicos generalizados, breves, con recuperación espontánea. Se realiza dosis de carga de Fenitoína y se deriva a nuestro centro.

Se recibe febril, sin signos acompañantes. Laboratorio: Hb 11,5 g%, Hto 34,7%, GB 14.5 miles/ul, plaquetas 201 miles/ul, PCR 63 mg/l. Se repiten cultivos. Citoquímico de LCR de aspecto ligeramente turbio, 8.500 hematíes/mm³, 167 leucocitos/mm³ (predominio linfocítico), glucorraquia 14 mg/dl (Glucemia 83 mg/dl), proteínas 0.25 gr%. Film Array: negativo. Ecografía cerebral: imagen hiperecogénica periventricular paracaudal izquierda, aumento de refringencia en espacios subaracnoideos. EEG: normal. RMN: hallazgos semejantes a ecografía. Se indica Levetiracetam y se ajusta antibioticoterapia a Vancomicina+Meropenem.

Se recibe resultado definitivo de primera muestra de LCR donde se informa cocobacilos gram (-) correspondiente a Pasteurella Multocida por lo que se adecua tratamiento según sensibilidad con Cefotaxima durante 21 días. Muestra de LCR control: normal. Resto de cultivos negativos.

Presenta buena evolución clínica y se otorga alta médica.

Conclusiones: La Pasteurella Multocida es un agente poco frecuente de meningitis neonatal, siendo Estreptococos del grupo B y E. Coli los más implicados.

La identificación rápida de patógenos es importante para determinar la terapia óptima y la necesidad de profilaxis de los contactos post-exposición, justificada en casos de meningitis por Neisseria y Haemophilus influenzae.

En este caso el organismo identificado fue Pasteurella Multocida, cocobacilo gram (-). Este agente puede confundirse con otros patógenos inicialmente, dificultando el diagnóstico. Normalmente habita en el microbioma oral de animales domésticos y rara vez se encuentra implicado como causa de meningitis. No

obstante, debe considerarse y sospecharse en pacientes con antecedente de contacto con mascotas.

Dentro de las principales medidas para su prevención, es importante reforzar la higiene de manos luego del contacto con animales, así como evitar el contacto directo entre el recién nacido y la saliva de los mismos.

Aunque la meningitis neonatal por Pasteurella Multocida es una entidad rara, puede ser potencialmente grave. Este caso subraya la importancia de indagar acerca de la exposición de los recién nacidos a las mascotas y de educar a los cuidadores sobre los riesgos asociados a esta. Sería prudente aconsejar la higiene de manos después del contacto con animales y evitar el contacto directo de estos con los niños.

GRANULOMA PIÓGENO LINGUAL EN UN RECIÉN NACIDO: ESCISIÓN QUIRÚRGICA Y TRATAMIENTO CON BETABLOQUEANTES TÓPICOS.

Marani Magdalena, Valentina Bosio, Carlos Sturm, Geraldine Labedz, Valentina Mothe, Ignacio Sosa, Debora Wainsztein. Clínica Universitaria Reina Fabiola. Argentina

Introducción: El granuloma piógeno es una hiperplasia inflamatoria no neoplásica que responde a diversos estímulos, como irritación local crónica y traumatismos. Suele presentarse como una masa localizada e indolora, de color rosado pediculada o sésil. En la cavidad bucal la localización más frecuente es la encía. El diagnóstico diferencial con otros tumores orales benignos o malignos puede resultar difícil. El caso que presentamos corresponde a la edad más joven descrita con este diagnóstico.

Objetivo: Reportar un caso clínico de un granuloma piógeno lingual en un neonato.

Método: Observacional.

Resultado: Bebe femenina, de 34 semanas, peso adecuado al nacer, ingresa a neonatología para alimentación mediante sonda orogastrica y estimular succión.

Al tercer día de vida se observó una lesión membranosa de color blanco amarillento que cubría la superficie del tercio anterior dorso

lingual. Se sospechó de candidiasis oral versus lesión por quemadura por lo que se administró tratamiento con nistatina sin respuesta clínica.

A la semana de vida se observó un aumento en el espesor de la lesión, firme, rosada, indolora, con múltiples irregularidades redondeadas y lobulaciones, que no impedía la succión ni causaba dificultad respiratoria. Servicio de otorrinolaringología realizó fibrolaringoscopia flexible para descartar compromiso de la vía aérea con informe normal, ecografía lingual y tiroidea normal. Se realizó resonancia magnética la cual identificó una lesión ocupante de espacio superficial con bordes definidos en las zonas anterior y paramediana de la lengua, de señal homogénea con aparentes áreas quísticas sólidas y signos de benignidad. Se realizó extirpación completa de la lesión sin complicaciones. Los hallazgos histopatológicos revelaron el diagnóstico de granuloma piógeno. La paciente evolucionó favorablemente hasta la cuarta semana postoperatoria, luego de la cual se observó recidiva de la lesión, se decidió indicar tratamiento conservador con timolol tópico al 0,5% en hidrogel dos veces al día durante 60 días, objetivándose completa remisión de la lesión, sin recidivas hasta la fecha, 20 meses después.

Conclusiones: El granuloma piógeno representa aproximadamente entre el 1,5 y el 2% de los resultados de las biopsias de la cavidad bucal. La gran mayoría de estos casos corresponden a granulomas piógenos gingivales. Tiene mayor prevalencia entre los 11 y 40 años.

La temprana edad de aparición del granuloma piógeno en el paciente mencionado anteriormente significó un desafío diagnóstico que obligó a considerar diagnósticos diferenciales que incluyen masas tumorales, alteraciones congénitas o del desarrollo embrionario como la localización ectópica de la glándula tiroidea o tumores de la línea media.

El tratamiento quirúrgico de este tumor benigno suele ser el de elección con bajas tasas de recurrencia, sin embargo es importante tener en cuenta el tratamiento tópico con betabloqueantes en el caso de remisión.

APROPÓSITO DE UN CASO: HEMORRAGIA CEREBRAL EN UN PACIENTE NEONATO A TÉRMINO.

Collin Flores Maria Leonor, Camacho Lorena Luz. Hospital de Niños Sor Maria Ludovica La Plata Bsas Servicio de Neonatología. Argentina
Introducción: Las hemorragias periventriculares, son pocos frecuentes en el neonato a término. El punto de origen del sangrado no está claro y se ha atribuido a restos no involucionados de la matriz germinal, plexos coroideos, malformaciones vasculares e infartos hemorrágicos. Son factores predisponentes la asfixia perinatal, traumatismos obstétricos, la trombosis venosa central y alteraciones en la coagulación. En neonatos de termino producto de gestación y partos normales, suelen debutar entre la 1° y la 3° semanas de vida con irritabilidad, convulsiones, fiebre y signos de hipertensión endocraneana. Las pruebas de neuroimagen permiten realizar el diagnóstico.

Objetivo: Identificar las formas de presentación clínica, factores de riesgo, de las hemorragias cerebrales en el recién nacido a término, para poder realizar un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, evitando así complicaciones neurológicas.

Método: Paciente masculino de 16 días de vida, RNT/AEG, 38 semanas EG, PN: 3350 GR. APGAR 9/10, embarazo controlado, G5C4P0A1, antecedente de embarazo molar con cotiledón aberrante. Serologías maternas y del RN negativas.

Ingresa a Servicio de Neonatología en grave estado general, vinculado a AVM, encefalopático, con signos de hipertensión endocraneana, se realiza neuroimagen con evidencia de hemorragia intraventricular masiva, dilatación ventricular con imagen hipodensa en su interior. Laboratorio de ingreso: concentración de Protrombina de 61%, tiempo parcial de Tromboplasmina activada 40 seg, plaquetas 315000 mm³, hematocrito 28%, hb 9,7 gr/dl, Tromboelastograma normal, requiriendo transfusión de glóbulos rojos. Ingresa a quirófano por servicio de neurocirugía para lavado endoscópico y colocación de drenaje ventricular al exterior, el cual lo mantiene desde

02/11 hasta el 20/01, luego realizándose la colocación de válvula de derivación ventrículo peritoneal.

Durante la internación presentó episodio convulsivo, realizándose Electroencefalograma: ritmo de base asimétrico, hipovoltado a predominio derecho, presencia de ondas lentas, fronto-centro temporales a predominio izquierda, requiriendo ajuste de medicación anticonvulsivante. Intercurio con Meningoencefalitis cumpliendo con antibioterapia ajustada al germen aislado. Se realizó evaluación por servicio Hematología, descartándose Discrasias Sanguíneas. Con el objetivo de realizar un diagnóstico definitivo, se realiza: Resonancia Magnética: dilatación ventricular infra y supratentorial con persistencia de contenido hemático intraventricular, hemorragia a nivel gangliobasal izquierdo, AngioRM arterial: ambas carótidas internas

Conclusiones: La hemorragia intraventricular es una entidad rara en el RNT, en comparación con el Prematuro, que es más frecuente. El foco de origen en recién nacidos de término, sin factores de riesgo, puede provenir de restos de la matriz germinal o de los plexos coroideos o de malformaciones arterio-venosa, la evolución neurológica de los RN con hemorragia cerebral, varía mucho según la bibliográfica publicada, se encuentran casos con pronóstico habitualmente bueno y los otros muchos presentan secuelas neurológicas y neuropsicológicas graves.

ALERGIA A LA PROTEÍNA DE LA LECHE DE VACA EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS: DESAFÍOS EN EL DIAGNÓSTICO Y EL MANEJO TERAPÉUTICO. Manuel Del Barco, Paula Valeria García, Magdalena Marani, Maite Perez, Eliana Beltram. Clínica Universitaria Reina Fabiola. Argentina

Introducción: La alergia a la proteína de la leche de vaca (APLV) es un diagnóstico infrecuente en el área de internación neonatal. Es una reacción adversa mediada inmunitariamente. Puede presentarse con síntomas gastrointestinales, cutáneos, respiratorios de diferente gravedad

que pueden confundirse con enterocolitis necrotizantes o sepsis.

Las fórmulas y fortificadores a base de leche de vaca son muy utilizados durante la internación neonatal debido a las dificultades en la obtención de calostro en los primeros días.

Objetivo: Describir dos casos de APLV en bebés prematuros que presentaron dificultades para su diagnóstico y manejo clínico.

Método: Observacional

Resultado: Caso 1

RNPT extremo de 28 semanas, que nace por cesárea con antecedentes de RCIU tipo III-IV, con distensión abdominal persistente y retraso de crecimiento, con antecedentes familiares de APLV, alimentado en un primer momento con leche materna fortificada y fórmula hidrolizada extensa, por lo que se decide iniciar con dieta de exclusión materna a lacteos, con mejoría transicional de los síntomas. A sus 89 días de vida comienza con deposiciones con moco y sangre, por lo que se roto a fórmula a base de aminoácidos observando mejoría en las deposiciones y progresión pondoestatural.

