

CONSULTORIOS EXTERNOS DE PEDIATRÍA: DESDE SUS COMIENZOS HASTA HOY

Dra. Norma Aspres

Hospital Materno Infantil "Ramón Sardá"

Organizado hace varias décadas como consultorio de pediatría de primera y segunda infancia, este sector contó con distinguidos jefes como los Dres. Valentín Visillac, Héctor Ruiz Moreno y el querido José Luis Nicolini.

En la década del 70 y hasta mediados de los 80, el Consultorio Vespertino de Niños Sanos asistía a bebés hasta los seis meses de edad, estando a cargo de los médicos de la entonces Residencia de Pediatría.

Así era frecuente ver al Dr. Urman, la Dra. Rosatto o el Dr. Gril, entre otros muchos, acompañando a sus residentes y discutiendo los casos clínicos de mayor interés al finalizar la tarea de la tarde.

Modificaciones de la currícula, el perfil exclusivamente neonatal que toma el Servicio, la creación de la Residencia de Neonatología, hacen que este consultorio se suspenda a mediados de la década del 80. En respuesta a las necesidades de las distintas poblaciones que egresan del Servicio de Neonatología, el Consultorio orientó su actividad hacia estos grupos de riesgo, manteniendo el control de niños sanos hasta completar el período neonatal, es decir, el mes de vida.

La atención de niños sanos más allá de este período se realiza a través del Consultorio Docente de Atención Pediátrica Primaria, que incorpora pacientes con riesgo ambiental hasta los 5 años. Esta tarea pionera en el área del desarrollo infantil, a cargo de la Dra. Enriqueta Roy y col., habiendo comenzado en 1979 se

mantiene hasta la actualidad.

Se describen a continuación las principales actividades que hoy se desarrollan en este sector.

1. El Consultorio de Pediatría en cifras

El número de consultas anuales en los últimos 5 años ha seguido una tendencia ascendente con un franco incremento en el año 1997: de casi 19.000 consultas en 1996, estas ascendieron a 23.500 consultas en el año 1997. Este incremento podría ser atribuible a la apertura de distintos programas de vigilancia para poblaciones de riesgo (Figura 1).

Esto es corroborado por el estudio de la composición de la población asistida en el año 1997, donde el grupo de RN de riesgo constituye el 65% de la misma (Figura 2).

En concordancia también con esto, las especialidades con mayor porcentaje de consultas son los consultorios de: desarrollo, fonoaudiología y psicopedagogía, dedicados a la detección temprana de alteraciones en el desarrollo, muy común en niños que presentan riesgo biológico y/o ambiental. El consultorio de lactancia (tercero en número de consultas) mediante la promoción y resolución de los problemas del amamantamiento, lleva a cabo una labor de especial importancia dada las características socioambientales de la población que se asiste en nuestro hospital (Figura 3).

Figura 1. Consultorios Externos de Pediatría: Número de Consultas Anuales (Sardá, 1993-1997).

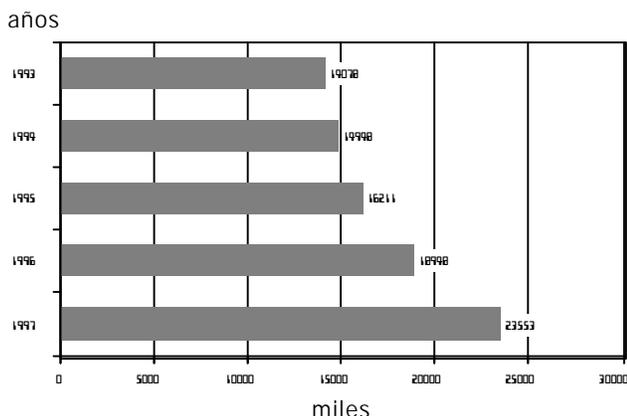
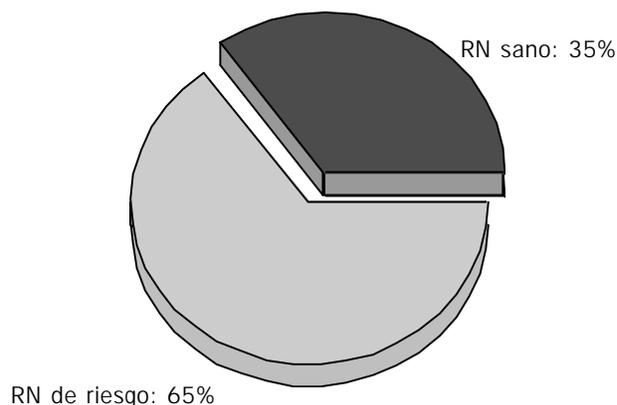