Caso 2

RNPT tardío con antecedente de asfisia perinatal alimentada con leche materna, con retraso de crecimiento, comienza a los 12 días de vida con irritabilidad y vómitos por lo que se inicia con fórmula hidrolizada extensa sin mejoría. A sus 19 días de vida comienza con deposiciones mucosas, abundantes con estrías de sangre se decide rotar a fórmula a base de aminoácidos observando mejoría tanto de las características de las deposiciones como en la progresión pondoestatural y la irritabilidad.

Conclusiones: Discusión

Se presentó 2 casos de recién nacidos pretérmino que cursaron internación en neonatología con síntomas similares en los cuales, luego de descartar otras causas, se llegó al diagnóstico de APLV con respuesta favorable al tratamiento con fórmula a base de aminoácidos y leche materna con dieta de exclusión materna a lacteos.

Se han establecido múltiples mecanismos para la APLV. Estos incluyen una reacción de



SIBEN®

Mejorando el cuidado neonatal

hipersensibilidad mediada por inmunoglobulina E, una reacción de hipersensibilidad retardada no mediada por IgE y mecanismos mixtos. Se desconoce la naturaleza de la reacción en nuestros pacientes. Los exámenes complementarios tienen valores diagnósticos limitados, la mejoría de los síntomas tras la exclusión de las proteínas de la leche en la dieta, así como la reaparición de los mismos tras su incorporación fue lo que estableció el diagnóstico.

La alergia a la proteína de la leche de vaca constituye un diagnóstico poco frecuente en neonatología ya que puede confundirse con otras patologías como la enterocolitis necrotizante y la sepsis. La exposición precoz de estos bebés a fórmula o fortificadores de origen bovino puede predisponer a esta afectación siendo la dieta de exclusión materna a lácteos y las fórmulas extensamente hidrolizadas el tratamiento, si bien en los casos planteados no fue suficiente, observándose mejoría clínica tras el cambio a fórmula elemental a base de aminoácidos.

PRESENTACIÓN DE PÓSTERS MÉDICOS

PANTALLA F

TRANSMISIÓN VERTICAL POR CHIKUNGUNYA. A PROPÓSITO DE UN CASO EN LA MATERNIDAD

MARTIN DE ROSARIO, SANTA FE. Estafania Gaspoz, Elisabeth Fabro. Maternidad Martin. Argentina

Introducción: La fiebre Chikungunya es una enfermedad viral emergente, causada por un virus ARN, familia Togaviridae, género Alphavirus. Transmitida por la picadura de mosquitos del género Aedes (Aegypti y Albopictus).

Los reportes de transmisión vertical datan del año 2005-2006, durante la epidemia en la Isla de la Reunión, Africa. En Argentina se notificaron 1278 casos hasta abril de 2023, siendo uno de ellos transmitido al neonato, durante el parto.

Objetivo: Describir un caso clínico de transmisión vertical por Chikungunya diagnosticado en la UCIN de la Maternidad Martin de Rosario.

Método: Revisión y análisis descriptivo de clínica de paciente diagnosticado por transmisión vertical por Chikungunya en nuestro centro, en Marzo del 2023.

Resultado: Recién nacida de término, peso adecuado para la edad gestacional, vigorosa, nacida por parto vaginal. Por antecedente materno de Chikungunya y cuadro febril diagnosticado periparto, la niña se controla clínicamente y con laboratorio (PCR Chikungunya en sangre negativa), durante 5 días en alojamiento conjunto.

Ingresa al UCIN a los 7 días de vida, por cuadro de irritabilidad, rechazo al alimento, palidez y temperatura de 38º C. Asumido como síndrome febril sin foco, se toman hemocultivos, urocultivo y examen de LCR, negativos y se medica con ampicilina y gentamicina.

Durante las primeras horas de internación, presenta episodio convulsivo, que requiere dos dosis de carga de fenobarbital. Por depresión respiratoria se vincula en ARM por 24 hs.

Se solicita PCR en LCR para Chikungunya, con resultado positivo. Se asume como Meningoencefalitis a este patógeno y se suspenden antibióticos. Como estudios

complementarios se realizan RMI de cráneo, con informe normal. EEG patológico. Permanece en UCIN durante 17 días, otorgando alta hospitalaria, con buena evolución clínica.

Conclusiones: Los recién nacidos, hijos de madre con diagnóstico confirmado para Chikungunya (especialmente las que hayan presentado fiebre peri e intraparto), deben permanecer en internación durante 5-7 días, a fin de descartar signos y síntomas de infección congénita, solicitando examen por PCR en sangre para el mismo. Hasta el 40% de los neonatos presentan formas graves, como complicaciones cardiológicas, hematológicas o neurológicas. En pacientes con compromiso neurológico, como el presentado; se ha descrito a largo plazo mayor riesgo de retraso global del neurodesarrollo, predominantemente en la coordinación y lenguaje.

No se dispone de tratamiento específico para la enfermedad, por lo cual es sumamente importante la sospecha clínica y observación del neonato durante los primeros días.

USO DE CATÉTER CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA (PICC) EN MIEMBRO INFERIOR Y UNA COMPLICACIÓN MECÁNICA POCO DESCRITA EN NEONATOLOGÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO EN MATERNIDAD MARTIN DE ROSARIO. Daniel Curilen, Jorgelina Cesolari, Elisabet Fabbro, Francisco Casiello. Maternidad Martin, Rosario. Argentina

Introducción: El PICC consiste en el acceso al sistema circulatorio a través de la punción de una vena periférica hacia un vaso central. Es de uso habitual en las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN) por sus amplios beneficios, pero no está exento de complicaciones. El desplazamiento de la punta del catéter es una complicación mecánica que genera extravasación local de la terapia intravenosa. La ascitis quilosa es la acumulación intraperitoneal anormal de linfa o quilo por extravasación en la cavidad abdominal y que se diagnostica tras observación macroscópica del líquido ascítico y por microscopía al confirmar la presencia de

triglicéridos siendo ésta una entidad poco frecuente.

Objetivo: Describir a la ascitis quilosa como una complicación mecánica excepcional en un neonato tras colocación de PICC en miembro inferior izquierdo.

Método: Reporte de un caso clínico sobre un paciente internado en UCIN de la maternidad Martín de Rosario.

Resultado: Se describe el caso de un paciente masculino recién nacido pretérmino tardío peso adecuado para la edad gestacional, vigoroso; que nace por vía vaginal tras inducción por colestasis materna; madre de 27 años, secundigesta con serologías negativas actualizadas. Ingresa a UCIN con diagnóstico de prematuridad y distress respiratorio. Requiere CPAP durante 48 hs. Por intolerancia oral, se indica a las 48 horas de vida nutrición parenteral total (NPT), se coloca vía percutánea en miembro superior izquierdo que en día 4 se rota a miembro inferior homolateral en posición central. A los 11 días de vida tras desmejoría clínica, se asume como sospecha de sepsis intrahospitalaria se toman cultivos pertinentes y se medica con Vancomicina y Meropenem; agrega marcada distensión abdominal y edema a tensión, se realiza radiografía abdominal descartando neumoperitoneo, se constata desplazamiento del catéter percutáneo; ingresa a quirófano observándose ascitis quilosa que se confirma por muestra de citofísicoquímico con triglicéridos 2740 mg%. Se reciben cultivos positivos a *Estafilococo epidermidis*, realizando 14 de antibioticoterapia. Se mantiene clínicamente inestable con insuficiencia renal aguda prerrenal, disturbios metabólicos y convulsiones, con adecuada respuesta tras instaurar los tratamientos específicos. Se realiza neuroimagen observando edema generalizado y leucomalacia periventricular. A los 41 días de vida, se otorga alta hospitalaria, quedando en seguimiento con neurología, cirugía pediátrica y pediatría.

Conclusiones: La ascitis quilosa es un evento no descrito que puede presentarse dentro de las complicaciones mecánicas de PICC en miembros

inferiores, la localización incorrecta de la punta se asocia a mayor morbilidad, por lo que se recomienda que la misma se encuentre en posición central. Así mismo el desplazamiento del catéter es un evento adverso posible, por lo que se sugiere la evaluación radiológica frecuente hasta su remoción podría minimizar efectos indeseables a corto y largo plazo.

HIPOPLASIA DEL ARCO AORTICO Y CONDUCTO ARTERIOSO CON REPERCUSIÓN ASOCIADO CON SÍNDROME DE DOWN.

Erika Gonzalez Galindo.
Hospital Angeles Lomas. México

Introducción: El conducto arterioso permeable (CAP) con repercusión hemodinámica genera una mayor morbilidad y mortalidad neonatal, observándose mejoría principalmente en los pacientes que requieren ligadura quirúrgica. El CAP hemodinámicamente significativo incluye un diámetro >1.5mm y crecimiento auricular y ventricular izquierdo.

Es importante la vigilancia hemodinámica del paciente operado del CAP y el conocimiento de las complicaciones para su resolución inmediata.

Objetivo: Conocer las indicaciones para cierre quirúrgico del CAP y sus complicaciones.

Método: Reporte de caso. Estudio Observacional. Recién nacido hijo de madre de 44 años y padre de 48 años, sanos. Nace vía abdominal por oligohidramnios. Al nacimiento con criterios de HALL para síndrome de Down, iniciando con cianosis y desaturación requiriendo oxígeno suplementario. Ecocardiograma al nacimiento con presión sistólica de arteria pulmonar de 61 mmHg, conducto arterioso permeable y comunicación interventricular. Durante las primeras 24 h de vida con oxígeno suplementario que se retira por mejoría continuando con su egreso.

En seguimiento por cardiología en consulta externa se realiza ecocardiograma transtorácico el cual reporta coartación aórtica con gradiente máximo de 68 mmHg y medio de 30 mmHg, conducto arterioso permeable de 4 mm de diámetro, derrame pericárdico moderado y extrasístoles ventriculares por lo que se

hospitaliza. En tomografía se evidencia un conducto amplio y reducción del diámetro distal del arco aórtico. Se decide abordaje quirúrgico para valorar hipoplasia del arco aórtico y descartar obstrucción del conducto arterioso.

Resultado: En cirugía se identifica y disecciona arco aórtico, aorta descendente y conducto arterioso. Se procede a pinzar conducto arterioso, se secciona y se suturan ambos cabos con prolene 5-0. Se miden gradientes de presión entre arteria radial derecha y femoral derecha siendo no mayor a 2 mmHg descartando coartación aórtica. Se observa conducto arterioso de 6-7 mm y arco aórtico distal 6-7 mm.

Presentó síndrome postligadura, requiriendo soporte con aminas, diurético y b-bloqueador. A su egreso de quirófano con ventilación mecánica y control radiográfico con hemitórax velado, por lo cual se realiza USG pulmonar con presencia de colapso pulmonar y derrame pleural. Se colocó sonda pleural izquierda obteniendo líquido serohemático 20ml aproximados, sin embargo, persistía radiográficamente con hemitórax izquierdo velado, por lo que se realizó angiotomografía tórax para descartar compresión extrínseca; se realiza broncoscopia observándose abundantes secreciones espesas en el bronquio izquierdo, por atelectasia total. Posteriormente con retiro de oxígeno, tolerancia de la vía oral, hemo dinámicamente estable.

Conclusiones: Las opciones para cierre quirúrgico pueden ser transcatéter y ligadura. Estos procedimientos se reservan para pacientes con CAP grandes sintomáticos. En este caso se decidió ligadura durante la cirugía exploratoria, debido a que se tenía que descartar de primera intención coartación aórtica. Este paciente durante su evento postquirúrgico tuvo monitorización cardiovascular continua y soporte hemodinámico. De los riesgos asociados con la ligadura del conducto el paciente presentó inestabilidad hemodinámica y bajo gasto cardíaco. Teniendo que descartar la lesión a bronquio principal izquierdo, debido a la presencia de hemitórax velado con diagnóstico diferencial de atelectasia.

ATELECTASIA PROLONGADA, TRATAMIENTO CON DORNASA ALFA, A PROPÓSITO DE UN CASO. Evelyn Angamarca, Cecilia Leguizamón. Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas. Argentina

Introducción: La atelectasia prolongada es el colapso parcial o completo de los alvéolos pulmonares, que persiste durante de 21 días, a pesar del tratamiento adecuado, producido por: obstrucción de las vías respiratorias (intraluminal, extrínsecas o de la pared), trastornos que interfieren con la reexpansión pulmonar (compresión del parénquima, enfermedad neuromuscular o escoliosis grave), surfactante reducido/ausente (prematuridad extrema) o inactivado (SDRA o neumonía), anomalías en el intercambio de gases (dependiendo el grado de colapso). Se diagnostica con base en los hallazgos radiográficos (opacificación pulmonar con o sin signos compensatorios adyacentes asociados). El manejo se basa en técnica

Objetivo: Presentar y analizar un caso, con el fin de discutir sobre la eficacia del tratamiento con Dornasa Alfa en atelectasia prolongada.

Método: Este es un estudio descriptivo, observacional de una paciente femenina producto de parto vaginal espontáneo, 2do gemelar, de 29 semanas, 867 gr de peso al nacer. Madre de 37 años G3P1C1, con 2 hijos sanos, sin antecedentes patológicos de relevancia, no recibió maduración pulmonar. APGAR 3/8, requirió IOT inmediata al nacer por escaso esfuerzo respiratorio, recibió 2 dosis de surfactante. Durante su internación presentó evolución respiratoria compleja, requirió múltiples modos ventilatorios (VAFO/AC/SIMV), 5 extubaciones fallidas, realizó protocolo DART, logrando extubación exitosa a los 76 ddv. Se realizaron múltiples radiografías de tórax donde se constató imagen radiopaca homogénea izquierda compatible con atelectasia masiva izquierda que inicia a los 30 ddv y persiste durante 45 días. Se realiza TAC tórax que informa: atelectasia del pulmón izquierdo, infiltrado en vidrio esmerilado a nivel apical derecho con consolidación lóbulo medio.

Resultado: Se realiza tratamiento con alfa dornasa (durante tres días) junto a kinesioterapia respiratoria, con radiografía control a las 48 horas que evidenciaba resolución de atelectasia izquierda. Durante su estadía presentó interurrencias infectológicas (4), sin aislamiento de germen, DAP con cierre farmacológico, Trombosis en desembocadura de Vena Cava superior tratada con anticoagulación. Se otorgó el alta a los 3 meses de vida, con tratamiento antitrombótico, realizando controles en consultorio de seguimiento y hematología.

Conclusiones: Los neonatos que requieren ventilación mecánica, pueden desarrollar atelectasias, por la alteración de los mecanismos protectores de las vías respiratorias (disminución de la actividad ciliar y aumento de la producción de moco). En ocasiones, se tornan de difícil resolución con la terapia convencional y persisten durante un lapso mayor a 21 días (atelectasia prolongada). Las secreciones mucosas dependen en parte de la presencia de ADN extracelular, secundaria a la degradación de los leucocitos polimorfonucleares necróticos que incrementa la viscosidad en las secreciones pulmonares, lo que facilita la formación de tapones mucosos.

La Dornasa Alfa, contribuye en la digestión del (ADN) extracelular, lo que ayuda en la licuefacción de tapones mucosos en pacientes con fibrosis quística, y hay reportes que han sugerido efectos beneficiosos en otras enfermedades respiratorias. Se revisó una publicación en la revista NIH Pediatrics, donde de 22 bebés (12 prematuros y 10 a término) que desarrollaron atelectasia, y no respondieron al tratamiento convencional, se administró rhDNasa nebulizada (1 mg/m² dos veces al día durante 3 días) se observó una mejoría clínica y radiológica de la atelectasia en 18 de 22 pacientes. Los estudios sugieren que la DNasa puede ser considerada una alternativa terapéutica eficaz y segura, en aerosol o por tubo endotraqueal, en el manejo de atelectasias persistentes secundarias al uso de ventilación asistida, en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales, cuando la terapia convencional ha fracasado: antes de

considerar intervenciones más agresivas, como el uso de broncoscopia.

TROMBOCITOPENIA ALOINMUNE FETONEONATAL POR ANTI-HPA1a EN RECIÉN NACIDO DE TERMINO SIN DIAGNOSTICO PRENATAL. ASFICTICO. REPORTE DE UN CASO.

Laroti. A. Hospital Durand. Argentina

Introducción: La Trombocitopenia Fetoneonatal Aloinmune (TFNA) es una patología inmunomediada por anticuerpos antiplaquetarios específicos de tipo IgG, presentes en el suero de gestantes aloinmunizadas, con capacidad de atravesar la barrera placentaria y destruir plaquetas feto/neonatales que poseen antígenos (Ag) plaquetarios heredados del padre e inexistentes en la madre. La presentación clínica es la de un recién nacido (RN), embarazo sin complicaciones que, en periparto inmediato, puede presentar sangrados (desde petequias o equimosis a hemorragias de mayor gravedad como gástricas, pulmonares, oculares, renovesicales e intracraneales) como consecuencia de la destrucción plaquetaria.

Objetivo: Presentar un caso clínico de gravedad inesperada que desencadenó necesariamente el armado urgente de equipo multidisciplinario para el tratamiento y diagnóstico del caso en conjunto con la colaboración de institución del ámbito privado.

Método: Presentación poster. Estudio de un caso grave e infrecuente

Resultado: Tratándose de un embarazo controlado y sin complicaciones nació un bebé con petequias y hematomas generalizadas con cuadro asfíctico grave, con líquido amniótico con abundante sangrado que requirió el ingreso inmediato a la unidad de terapia intensiva neonatal, impidiendo aplicar la terapia de hipotermia controlada debido a que la presencia de coagulopatía lo contraindica. Se organizó con éxito la intervención urgente del servicio de hematología infantil y de adultos para definir e instaurar el tratamiento sintomático y lograr el diagnóstico gracias también a la colaboración del Hospital Italiano de Buenos Aires donde se

obtuvo la determinación mediante estudio para la detección de anticuerpos antiplaquetarios por Citometría de flujo y Biología molecular.

Conclusiones: Esta coagulopatía congénita que no fue posible diagnosticar en el periodo de gestación requiere de un equipo multidisciplinario de urgente armado ya que la estabilización, controles y seguimiento en la internación son necesarios para que las conductas sean las correctas y los resultados óptimos sin dejar de mencionar que tratándose de un embarazo de término sin datos de riesgo, el nacimiento podría haber ocurrido en un servicio de baja o mediana complejidad complicando aun más el curso de la enfermedad. Es necesario contar con equipos de buena formación y experiencia para activar los medios necesarios para brindar la mejor atención contando con redes de derivación que optimicen el recurso.

A PROPÓSITO DE UN CASO: LINFOHISTIOCITOSIS HEMOFAGOCÍTICA PRIMARIA DE PRESENTACIÓN NEONATAL. Lucila Rodríguez Camarda, Agustina Artigue, Dayanna De Moraes. Hospital Garrahan. Argentina

Introducción: La linfocitosis hemofagocítica (HLH) se caracteriza por una respuesta inflamatoria excesiva por hiperactivación del sistema inmune, con fallo multiorgánico progresivo si no se trata. Su origen puede ser primario o secundario.

Las manifestaciones clínicas características de la enfermedad son: fiebre, hepatoesplenomegalia, citopenias, coagulopatía e hipertrigliceridemia. El diagnóstico se realiza por criterios clínicos y de laboratorio, excepto que existan antecedentes familiares. La hiperferritinemia es muy marcada y debe alertar sobre el diagnóstico. El tratamiento se basa en reguladores de la respuesta inmune, pero la única cura es el trasplante de células hematopoyéticas.

Objetivo: Presentar un caso de una enfermedad grave aunque de baja prevalencia, especialmente en etapa neonatal.

Método: Revisión de historia clínica.

Resultado: Se trata de un paciente nacido a término/peso 4640 gr, cesárea por cesárea previa. Producto de embarazo controlado, serologías negativas, sin antecedentes hereditarios de relevancia. Consulta a los 23 ddiv en otro centro por cuadro febril sin foco de 4 días de evolución. Se constata laboratorio con pancitopenia y alteración del hepatograma (elevación de transaminasas), PCR de 32.3 y hepatoesplenomegalia. Se toman hemocultivos y se indica antibioticoterapia. Solicitan derivación a centro de mayor complejidad. Presenta empeoramiento clínico en las siguientes horas al ingreso a nuestro hospital, con hemorragia digestiva aguda alta, por lo que requiere ingreso a asistencia respiratoria mecánica (ARM) y goteo de inotrópicos por shock hipovolémico. Evoluciona afebril, con parámetros clínicos y de laboratorio de falla hepática aguda (coagulopatía, hipoalbuminemia, hiperbilirrubinemia, pancitopenia).

Habiéndose descartado causas infecciosas, metabólicas y hepatitis aloinmune, se realiza diagnóstico de HLH por cumplir con criterios diagnósticos de la Histiocyte Society 2004 (fiebre, esplenomegalia, pancitopenia, hipofibrinogenemia, hiperferritinemia). Inicia tratamiento con pulsos de metilprednisolona y timoglobulina. Posteriormente agrega ciclosporina. Desde el punto de vista molecular, por expresión de perforinas disminuida en porcentaje e intensidad, se inicia estudio genético con el que se confirma origen primario por variante en PRF1.