Figura 2. Consultorios Externos de Pediatría: Composición de la población asistida (Sardá, 1997).



2. Consultorios de atención de recién nacidos sanos

Drs. Eduardo Mentasti y Mabel Weischelbaum

Efectúa el control de todos los niños sanos que egresan de la Maternidad durante su primer mes de vida, focalizando su accionar en aspectos tales como el logro de una lactancia exitosa, la resolución de problemas adaptativos (Hiperbilirubinemia, ganancia de peso, etc.), el cumplimiento de la detección temprana de patologías (FEI), luego de lo cual el niño es derivado a consultorios de atención pediátrica primaria cercanos a su domicilio para facilitar su acceso a los controles del primer año de vida.

3. Consultorios de atención de niños de bajo peso al nacer

Dras. Liliana Popovic, Adriana Blanco, Celia Lomuto y Ana Ledesma

Los niños con peso al nacer entre 1.501 y 2.500 grs. que en razón de sus antecedentes no son incorporados a ningún otro programa de seguimiento, son vigilados por la institución durante su primer año de vida.

Se realizan controles de crecimiento antropométrico, promoción de la lactancia materna, calendario de vacunas, reforzamiento nutricional, atención de aspectos socioambientales, y se orientan y coordinan las consultas especializadas.

4. Consultorio docente de atención pediátrica primaria

Dras. Enriqueta Roy, Iris Schapira y María Rosa Cortigiani

Objetivos

Control integral del niño y la familia, que incluye evaluación del desarrollo y acciones de prevención.

Formación de recursos humanos en el área del desarrollo.

Población

Niños sanos con riesgo ambiental, desde el nacimiento hasta los 5 años.

Metodología

Evaluación clínica y del desarrollo a cargo del Pediatra Asistencial, utilizando para ello la Escala de Rodríguez y col. de Santiago de Chile hasta los 2 años de edad, el Test de Denver y el Test de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 3 a 5 años (TEPSI) de los mismos autores chilenos.

Información y orientación oral y escrita a la madre en cada consulta (guías del desarrollo). Citaciones mensuales durante el primer año, trimestrales durante el segundo y semestrales del tercero al quinto.

Resultados

El trabajo de seguimiento comienza en el año 1979. El grupo inicial estuvo constituido por las Dras. Enriqueta Roy (actualmente se desempeña ad-honorem), Iris Schapira y María Rosa Cortigiani, metodóloga del grupo (actualmente se desempeña ad-honorem).

Profesionales de otras disciplinas (psicólogos, psicopedagogos, neurólogos, estadísticos, asistentes sociales) han brindado y brindan su inapreciable colaboración a este grupo, conformando un grupo multidisciplinario que constituye al logro de los objetivos.

El trabajo de muchos de estos profesionales también ha sido o es ad-honorem. Entre ellos, deseamos destacar el de las Lic. A. Oiberman, G. Panisse y N. Parisi, la psicopedagoga V. Verri y la Fga. B. Szapu.

Se incorporan aproximadamente 100 pacientes nuevos por año, que son asistidos 3 días por semana.

La deserción a este consultorio es del 5-6% anual; el grupo lo atribuye a la calidad de la atención, dada por la visión integral del paciente y el orden con que son buscados los problemas.