Conclusiones: La HLH es una enfermedad rara, especialmente cuando se presenta en etapa neonatal, pero de alta morbimortalidad, por lo que requiere de una alta sospecha clínica y un tratamiento rápido para mejorar el pronóstico del paciente. Es importante tener en cuenta que en las formas primarias, el 80% de los pacientes se manifiestan dentro del primer año de vida.

MIASTENIA GRAVIS CONGENITA. A PROPOSITO DE UN CASO. Nayla Eliseche, Julia Villa, Belén Borgognoni. Hospital J P Garrahan. Argentina
Introducción: La miastenia gravis (MG) es una enfermedad autoinmune causada por

autoanticuerpos que reducen los receptores de la unión neuromuscular. Alrededor del 10 al 20 % de los pacientes son seronegativos para los anticuerpos acetilcolina y los anticuerpos contra la tirosina quinasa específica del músculo (MuSK) se encuentran en el 0 al 70 % de los pacientes con MG.

La clínica se caracteriza debilidad muscular y fatigabilidad que predomina en musculatura extrínseca ocular, facial y/o bulbar. La presentación neonatal es una forma poco frecuente.

El tratamiento es con inmunosupresores e inhibidores de la colinesterasa. Desafortunadamente, hay casos que no responden a las terapéuticas convencionales.

Objetivo: Reconocer la sintomatología en pacientes con diagnóstico de miastenia gravis congénita para el diagnóstico y tratamiento oportuno.

Método: Descripción de caso clínico de una enfermedad con poca prevalencia.

Paciente de sexo masculino, producto de un embarazo sin antecedentes de relevancia.

Nace a las 39 semanas. Cesárea por presentar monitoreo fetal alterado. Líquido amniótico meconial. Apgar 3/7, requiere reanimación en sala de partos con ventilación con presión positiva e intubación orotraqueal. Presentó neumotórax en hemitórax derecho al nacimiento. Requirió asistencia respiratoria mecánica (ARM) por fallas en extubaciones por clínica respiratoria y estridor. En las radiografías (Rx) se observa una elevación en cúpula del diafragma derecho.

Se deriva a los 15 días de vida desde el Hospital de Calafate de la provincia de Santa Cruz a la Unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) del Hospital de pediatría JP Garrahan, para su evaluación y tratamiento por parálisis diafragmática derecha.

Resultado: En UCIN Garrahan presenta evolución similar, con varios intentos de extubación con tiempo máximo en ventilación no invasiva (VNI) de una semana, reingresa a ARM por hipercapnia con mala mecánica ventilatoria o episodios de apneas sin hipercapnia.

Se realizó valoración por endoscopia donde no se evidencio lesiones patológicas.

Se realizan radioscopias diafragmáticas en las cuales se evidencia paresia de diafragma derecho, sin movimientos en balancín.

Ante la imposibilidad de extubación y ARM prolongado, se decide su traqueostomía (TQT).

Se realizó dosaje de CPK, ecografías cerebrales, resonancia (RMN) de SNC y columna cervical y Electroencefalograma prolongado, siendo normales. Electromiograma evidenciando Indemnidad de tronco encefálico periférico, ausencia de signos de compromiso muscular primario y signos electrofisiológicos de defecto en la neurotransmisión post sináptica en en placas neuromusculares proximales (oculares).

Se realiza prueba de neostigmina la cual resulta positiva, dándole diagnóstico de MG, e iniciando el tratamiento con piridostigmina, como presentó síntomas colinérgicos y pérdida de sostén cefálico, se suspendiendo la misma recuperando la clínica.

Valorado por el servicio de genética, descartando Prader Willi e hipoventilación central congénita (Ondine). Cariotipo normal. ADN panel para enfermedades neuromusculares evidencia heterocigosis de MUSK. La miastenia gravis (MG, MuSK-MG) de cinasa específica muscular (MuSK) es un subgrupo raro de MG.

Conclusiones: Ante un paciente con debilidad muscular inespecífica, con evolución clínica tórpida, y sin diagnóstico claro por los métodos complementarios habituales, es conveniente realizar los estudios pertinentes en búsqueda de enfermedades neuromusculares y mutaciones relacionadas con síndromes miasténicos congénitos. El tratamiento sintomático de estas entidades será variable según la clínica y la mutación encontrada, adecuándose a cada paciente y diferente con respecto al tratamiento de la MG autoinmune.

INCONTINENCIA PIGMENTI EN UNA RECIEN NACIDA. PRESENTACION DE CASO CLINICO.

Raquel Lorena Ledesma, Lizza Amada Salgueiro. Hospital De Villa Elisa. Paraguay

Introducción: La incontinencia pigmenti o incontinencia pigmentaria, también conocida como síndrome de Bloch-Sulzberger es una rara genodermatosis que fue descrita por primera vez por Bloch y Sulzberger, y tiene una frecuencia de aproximadamente 1 cada 50 000 otras literaturas refieren 1 en 30000 recién nacidos. De herencia dominante ligada al cromosoma X, con usual letalidad prenatal temprana en el varón afectado. Las afecciones dermatológicas que son los primeros en presentarse y se dividen en cuatro estadios: vesículas generalmente perinatales, lesiones verrugosas, hiperpigmentación que siguen un patrón característico, y por último lesiones hipocrómicas e hiperocrómicas atróficas o cicatrízales.

Objetivo: Presentar un caso poco frecuente y su importancia en el diagnóstico temprano.

Método: Observacional descriptivo de caso clínico de corte transversal.

Resultado: Caso clínico

Recién nacido de 1 día de vida, sexo femenino, producto de quinta gestación. Madre de 33 años, sana, pareja no consanguínea, grupo sanguíneo A +. Embarazo bien controlado, serologías de sífilis, virus de la inmunodeficiencia humana y hepatitis B, negativos, fiebre 48hs antes del parto con diagnóstico de chikungunya. Cesárea por la sospecha diagnóstica de la madre. Recién nacido de término, peso adecuado para la edad gestacional, vigoroso. En alojamiento conjunto a las 24hs se constatan placas hiperpigmentadas límites netos, bordes regulares sobre las que asientan múltiples vesículas confluentes de contenido seroso con descamación peri lesional que se extienden en forma lineal desde la región inguinal en miembro inferior derecho y el inicio de ambos miembros superiores. Resto del examen físico normal.

Se planteó el diagnóstico de impétigo, sífilis, herpes neonatal y chikungunya. Se tomó biopsia de piel que informó el diagnóstico de incontinencia pigmenti.

Conclusiones: La incontinencia pigmenti genodermatosis rara cuyo diagnóstico en el periodo neonatal constituye un reto, el cual es posible

asumir si se lleva a cabo un adecuado uso del método clínico, con un minucioso diagnóstico diferencial. Para el diagnóstico, resulta útil establecer consenso a partir de un enfoque multidisciplinario.

ARBOVIROSIS EN RECIÉN NACIDOS. Gloria Beatriz Veron Molinas, Carolina Britez, Leticia Gini, Rodrigo Valdez. Hospital General de Barrio Obrero. Paraguay

Introducción: Las enfermedades causadas por Arbovirus, se ha convertido en un problema importante de Salud Pública en nuestro país, debido a su morbilidad y mortalidad. Los Arbovirus son transmitida por mosquitos infestados, peridomiciliarios, que causa una enfermedad aguda, de presentación clínica muy variable con una evolución poco predecible. Paraguay, en el año 2022, reporto 1.330 casos en Asunción, siendo el DEN 1, el serotipo más frecuente. Solo 3 casos se presentaron en menores de 1 año. Durante el mismo año reporto, 7262 casos de Chikungunya, de los cuales 782 casos fueron notificados en Asunción, de los cuales fueron confirmados 284 casos.

Objetivo: Presentar dos cuadros clínicos muy similares de arbovirosis (Dengue y Chikungunya) que cursaron con un cuadro leve; exponer el comportamiento de la enfermedad y compartir la experiencia en cuanto al tratamiento realizado y la evolución del recién nacido.

Método: estudio con enfoque cuantitativo, retrospectivo, descriptivo a partir de historias clínicas de dos casos similares de Arbovirus.

Resultado: 1 Caso Recién nacido, hijo de una madre de 22 años, ama de casa. En su 17 día de vida, presentó fiebre 38º y rash eritematoso en miembros, por lo cual se decide su internación. Se realizaron estudios de laboratorio, encontrándose una leucopenia con neutropenia y plaquetas normal. Se sospechó sepsis neonatal tardía, iniciando tratamiento antimicrobiano con ampicilina y cefotaxima. En su evolución, presenta mala perfusión periférica, taquicardia y fiebre; se repite HMG persiste la neutropenia, con un descenso de plaquetas. Ecocardiografía:

normal. Recibe expansión, HP de mantenimiento, antipirético: paracetamol, más medios físicos. Alimentación con pecho materno. Retorna panel para Arbovirus Dengue (+). Se mantuvo delicado hasta el cuarto día, con edema, mala perfusión, ictericia y encimas hepáticas alteradas. Posteriormente mejora. Estudios de imágenes: ecografía encefálica, cardíaca y abdominal, normal. Dada la mejoría clínica y de parámetros bioquímicos, se decidió su egreso al estar asintomática a los siete días de estancia hospitalaria.

2do Caso clínico: Recién nacido, hijo de una madre de 17 años, ama de casa. En su 14 día de vida, presenta irritabilidad y fiebre. El mismo día, ingresa a la urgencia por fiebre: 38,6º, se decide su internación. Se realizaron estudios de laboratorio, encontrándose una leucocitosis con neutrofilia, linfopenia y plaquetas normales. LCR: normal. Se sospechó sepsis neonatal tardía, iniciando tratamiento antimicrobiano con ampicilina y cefotaxima. En su evolución, presenta mala perfusión periférica, taquicardia y Tº: 38, 6º; icterico, irritable, se repite HMG normal, con un descenso significativo de plaquetas y de hemoglobina, hematocr

Conclusiones: es importante realizar el diagnóstico oportuno, para evitar llegar a las formas graves de la enfermedad. Todo recién nacido con enfermedad febril aguda, y en períodos donde se está atravesando por epidemias de Arbovirus, se debe valorarse el diagnóstico diferencial entre dengue y Chikungunya

ABSCESO HEPÁTICO NEONATAL. REPORTE DE UN CASO. Yemina Masiero, Silvia Lenzano, Mariana Molina, Varinea Señor, Monica Menzio, Ana Iniguez Saad, Angel Gatica. Maternidad Provincial Dra Teresita Baigorria. Argentina

Introducción: El absceso hepático puede estar asociado al cateterismo venoso umbilical, es una complicación infrecuente. La etiología principal es el paso de bacterias a través de la vena umbilical con alta morbimortalidad.

Objetivo: Presentar un caso de absceso hepático en un neonato de 6 días de vida.

Resultado: Paciente nacido por cesárea, femenino. Peso: 1150 grs. 29 semanas, gemelar biamniótico monocorial (gemelar II fallecido intraútero). MPFC. Apgar: 7/9.

Ingresa a UCIN con CPAP. Se canaliza vena umbilical, ortotópica. Recibe nutrición parenteral, enteral trófica y antibioticoterapia, hemocultivos (x2). Ecografía cerebral y abdominal normal.

3º día: Ecocardiografía, DAP 2.5 mm recibe y responde a Indometacina 1 serie.

5º-6º día: abdomen distendido, doloroso con circulación colateral, débito porraceo, se ayuna. Hipotérmico. Ingresa en ARM, requiere sedoanalgesia e inotrópicos.

Rx de abdomen: hepatomegalia, asas distendidas. Se retira catéter venoso umbilical. Se coloca PICC. Se toman hemocultivos (x2), se rotan antibióticos. Transfusión de GRS.

Grave estado general, hipotensión, oligoanuria, sangrado por sitios de punción, shock refractario a inotrópicos, adrenalina dosis máxima.

7º día: midriasis arreactiva, sangrado digestivo alto activo, anuria, hipotensión, acidosis metabólica. Rx: hepatomegalia, sin neumoperitoneo. Ecografía abdominal: hígado aumentado de tamaño, parénquima heterogéneo con áreas líquidas de 51 x 35 mm. Líquido libre interasas y peritoneal. Cerebral: signos de hipoxia.

Cirugía realiza drenaje de colección hepática (10 ml de líquido sanguinopurulento), punción guiada ecográficamente. Esquema antibiótico (Vancomicina- Meropenem- Metronidazol).

8º día: anuria (48 horas), sangrado activo, fallo multiorgánico. Fallece.

Punta de catéter: *Stafilococcus Haemolyticus* Multiresistente. Hemocultivos y líquido punción: negativos.

Anatomía patológica: placenta bicorial biamniótica fusionadas. Membranas ovulares con corioamnionitis aguda.

Conclusiones: El absceso hepático neonatal puede ser idiopático o secundario a la cateterización de la vena umbilical. Únicos o múltiples, esta última variedad es más común y se caracteriza por una evolución fulminante con

compromiso multiorgánico. Son infrecuentes y de mal pronóstico.

Los hallazgos en el laboratorio son compatibles con cuadro séptico, enzimas hepáticas normales o elevadas. En la radiografía toracoabdominal se puede evidenciar elevación del hemidiafragma derecho, derrame pleural en ángulo costofrénico derecho y aire en cavidad del absceso. En la ecografía abdominal, se visualizan imágenes heterogéneas quísticas.

Los agentes etiológicos más frecuentes son Gram negativos, anaerobios, *Pseudomonas aeruginosa* y *Staphylococcus aureus*. Una vez diagnosticado el absceso es imperioso el drenaje para evitar su rotura.

REPORTE DE CASO. DÉFICIT CONGÉNITO DE PROTEÍNA C. Palossi A, Stefoni J, Angaroni R, Porri C. Hospital Provincial de Rosario. Rosario. Santa Fe. Argentina Argentina

Introducción: El déficit congénito de proteína C es una enfermedad hereditaria hematológica poco frecuente, pro-trombótica, con un mal pronóstico neonatal si no es diagnosticada y tratada de forma precoz. Clínicamente puede manifestarse de diversas formas, desde asintomáticas al tromboembolismo venoso.

Objetivo: Reportar un caso de déficit congénito de proteína C en un neonato y la importancia de su sospecha clínica a pesar de su baja frecuencia.

Método: Reporte de caso. Neonato pretérmino, 29 semanas de edad gestacional, peso al nacer 1440 gramos, sexo masculino, cursó internación en sala de neonatología con diversas interurrencias: infección urinaria (IU) a *E coli*, sepsis a *Klebsiella pneumoniae*, posoperatorio de enterocolitis necrotizante con colocación de acceso venoso central en varias oportunidades. Presentó a los 60 días de vida necrosis en segundo dedo de pie derecho. Por clínica de trombosis periférica, se realizó Ecocardiograma Doppler donde se visualizó trombo en cavidad cardíaca derecha, Ecodoppler de miembros inferiores normal. Se interconsultó con Servicio de Hematología y se realizó estudio de trombofilia, se solicitó proteína S y proteína C.

Comenzó anticoagulación con Enoxaparina, con diagnóstico de déficit congénito de proteína C.

Resultado: Permaneció internado en neonatología por 125 días. Presentó buena evolución clínica, con recuperación completa de perfusión periférica y Ecocardiograma Doppler normal se otorgó el alta hospitalaria. Actualmente continúa tratamiento con Enoxaparina con controles periódicos de factor anti Xa y seguimiento por Servicio de Hematología.

Conclusiones: El diagnóstico precoz en patologías poco frecuentes es importante considerando el mal pronóstico de estas enfermedades y la necesidad asociada de atención multidisciplinaria para abordar su tratamiento y posibles secuelas en los individuos afectados. Su diagnóstico diferencial debe estar presente ante el estudio de un neonato con trombosis venosa, a fin de prevenir complicaciones que pueden originar una discapacidad de grado variable o incluso la muerte.

PRESENTACIÓN DE PÓSTERS MÉDICOS **PANTALLA G**

SÍNDROME DE HIPOVENTILACIÓN CENTRAL: A

PROPÓSITO DE UN CASO. Lopez Molina, A; Gaita, M; Rao, N; Alegre, S; Rodriguez Baca, E; Gentile, T. Servicio de Neonatología, HIAEP Sup Sor Maria Ludovica, La Plata. Argentina

Introducción: El síndrome de Ondine o hipoventilación central congénita, es un trastorno del sistema nervioso central donde el control autónomo de la respiración está ausente o disminuido. La incidencia se estima en 1 de 200.000 nacidos vivos. Es una enfermedad de transmisión autosómica dominante, derivada de una mutación del gen PHOX2B.

Se manifiesta principalmente por un déficit de sensibilidad a la hipercapnia con sensibilidad variable a la hipoxia.

Esto ocurre especialmente durante la fase de ausencia de movimientos oculares rápidos.

En el recién nacido (RN) se presenta clínicamente con frecuencias respiratorias monótonas y respiración superficial durante el sueño, con alteración en vigilia en caso

Objetivo: Reportar caso clínico de un paciente con síndrome de Ondine que curso internación en unidad de cuidados intensivos neonatales del hospital Sor Maria Ludovica.

Método: Estudio descriptivo retrospectivo basado en revisión de historia clínica

Resultado: Paciente masculino, RN de término, producto de un embarazo controlado, deprimido neonatal, que requirió reanimación avanzada y asistencia ventilatoria mecánica (AVM), convulsiones tratadas con fenobarbital.

Durante su internación presentó múltiples fallos en la desvinculación de AVM, manifestados como hiporreactividad, hipotonía, acidosis respiratoria e hipercapnia severa con franca respuesta clínica y gasométrica a la revinculación a la AVM.

Se realizó seguimiento multidisciplinario donde se descartaron, en primer término causas metabólicas y pulmonares, aumentando así, la sospecha de trastorno de origen central, objetivándose en los estudios complementarios lo siguiente:

En la RMN de encéfalo se evidenció imagen hiperintensa a nivel frontobasal derecho, compatible con infarto hemorrágico.

En la polisomnografía se informaron 8 apneas centrales, predominantemente en sueño REM.

En el estudio molecular se constata mutación del gen PHOX2b, confirmando síndrome de Ondine .

Actualmente el paciente se encuentra traqueostomizado, respirando aire ambiente durante la vigilia y en AVM durante el sueño, con adquisición favorable de pautas del desarrollo, a la espera de internación domiciliaria.

Conclusiones: El síndrome de Ondine es una enfermedad poco frecuente, que se diagnostica sólo si existe un alto nivel de sospecha.

Resulta imprescindible el diagnóstico precoz que permita un adecuado manejo respiratorio con la finalidad de evitar episodios de hipoxia e hipercapnia que marcarán el pronóstico de esta enfermedad a largo plazo.

El diagnóstico mediante biología molecular no solo permite un tratamiento oportuno, sino también la posibilidad de brindar asesoramiento genético a la familia.

REPORTE DE CASO DE UN PACIENTE CON HIDRANENCEFALIA SECUNDARIA A SÍFILIS CONGÉNITA EN CALI, COLOMBIA

Javier Torres Muñoz, Daniela Gómez-Furchi, Carlos Jiménez. Universidad del Valle. Colombia

Introducción: La sífilis congénita es una infección de transmisión vertical, que representa uno de los desafíos más importantes para la salud materno-fetal a escala mundial. A pesar de las múltiples políticas para su prevención y detección temprana, esta patología representa una problemática a nivel mundial que viene en aumento desde el 2012, con incremento de su morbimortalidad (1,2), encabezando la segunda causa de muerte fetal (3), con una tasa mundial de 425 casos por 100.000 nacidos vivos en el 2020(10). En Colombia para la semana 35 del 2023, han obtenido 1177 casos acumulados de sífilis congénita y 7758 casos acumulados de sífilis gestacional (5).

Objetivo: Reportar un caso de hidranencefalia secundaria a sífilis congénita y resaltar el impacto del control prenatal oportuno en la salud tanto de la madre como del recién nacido

Método: Se realizó un reporte de caso, teniendo en cuenta la historia clínica, paraclínicos e imágenes del paciente. Se tiene consentimiento informado de la madre.

Descripción del caso: Recién nacida, quien nace por parto vaginal con adecuada adaptación neonatal. Hija de madre sin control prenatal, con sífilis gestacional RPR postparto de 1:8. Se realizó punción lumbar a la recién nacida con proteínorraquia y VDRL en líquido cefalorraquídeo reactivo, por lo que se consideró sífilis congénita escenario 1 y se inició manejo con penicilina cristalina durante 10 días.

Recién nacido con VDRL reactivo en LCR y proteínorraquia, por lo que se consideró sífilis congénita escenario 1 y se inició manejo con penicilina cristalina durante 10 días. Al examen físico con fontanelas abombadas, hipotonía y trastorno de succión deglución, por lo que se indicó toma de ecografía transfontanelar con alta sospecha de hidranencefalia, valorado por neurología pediátrica quienes confirman diagnóstico con tomografía de cerebro simple y resonancia cerebral simple. Con resto de paraclínicos y estudios imagenológicos en rangos de normalidad.

Paciente con pronóstico ominoso, con requerimiento de abordaje multidisciplinario. Valorado por oftalmología quienes evidencian hipoplasia bilateral de nervio óptico. Valorado por neurocirugía pediátrica quienes realizan coagulación de plexos coroideos con intención paliativa. Se realiza junta médica con neurología, neurocirugía, neonatología y cuidado paliativo pediátrico, donde se define nulo pronóstico vital y rehabilitador, paciente no candidata a intervenciones médicas que prolonguen la vida, manejo orientado a confort.