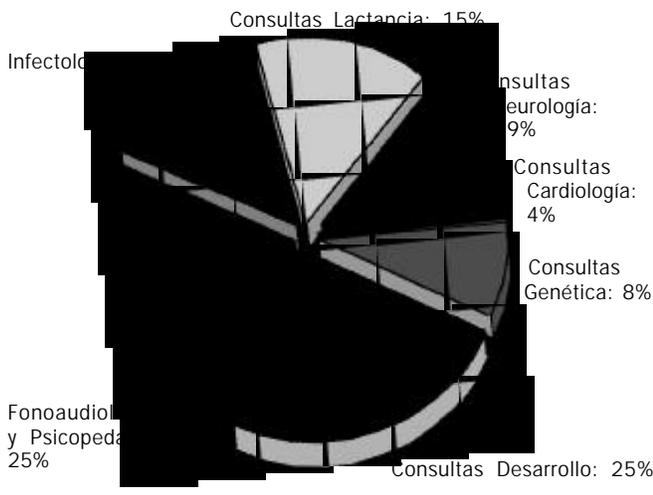
Se cuentan en forma permanente con médicos y profesionales de otras disciplinas en formación, que rotan por este consultorio, provenientes de Capital y provincias, con lo cual se cumple con el objetivo de formar recursos humanos.

Los resultados de los trabajos de investigación se encuentran publicados (ver bibliografía). Los mismos han servido para la elaboración de estudios o proyectos más amplios.

Los estudios realizados en los últimos años sobre poblaciones de preescolares se encuentran en etapa de elaboración y procesamiento.

La Sociedad Argentina de Pediatría ha otorgado el premio "Juan A. Harriet (h)" de Pediatría Sanitaria y Social en el año 1982 al trabajo del grupo "Atención Pediátrica Primaria. Efectos de la Estimulación Temprana en el Niño Sano".

Figura 3. Consultorios Externos de Pediatría: Distribución de consultas según especialidades (Sardá, 1997).



También ha obtenido el 1er. premio en Medicina en las 14as. Jornadas de Adolescencia del Hospital “Abel Zubizarreta” en el año 1995 por el trabajo “Atención Pediátrica Primaria para hijos de Madres Adolescentes”.

La fundación A.J. Roemmers y UNICEF, entre otras entidades, han otorgado becas y subsidios para garantizar parte de estos trabajos.

5. Consultorios de seguimiento de recién nacidos de alto riesgo

Los niños que han presentado eventos neonatales que requirieron su internación en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCIN) representan un grupo poblacional de riesgo durante los primeros años de la vida, no sólo por la patología que produjo su internación y sus consecuencias orgánicas futuras, sino también por la especial vivencia que esta separación precoz y la posibilidad de muerte significan para él y su familia.

Se agrega en nuestro medio hospitalario el riesgo ambiental inherente a una población de escasos recursos socioeconómicos.

Esto hace necesario que un equipo de profesionales entrenados, a través de una tarea interdisciplinaria, brinde atención a los aspectos orgánicos, psicológicos, de orientación familiar, rehabilitación e inserción social, que cada niño en particular requiera.

El seguimiento de grupos de riesgo ofrece además la oportunidad de evaluar periódicamente la calidad de la atención recibida en la UCIN, adecuando técnicas y normas terapéuticas a los resultados obtenidos.

El primer *Programa de Seguimiento* en nuestro hospital incluyó a los niños pretérmino con peso al nacer (PN) menor o igual a 1.500 grs. Fue iniciado en el año 1986, siendo uno de los pioneros en normatizar los aspectos clínicos, la recolección de datos, en brindar atención personalizada y enfocar el trabajo en forma interdisciplinaria.

A partir de esta experiencia, y con objetivos similares, se han constituido numerosos seguimientos especializados en Consultorios Externos de Pediatría, cuyas características generales se detallan a continuación.

Estos seguimientos incluyen:

1. Prematuros con PN menor o igual a 1.500 grs;
2. Recién nacidos con asfixia perinatal;
3. Recién nacidos en Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM) por más de 72 hs, con PN mayor a 1.500 grs;
4. Recién nacidos de madres HIV positivas;
5. Recién nacidos con lúes congénita;
6. Recién nacidos con otras infecciones intrauterinas (Chagas, toxoplasmosis);
7. Hijos de madres adolescentes;

8. Recién nacidos con eritroblastosis fetal;
9. Recién nacidos con síndromes genéticos, en especial Síndrome de Down.

Se cuenta para estos seguimientos con el apoyo de los siguientes consultorios especializados:

- Cardiología pediátrica
- Genética humana
- Neurología pediátrica
- Infectología pediátrica
- Fonoaudiología
- Psicopatología
- Consultorio de Intervención Temprana Tratamiento del Neurodesarrollo
- Lactancia materna

Características generales de algunos seguimientos o consultorios especializados

6. Seguimiento de RN mayores de 1.500 gramos en ARM

(datos preliminares)

Coordinadora: Dra. Cristina Boccaccio

En el año 1994 surge la necesidad de incluir en un programa de seguimiento alejado a una población de RN de mayor peso de nacimiento y edad gestacional que han sufrido eventos perinatales graves y prolongados (EMH, HPP, sepsis, neumonía, etc.) y que presentan alto riesgo de aparición de secuelas orgánicas (HEC, DBP, ROP) y del desarrollo.

En los primeros 2 años de seguimiento (Junio del 94 a Junio del 96) se ventilaron 320 RN de más de 1.500 grs, la sobrevida global fue de 87% (211 RN) y permanecieron más de 72 hs el 45% (82 RN). El 58% correspondió a pretérminos con una EG de $33,5 \pm 2,2$ sem y PN 2126 ± 594 grs y el 42% a RNT. En la *Tabla 1* se observa la frecuencia de patología.

Tabla 1. ARM: patologías diagnosticadas según EG (Sardá, 1994-1996).

	Pretérmino n= 48 (58%)	Término n= 34 (42%)
Diagnósticos	%	%
SDR	83.3	67.9
EMH	66.7	0
AMLAM	0	60.7
HPP	50.0	67.9
Neumonía	47.9	14.3
Asfixia	20.8	60.7
Sepsis	29.2	7.1

Permanecían en el programa a los 2 años, 19/34 niños (56%) de los RNT y 36/48 niños (75%) de los pretérminos.

La repercusión de su patología neonatal se pone de manifiesto al observar el impacto sobre el crecimiento (peso y talla a los 3 y 12 meses) a pesar del complemento nutricional administrado (Figura 4).

La incidencia de *secuelas neurológicas y anomalías del desarrollo* es también elevada en esta población: Parálisis Cerebral 23,5 y 21%, retraso madurativo 2,6 y 5,3% en RN pretérmino y término respectivamente

Un dato relevante es la *incidencia de ROP* en esta población de prematuros. De los 38 niños menores de 35 semanas, el 18,4% presentó algún grado de retinopatía: de ellos, 3 (7,9%) fueron grado III y 2 de ellos requirieron crioterapia. La media del PN fue 1895 ± 353 y la media de EG fue $32 \pm 1,6$ semanas, permaneciendo en ARM entre 4 y 27 días. Todos ellos recibieron múltiples transfusiones con sangre adulta y presentaron episodios severos de shock, arritmias e hipotensión que hicieron necesarias maniobras de resucitación con O_2 100%.

De estos datos se deduce la importancia de un seguimiento interdisciplinario de aquellos niños que han egresado de una UCIN independientemente de su peso de nacimiento.

7. Programa de seguimiento de prematuros con peso al nacer menor de 1.500 gramos

Coordinadoras: Dras. Norma Aspres, Alicia Benítez, Ana Galindo e Iris Shapira

Fonoaudiólogos: Lic. María Arce y Gustavo Granovsky

Neurólogo: Dr. Víctor Feld.

Psicopedagogas: Lic. Viviana Verri y Alejandra Caballero.

En el año 1986 comienza la vigilancia de esta población de gran interés clínico por presentar *alto riesgo biológico y socio ambiental* dado que concentra la mayor y la más compleja morbilidad en el período neonatal, y pertenece en su mayoría a hogares de situación socioeconómica desventajosa.

Objetivos

1. *Asistencial*: Obtener el mejor resultado alejado para estos niños a través de:
 - Atención integral del niño y su familia.
 - Vigilancia del crecimiento y desarrollo.
 - Asistencia nutricional y promoción de la lactancia materna.
2. *Docente*: Formación de recursos humanos con especial entrenamiento en la vigilancia de esta población.
3. *Auditoría*: Evaluación de la calidad asistencial ofrecida a estos pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos.