Conclusiones: Se trata del primer caso en Colombia reportado de hidranencefalia secundaria a sífilis congénita. Este caso resalta la relevancia de la detección temprana y

tratamiento oportuno de sífilis gestacional, previniendo la transmisión vertical y sus consecuencias y complicaciones en los neonatos, como la hidranencefalia la cual representa un desafío clínico y ético significativo con necesidad de abordaje multidisciplinario.

Agradecimientos: Agradecemos al Hospital Universitario del Valle. Negamos tener algún conflicto de interés

HIPOGLUCEMIA POR HIPERINSULINISMO CONGÉNITO. A PROPÓSITO DE UN CASO. Maria Guadalupe Masutti, Gabriela Rueda Perero - Erica Rodriguez Baca - Teresa Gentile. Hospital Interzonal Especializado en Pediatría "Sor María Ludovica". Argentina

Introducción: La Hipoglucemia es el trastorno metabólico más común en neonatos, potencialmente grave debido al posible daño neurológico si no es reconocida y tratada a tiempo.

El Hiperinsulinismo congénito es la causa más común de hipoglucemia persistente, presentando una incidencia global de 1/40.000-50.000 nacidos vivos. Se caracteriza por la inadecuada regulación de la secreción de insulina en las células β pancreáticas, manteniendo niveles elevados de insulina en condiciones de normoglucemia, con el consecuente descenso de los valores séricos de glucosa. El tratamiento de primera línea es con diazóxido y previene secuelas graves a largo plazo.

Objetivo: Destacar la importancia de un algoritmo diagnóstico sistemático de hipoglucemia refractaria y su tratamiento en primera línea con diazóxido para la reducción de posibles secuelas a largo plazo, mediante un reporte de caso de hipoglucemia por hiperinsulinismo

Método: Estudio descriptivo retrospectivo de un caso clínico en el HIAEP "Sor María Ludovica" de La Plata

Resultado: Paciente recién nacida femenina, pretérmino de 36 semanas de edad gestacional, 3000 GR de peso al nacer. Nacimiento por cesárea urgente debido a monitoreo fetal desfavorable. Apgar 8/10. Madre adolescente, sin

antecedentes reportados, padres no consanguíneos. Serologías negativas. Embarazo controlado. Presenta hipoglucemia persistente en control analítico por prematuridad por lo que ingresa a terapia intensiva neonatal para infusión de plan de hidratación con flujo de glucosa en aumento. A las 12 hs de vida se indica hidrocortisona por requerir flujo de glucosa de 12mg/kg/min. Por hipoglucemia persistente luego de 48 horas de vida se solicita su derivación a nuestro hospital.

A su ingreso se solicitan muestras críticas durante hipoglucemia, obteniendo un índice de insulina/glucosa elevado (mayor a 0,3), y ácido beta-hidroxibutirato menor a 1 mmol/l. (0,18 mmol/l). Valores que fueron confirmados en 72 horas, ante un nuevo registro menor a 47 mg/dl.

La evaluación por endocrinología y neurometabolismo infantil mediante dosaje hormonal fue normal, exceptuando el valor de insulina.

Ante diagnóstico de hipoglucemia por hiperinsulinismo, comienza tratamiento con Diazóxido a 10 mg/kg/día, logrando descender flujo en menos de 24 horas, suspendiendo aporte endovenoso al tercer día.

Recibe complemento con polimerosa al 3% hasta los 18 días de vida. Egreso hospitalario con Diazóxido a 7,5 mg/kg/día sin necesidad de aporte de polimerosa.

Conclusiones: La Hipoglucemia es una situación frecuente en la población neonatal con alta morbilidad que cursa con secuelas a corto y largo plazo, principalmente neurológicas.

Es de suma importancia que el neonatólogo conozca la presentación clínica, factores de riesgo, algoritmo diagnóstico y tratamiento a fin de reducir morbilidad asociada.

Para el diagnóstico etiológico es fundamental tener un enfoque sistemático.

Se puede englobar en cuatro grupos principales en relación al perfil hormonal y metabólico en respuesta al ayuno, a saber: trastornos mediados por la insulina, alteraciones de la oxidación de ácidos grasos, hipoglucemia cetósica y trastornos de la gluconeogénesis.

La obtención correcta y oportuna de las muestras críticas ante hipoglucemia, junto con la respuesta

al tratamiento con diazóxido, resultan fundamentales para el diagnóstico etiológico y pronóstico de la enfermedad.

RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA EN PACIENTES QUE SE ENCUENTRAN INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO. Ana Lucía García Sánchez. Hospital Roosevelt. Guatemala

Introducción: La desnutrición es definida como la condición que ocurre cuando el cuerpo de una persona no está obteniendo los nutrientes suficientes. Se produce cuando los requerimientos proteicos se incrementan de forma elevada como consecuencia de infecciones graves, cirugía o quemaduras. Estudios realizados recientemente, reflejan que la prevalencia de desnutrición entre los pacientes se sitúa entre un 45%. Con el objetivo de determinar el riesgo de desnutrición aguda en pacientes en la unidad de cuidados intensivos pediátricos en el Hospital Roosevelt se estudiaron los factores de riesgo relacionados. Sirviendo como base para futuras investigaciones en el país ya que no se tienen datos previos.

Objetivo: Determinar el riesgo de desnutrición aguda en pacientes en la unidad de cuidados intensivos pediátricos en el Hospital Roosevelt durante los meses de enero 2020 a agosto del 2021

Método: 1. Estudio observacional analítico de casos y controles.

2. Utilizando la totalidad de niños en condición nutricional normal ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos pediátricos.

3. Utilizando la variable dependiente: Estado nutricional

4. Utilizando las variables independientes: aporte nutricional, tipo de alimentación, tiempo de inicio de alimentación, niveles séricos de albúmina, niveles séricos de proteínas, niveles séricos de glucosa, estancia hospitalaria, complicación médica asociada y balance hídrico.

5. Se formuló la hipótesis: Existe riesgo de desnutrición aguda primaria en pacientes que permanecen en la unidad de cuidados intensivos.

6. Se realizó el análisis bivariado en donde se establecieron asociaciones por medio de tablas de 2 x 2 para determinación de Odds Ratio, sus respectivos indicadores para evaluar significación estadística: Intervalo de confianza al 95%, Chi2 y valor de p.

Resultado: Se sometieron a estudio 82 niños que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos pediátricos con estado nutricional normal.

Del total de la población estudiada (82), se establecieron 41 casos y 41 controles, en donde el 53.7% del total de la población corresponde a sexo masculino y el resto a sexo femenino. De los 41 casos que desarrollaron desnutrición aguda se evidencia que el 85.4% tenía un aporte nutricional inadecuado (OR 0.02 p <0.001 IC 95%), el 78% fue alimentado por medio de nutrición enteral (OR 11.3 p 0.007 IC 95%), sin embargo el 87.8% tuvo un inicio de alimentación tardío (OR 42 p < 0.001 IC 95%). En el 85.4% de los pacientes que presentaron desnutrición aguda se evidenciaron niveles séricos bajos de albúmina (OR 0.09 p <0.001 IC 95%), en el 78% se encontraron niveles séricos bajos de proteínas (OR 0.13 p < 0.001 IC 95%) y en el 61% valores de glucosa alterados (OR 19.8 p < 0.001 IC 95%). Se determinó en el 82.9% de los casos con desnutrición aguda una estancia hospitalaria mayor a 10 días (OR 13.2 p <0.001 IC 95%), el 97.6% presentó una complicación médica asociada (OR 142 p <0.001 IC 95%) y en el 80.5% de los casos se evidenció balance hídrico positivo (OR 0.04 p <0.001 IC 95%).

Tomando como base la población total de 82 niños, se determinó que el 50% se encontraron en estado nutricional normal al egreso de la unidad de cuidados intensivos pediátricos, el 23.2% en desnutrición aguda leve, el 8.5% en desnutrición aguda moderada y el 18.3% en desnutrición aguda severa al egresar de la unidad de cuidados intensivos.

Conclusiones: 1. De los niños que desarrollaron desnutrición aguda el 85.4% tuvo una alimentación con aportes nutricionales inadecuados calculados en base a los aportes de proteínas, carbohidratos y lípidos, y el 87.8% de

los niños iniciaron la alimentación de forma tardía.

2. En cuanto a los factores bioquímicos que presentaron los niños con desnutrición aguda se observa que el 61% de los niños presentan niveles de glucosa alterados.

3. Se identificó entre los factores clínicos de los pacientes que presentaron desnutrición aguda: 97.6% presentaron alguna complicación médica asociada, el 82.9% presentó una estancia hospitalaria prolongada y en el 80.5% se evidenció balance hídrico positivo.

4. Se encontró asociación significativa entre desnutrición aguda y los factores: tipo de alimentación, tiempo de inicio de alimentación, valores séricos de glucosa, estancia hospitalaria, complicación médica asociada y balance hídrico.

5. Se determinó que el estado nutricional de la mitad de la población en estudio es normal, mientras que los casos que desarrollaron desnutrición aguda en su mayoría se catalogaron como desnutrición aguda leve.

ENCEFALOCELE FRONTAL-ESFENOIDAL CERRADO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Leguizamón Cecilia Alejandra, Angamarca Evelyn. Hospital Nac. Prof. Alejandro Posadas. Argentina

Introducción: El encefalocele es una patología congénita grave, que se caracteriza por la herniación del tejido nervioso y de las meninges a través de un defecto del tubo neural; el mismo se produce por un cierre anormal en la 3er semana de gestación. Según los informes del RENAC la prevalencia es de 1,5 por cada 10000 nacidos vivos, siendo la región occipital como su presentación habitual. Pueden clasificarse en abierto o cerrado, según la comunicación con el exterior, o por su localización. Los defectos occipital son los más frecuentes (80%). Su reparación quirúrgica es compleja y normalmente requiere un enfoque multidisciplinario. A continuación se reporta un caso de encefalocele fronto esfenooidal cerrado

Objetivo primario:

Describir una presentación poco habitual de encefalocele

Objetivo secundario:

Valorar las características epidemiológicas, diagnósticas y terapéuticas de la patología.

Método: Descripción de un caso clínico y reseña bibliográfica

Resultado: RNPT/PAEG (33.6sem-2275gr) Hijo de madre adolescente, con Diagnóstico prenatal de Encefalocele Frontal, producto de cesárea por Inicio de trabajo de parto, apgar 8/9. Al examen físico se constata tumoración homogénea bilobulada en región fronto-nasal, examen neurológico normal y distrés respiratorio, por lo que requirió soporte ventilatorio no invasivo por 48 hs. Se realizó Ecografía y TAC la que informa solución de la continuidad del hueso frontal, sobre el sector antero-medial e inferior de 24x15mm, con contenido de encéfalo, cubierto de piel, y quiste aracnoideo frontal-izquierdo, edema difuso y sangrado interventricular, dichos hallazgos compatibles con encefalocele frontal. Como malformación asociada se detectó ureteronefrosis derecha.

Se realizó manejo multidisciplinario con los servicios de neurología, neurocirugía, oftalmología y otorrinolaringología.

Por las características clínicas y tomográficas se decidió diferir la corrección quirúrgica hasta que el paciente se encuentre en condiciones anestésicas ideales. El paciente fue egresado a los ddv y continúa su seguimiento por consultorio

Conclusiones: Los encefaloceles frontoesfenoideos son considerados raros dentro de la patología, requieren realizar TAC, RMN y /o Angioresonancia, como plan diagnóstico para la planificación de la reparación de defecto, y una planificación quirúrgica cuidadosa con un enfoque multidisciplinario, los casos deben individualizarse, teniendo en cuenta el estado neurológico del paciente. La presencia de fístulas, hemorragias o comunicación con el exterior que lo definirían como urgencias quirúrgicas

APLASIA CUTIS MÚLTIPLE CONGÉNITA Y FETO PAPIRÁCEO EN EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL. Leguizamón Cecilia Alejandra,

Gorostiaga F. Karla. Hospital Nac. Prof. Alejandro Posadas. Argentina

Introducción: La aplasia cutis congénita es un trastorno poco frecuente caracterizado por ausencia de piel en un área localizada o extensa al nacimiento. Entre las causas se han descrito factores hereditarios, genéticos, vasculares, infecciones virales, teratógenos o lesiones por bandas amnióticas o adherencias.

Describimos un caso clínico de aplasia cutis congénita con lesiones múltiples y de localización inusual en un recién nacido producto de embarazo gemelar monocorial con feto papiráceo a las 11 semanas.

Objetivo: Presentar, analizar y discutir un caso poco habitual de aplasia cutis congénita, cómo resultado probable del síndrome de embolización gemelar.

Método: Descripción de un caso clínico y reseña bibliográfica

Caso clínico:

RNT/PAEG, de sexo masculino, gemelar, con antecedente de hermano fallecido intraútero a las 11 semanas de edad gestacional, prosiguiendo el curso gestacional dentro de la normalidad tras este suceso, sin otros datos perinatales de relevancia. Al examen físico se observaron 3 lesiones cutáneas, caracterizadas como lesiones ulceradas en vertex, abdomen (en forma de H supraumbilical extendiéndose hasta flancos) y en dorso; se evidencia al momento del nacimiento feto papiráceo adosado a lesión abdominal. Se descartó patología de otros órganos. Se realizó manejo multidisciplinario con servicios de cirugía plástica y dermatología, recibiendo tratamiento con apósitos hidrocoloides, con evolución favorable y sin complicaciones.

Discusión: La aplasia cutis congénita es un trastorno cutáneo poco frecuente con una incidencia de 1 a 3 casos por 10.000 nacimientos, afecta preferentemente al sexo femenino. Por lo general es un defecto único que se ubica en el cuero cabelludo, aunque en algunas ocasiones puede presentarse de forma múltiple y afectar a otra región corporal.

Esta patología se ha descrito asociada a la presencia de un feto papiráceo después de su fallecimiento intrauterino en embarazos gemelares monocoriales, correspondiendo al tipo V de la clasificación de Frieden para aplasia cutis congénita. La bibliografía consultada plantea como posible causa de esta presentación al síndrome de embolización gemelar; Este síndrome sería el resultado de la embolización de tromboplastina fetal y placentaria o del resultado de la embolización directa de fragmentos necrosados de placenta o del feto muerto. se ha descrito la asociación en otros órganos o malformaciones,

Conclusiones: La asociación de la patología se encuentra descrita, aunque los informes son limitados y se necesita más investigación para determinar si existe una relación causal significativa. La anatomía patológica de la placenta es un dato clave para la determinación de esta etiología probable. Por el mecanismo de acción descrito puede evidenciarse lesiones en otros órganos como el cerebro y el riñón, que determinarán el pronóstico de la patología; presentarse solo con lesiones cutáneas la evolución suele ser favorable

CHIKUNGUNYA CONGÉNITA COMPLICADA CON ENFERMEDAD DE RITTER y ENDOCARDITIS INFECCIOSA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Yessica Barreto, Larisa Genes, Gabriela Alfieri, Silvia Irala. Departamento de Neonatología del Hospital de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción. Paraguay

Introducción: El riesgo de transmisión materno fetal por Chikungunya se presenta cuando la madre se encuentra en periodo de viremia en el periparto. Dentro de las complicaciones de Chikungunya congénita, las hemodinámicas y neurológicas son las de mayor frecuencia y gravedad.

Objetivo: Describir un caso de Chikungunya congénita con afectación cardiaca y cutánea.

Método: Estudio de tipo descriptivo, cualitativo.

Resultado: Gestante de 28 años, primigesta, 38 semanas. CPN: 7, con diabetes gestacional y

preeclampsia, febril posterior al parto. RN por vía vaginal, sexo femenino, Peso: 3765 gramos. APGAR: 8/9, lactancia precoz, transición normal. 2°ddv presenta fiebre, acrocianosis, escasa succión; ingresa a cuidados intensivos. Recibe expansiones e inotrópicos por alteración de la perfusión y diuresis disminuida. PCR para Chikungunya + en sangre y LCR. Electroencefalograma normal. 7° ddv Ecocardiografía con insuficiencia valvular, enzimas cardiacas y pro-BNP elevados. Recibe Inmunoglobulina EV. 10° ddv distermia, lesiones descamativas con base eritematosa que inician en región peribucal y perianal progresando a extremidades, Nikolsky +, hemograma con pancitopenia. Inicia antibióticos previo hemocultivos, recibe curaciones diarias; lesiones descamativas se generalizan. Se aísla en hemocultivos Staphylococcus aureus MS. 20° ddv distermia. Se toman nuevos cultivos. Ecocardiografía: vegetación en válvula tricúspide, fondo de ojo: hemorragia retiniana y lesiones pigmentadas puntiformes (manchas de Roth). Ecografía abdominal: esplenomegalia leve. Ecografía transfontanelar normal. Ajuste de antibióticos según aislamiento (Staphylococcus epidermidis, Enterococos y Cándida). Cobertura antibiótica por 46 días, control ecocardiográfico sin vegetación, lesiones en piel mejoradas. Alta luego de 55 días de internación, seguimiento multidisciplinario.

Conclusiones: Considerar la situación epidemiológica del país para el diagnóstico rápido en casos sospechosos de Chikungunya congénita, lo que facilita el manejo oportuno. La inmunodeficiencia que ocasiona conlleva a un riesgo aumentado a sobreinfecciones graves en el periodo neonatal.

MANEJO DE LA HEMANGIOMATOSIS NEONATAL DIFUSA.

Lourdes Patricia Zaracho, Larissa Genes, Cristina Agüero, Gabriela Alfieri. Hospital de Clínicas. Paraguay

Introducción: Los hemangiomas son los tumores vasculares más frecuentes de la infancia con buen pronóstico, tienen una prevalencia del 1 al 3% en neonatos y 10% en el primer año. La presencia de hemangiomas cutáneos múltiples se asocia con

mayor afectación de órganos viscerales, lo que se denomina hemangiomatosis neonatal difusa (HND). Las lesiones viscerales se encuentran en hígado, sistema nervioso, intestino y pulmones.

Objetivo: Describir las características clínicas, el manejo terapéutico; además de la coexistencia del corioangioma placentario con la Hemangiomatosis Neonatal Difusa.

Método: Estudio observacional, descriptivo, de tipo reporte de caso.

Resultado: Gestante adolescente, primigesta. CPN 4, con diagnóstico prenatal de corioangioma placentario de 9 cm (tercer trimestre). Serologías maternas negativas. Sin otras patologías.

Recién nacido nace por vía vaginal, sexo masculino, peso 2810 g Apgar 8/9 recibe atención inmediata sin complicaciones. Examen físico: presenta múltiples lesiones en piel tipo pápulas y placas de 0,1 a 1,5 cm de diámetro, de coloración violácea, con vítreopresión negativa. No visceromegalias. Se realizan estudios de imágenes: ecografía abdominal, con estructuras vasculares redondeadas, que podrían corresponder a Hemangiomas vs. shunts vasculares venosos, se complementa con barrido tomográfico: anomalía del desarrollo venoso en región parieto occipital izquierda. Ante hemangiomas cutáneos y viscerales inició tratamiento con corticoides. Durante su internación se realizó RMN con contraste que descarta shunts vasculares venosos. Se suspenden los corticoides y se inicia propranolol, con mejoría de las lesiones cutáneas. Alta a los 59 ddv.

Conclusiones: La hemangiomatosis neonatal difusa se relacionan con morbilidad y mortalidad altas en el neonato si no se tratan, por eso la importancia del tratamiento precoz y manejo multidisciplinario. Hay poca evidencia en la literatura de la coexistencia de corioangioma placentario con una hemangiomatosis difusa neonatal (HND). En este trabajo se describe dicha asociación que según estudios descriptos a nivel internacional cuando el corioangioma mide más de 5 cm se ve relacionado con HND.

MENINGITIS NEONATAL SECUNDARIA A KLEBSIELLA PNEUMONIAE MULTIRRESISTENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Quispe Colque Diana Camila, Drago Leandro Exequiel; Rodríguez Baca Erica; Gentile Ana Teresa, HIAEP Superiora Sor María Ludovica. Argentina

Introducción: La meningoencefalitis (ME) neonatal es una enfermedad potencialmente grave, con resultados adversos del 20 al 60 % entre los sobrevivientes con secuelas a largo plazo. La mayoría de los casos de ME, manifiestan los hallazgos clínicos típicos de la sepsis neonatal, aunque también pueden presentar síntomas neurológicos como letargo, convulsiones, vómitos, e irritabilidad. Cuanto más pequeño es el paciente, menos frecuentes son estos hallazgos. Las Klebsiella pneumoniae productoras de carbapenemasas (KPC-CRE) causan infecciones diseminadas que pueden provocar sepsis grave y muerte. Como secuelas a largo plazo pueden causar parálisis cerebral, convulsiones, hipoacusia y retraso psicomotor.

Objetivo: Destacar la importancia del diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de la ME para prevención de secuelas a largo plazo.

Método: Estudio descriptivo retrospectivo de un caso clínico en el HIAEP "Sor María Ludovica" de La Plata

Resultado: Recién nacida femenina, prematura de 35 semanas de edad gestacional, producto de embarazo controlado, cesárea por hipertensión materna y doppler patológico. Ingres a asistencia ventilatoria mecánica (AVM) al 2º día de vida por episodio de apnea, con toma de hemocultivos y antibioticoterapia empírica por sospecha de sepsis precoz. Luego de una mejoría parcial, al cuarto día de vida reingresa en AVM y se rotan antibióticos a vancomicina-amikacina.

Intercurre con convulsiones tonicoclónicas generalizadas con requerimiento de anticonvulsivantes, e inotrópicos por bradicardia e hipotensión.

Por requerir complejidad, ingresa a nuestro nosocomio a los 6 días de vida. Bajo sospecha de sepsis tardía se toman hemocultivos y se medica

con vancomicina y meropenem. La punción lumbar fue diferida por inestabilidad clínica.

Pese a las medidas de resucitación instauradas, la paciente obita debido a shock refractario a inotrópicos y corticoides.

Con autorización familiar, se realiza punción lumbar postmortem, obteniéndose líquido cefalorraquídeo (LCR) para citofisicoquímico con resultado patológico (Purulento, Glucosa 0.02 gr/lit, Proteínas 18,91 gr/lit, Turbio) y cultivo de LCR positivo a *Klebsiella pneumoniae* multirresistente (MR), además de 2 hemocultivos positivos a *Klebsiella pneumoniae* sensible solamente a colistin, confirmando el diagnóstico de sepsis con compromiso meníngeo a *Klebsiella* MR.

Conclusiones: Ante la duda diagnóstica de ME, aún si no es posible la realización de punción lumbar por la situación clínica del paciente, se deberá iniciar tratamiento antibiótico empírico.

Si se sospecha ME en prematuros, se debe iniciar antibioticoterapia de amplio espectro y a dosis meníngeas.

Las medidas estrictas de prevención y control de infecciones durante el ingreso y durante las primeras semanas de vida pueden disminuir la incidencia y el resultado de la mortalidad y morbilidad relacionadas con CRE.

REPORTE DE CASO. MENINGITIS NEONATAL POR ESCHERICHIA COLI COMPLICADA CON COLECCIÓN EPIDURAL Y SUBDURAL EN MÉDULA ESPINAL. Julia Stefoni. Antonela Palossi. Hospital Provincial de Rosario. Rosario. Santa Fe. Argentina. Argentina

Introducción: La meningitis neonatal se define como la inflamación de las meninges en el primer mes de vida, constituyendo una emergencia médica. Los agentes etiológicos que predominan en este período son *Streptococo agalactiae* y las enterobacterias, principalmente *Escherichia coli*. Las complicaciones neurológicas agudas se presentan en un 20-30% de los casos. Las más frecuentes son hidrocefalia, convulsiones, infarto cerebral, SIHAD, colecciones intracraneales e hipertensión endocraneana.

Objetivo: Reportar un caso clínico atípico de meningitis neonatal a *Escherichia coli*.

Método: Reporte del caso: neonato de 21 días de vida que ingresó a Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales por cuadro febril de 24 horas de evolución, sin antecedentes perinatológicos de jerarquía. Por examen físico y sospecha diagnóstica de sepsis neonatal se obtuvieron cultivos de sangre periférica, urocultivo y cultivo de líquido cefalorraquídeo (LCR) positivos a *Escherichia coli*.; comenzó tratamiento antibiótico con Ampicilina más Cefotaxime. En día tres de tratamiento se realizó cultivo de control de LCR, positivo al mismo germen. En día ocho de tratamiento antibiótico adecuado según antibiograma, con Cefotaxime más Amikacina, persistió febril con signos neurológicos agravados. Se realizó ecografía cerebral y abdominal, normales, y Tomografía de cráneo con contraste que informó leve ventrículo-megalia, sin colecciones. Se intentó realizar nueva punción lumbar sin éxito, por lo cual se solicitó interconsulta con Servicio de Neurocirugía quien sugirió realizar Resonancia (RMI) de cráneo y médula espinal completa en búsqueda de foco secundario.

Resultado: La RMI de cráneo y médula espinal informó engrosamiento y realce meníngeo extenso que compromete la totalidad de la región dorsal y lumbar, con colección epidural anterior desde D1 a D3 con compresión de la misma y colección subdural posterior que se extiende desde D2 a D9 con contenido líquido, hipo-intenso en secuencia T1 con contraste. El niño ingresó a quirófano y se realizó laminectomía de médula espinal con drenaje de colecciones. Continuó tratamiento antibiótico por 42 días totales, con buena evolución clínica y sin complicaciones posteriores.

Conclusiones: Si bien no está descrito en la bibliografía como una complicación frecuente en un cuadro de meningitis neonatal, ante la falta de mejoría o agravamiento de signos meníngeos la sospecha diagnóstica de colecciones a nivel del sistema nervioso justifica realizar RMI de cráneo y médula espinal en búsqueda de foco secundario a

este nivel. Resulta imprescindible el abordaje multidisciplinario y la sospecha precoz de complicaciones asociadas ante pacientes con mala evolución clínica.

RESULTADOS EN LA UTILIZACIÓN DE VENTILACIÓN DE ALTA FRECUENCIA OSCILATORIA EN UN SERVICIO DE NEONATOLOGÍA NIVEL 3B

Paolo Bacchiocchi, Alberto Bianchi; Daiana Holzer. Hospital Escuela Eva Perón (Granadero Baigorria, Santa Fe, Argentina) - Servicio de Neonatología. Argentina

Introducción: La ventilación de alta frecuencia oscilatoria (VAFO) es una modalidad de ventilación mecánica relativamente nueva, cada vez más empleada en recién nacidos prematuros (RNPT). Sin embargo, pocos estudios han reflejado los resultados de su uso en estos pacientes. El Hospital Escuela Eva Perón es un hospital público general de tercer nivel; posee una maternidad de nivel 3B, según categorización del Ministerio de salud de la Nación, y que por estrategia de Regionalización de la atención perinatal de la Provincia de Santa Fe, recibe prioritariamente recién nacidos (RN) menores de 32 semanas de edad gestacional. Desde 2013 se utiliza la modalidad de VAFO como rescate, según protocolo interno.

Objetivo: Describir experiencia del uso de VAFO en RNPT, identificando mortalidad y principales morbilidades asociadas.

Método: Estudio observacional, retrospectivo, longitudinal. Criterios de inclusión: recién nacidos (RN) de 24 a 32 semanas de edad gestacional, con peso al nacer (PN) desde 450 a 1500 gramos, ingresados y asistidos en Unidad de cuidados intensivos neonatales de nuestra institución, en el periodo 2020-2022, que requirieron VAFO por más de 12 horas. Se excluyeron RN polimalformados. Variables evaluadas: mortalidad; Displasia broncopulmonar (DBP) leve, moderada y grave; Hemorragia intraventricular (HIV) grave; Retinopatía del prematuro (ROP) con requerimiento de tratamiento; Sepsis tardía; Ductus arterioso permeable hemodinámicamente significativo (DAP-HS) con requerimiento de

tratamiento; Enterocolitis necrotizante (NEC) grave.

Resultado: Total 90 pacientes, equivalente al 34,6 % del total de RN menores de 32 semanas ingresados. Media de 27.1 semanas y 919 gramos de PN. El 36,6% de los pacientes fueron RN de 28 a 32 semanas de edad gestacional y 63,3% menores de 28 semanas. La duración en VAFO fue en promedio 8,2 días. Morbilidades: el 44,4% de la población presentó Broncodisplasia pulmonar, 55% de ellos fue de categoría leve, 30% moderada y 15% severa. En RN menores de 28 semanas, se presentó en el 49,1%, siendo leve en 53,5%, moderada 32,1% y severa en un 14,28%. El mismo porcentaje (44,4%) se obtuvo de sepsis tardía. El 43,3% presentó DAP-HS con requerimiento de tratamiento; el 21,1% hemorragia intraventricular grave; en 8,8% se diagnosticó ROP con requerimiento de tratamiento; y un 3,3% presentó NEC grave dentro de su evolución. La mortalidad fue de un 37,7%.

Conclusiones: Las morbilidades más observadas fueron Broncodisplasia pulmonar (cerca de la mitad de los RNPT extremos estudiados y un tercio de los RN muy prematuros), sepsis tardía y Ductus arterioso permeable. No obstante el alto porcentaje de mortalidad observado, cabe destacar que la población de prematuros incluida se encontraba en condición crítica de salud, donde la VAFO se utilizó como rescate. Si bien no es posible evaluar en qué medida el uso de VAFO mejoró la incidencia de las complicaciones estudiadas, este trabajo podría ser punto de partida para otros que lo comparen. Se necesitan estudios multicéntricos con resultados con alto grado de evidencia científica para realizar recomendaciones generales.

DURACIÓN DE TERAPIA CON ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA, EXTUBACIÓN Y RE-INTUBACIÓN EN RECIÉN NACIDOS PRETÉRMINO: UN ANÁLISIS DESCRIPTIVO DURANTE EL AÑO 2022 EN UN SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DE ARGENTINA. Andrea Crivello, Ximena Diez, Mayra

Britos. Maternidad Provincial Dra. Terecita Baigorria. Argentina

Introducción: La Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM) es uno de los recursos terapéuticos que mejora la sobrevivencia de los recién nacidos prematuros (RNP), sin embargo su empleo puede provocar diferentes daños tanto por su uso prolongado como así también ante una extubación prematura. La condición de inmadurez pulmonar, la poca presencia de fibras rojas y la escasa presencia de surfactante incrementa la dependencia a la ventilación mecánica y al posible fracaso ante una extubación.

Objetivo: Conocer los días de permanencia en Asistencia Respiratoria Mecánica, forma de extubación y necesidad y motivo de reintubación.

Método: Estudio descriptivo, retrospectivo de enfoque cuantitativo. Se analizaron 32 historias clínicas de neonatos menores de 30 semanas de gestación y menores a 1500 gr que requirieron ARM hospitalizados en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal entre enero y diciembre de 2022. Se excluyeron a los RN fallecidos

Resultado: Se incluyeron 17 RN prematuros que requirieron ARM durante el año 2022. Edad gestacional promedio 27,5 semanas (+- 1,4 semanas), 990 gramos promedio (+-177gr). El promedio de días de ARM fue de 35,8 (+-26,8 días), la menor permanencia fue de un 1 día y la máxima de 90 días. Se identificaron un total de 39 extubaciones, de las cuales el 64,1% fueron programadas, 23,1% fueron accidentales y en un 12,8% no fue especificada. Se identificaron un total de 24 reintubaciones, lo que representa un 61,5% de fracaso las extubaciones. Más del 70% (14) de los neonatos fueron reintubados. El 58% (9) dos veces, el 25% (3) tres veces. Los motivos de reintubación en su mayoría fueron apneas y aumento de esfuerzo respiratorio.

Conclusiones: Debido a la escasa muestra es necesario continuar con el análisis de la terapéutica de ventilación invasiva aplicada en prematuros. El alto número de días de permanencia en ARM de los bebés prematuros plantea la necesidad de mejorar la práctica

promoviendo el uso de métodos no invasivos, como así también reforzar la capacitación en base a los criterios de ventilación invasiva y cuidados generales tendientes a mejorar los índices de extubaciones accidentales.