4. *Investigación*: Conocer el comportamiento alejado de estos niños permitiendo adecuar prácticas asistenciales y crear servicios especiales con propósitos preventivos.

Población

Todos los RN con peso al nacer < 1.500 grs nacidos en esta institución y egresados de la misma son seguidos hasta haber completado el primer grado de la escuela primaria.

Metodología

Entrevista socioeconómica vincular pre-alta.

Recolección de datos perinatales (Epicrisis).

Consultas programadas mensuales durante el primer año de vida, trimestrales durante el segundo y bianuales del tercero al séptimo.

La vigilancia del crecimiento se realiza utilizando Edad corregida (EC) hasta los dos años para peso y talla y hasta el año para perímetro cefálico (PC).

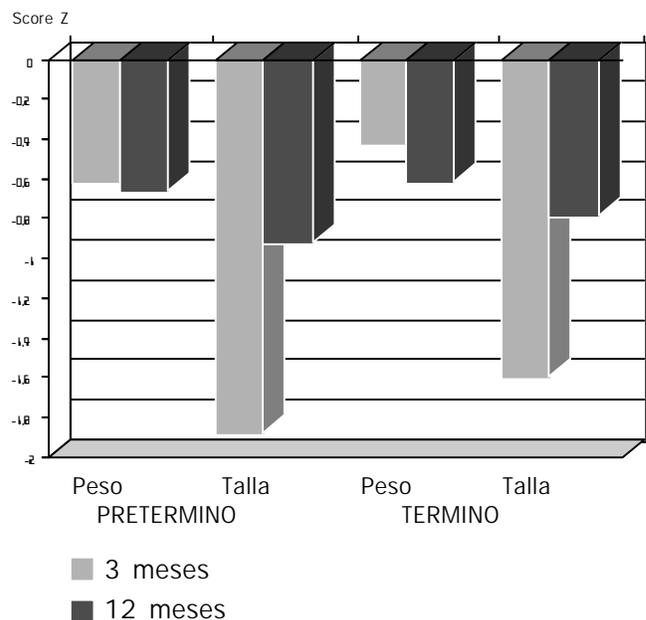
Se emplea para ello los Estándares de Lejarraga y col., y para (PC) después del año la curva de Nelhaus.

Promoción de la lactancia materna: Se trabaja en estrecha colaboración con el consultorio de lactancia materna.

Vigilancia del estado nutricional: se aportan suplementos nutricionales (Fe, Vitaminas, leche maternizadas) a aquellos niños que los requieren.

El cumplimiento del calendario de vacunas se realiza según edad cronológica, (ECro) indicándose las vacunas estándares y eventuales vacunas especiales (antigripal, antihepatitis B antineumocócica, etc.).

Figura 4. Seguimiento de RN > 1.500 g en ARM: Peso y Talla alcanzado a los 3 y 12 meses de vida (Sardá).



La evaluación del neurodesarrollo se realiza mediante la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) de Rodríguez y col. durante los primeros 2 años de vida, luego se emplea el Test de Desarrollo Psicomotor Infantil (TEPSI) entre los 3 y 5 años.

Ultimamente hemos incorporado el WISC (Wechsler Intelligence Scale for Children) para los niños de 6 y 7 años. Se informa y se orienta a las familias.

Evaluación fonoaudiológica periódica con el propósito de:

Detección y tratamiento de trastornos de la succión deglución.

Pesquisa de hipoacusia: realización de Potenciales auditivos entre los 4 y 6 meses de EC.

Vigilancia del desarrollo del lenguaje.

Examen oftalmológico periódico a partir de las 4 semanas de vida para detección de Retinopatía del Prematuro (ROP) y otras patologías visuales. Nuevo control entre el año y los 2 años.

Derivación oportuna y programación de consultas especializadas (Neurología, Neumonología, Ortopedia, etc. y Consultorio de procreación responsable a la madre).

Registro de datos y análisis periódico de los mismos mediante EPI INFO.

Coordinación con Servicio Social de la citación a los desertores al seguimiento.

Alta del programa a los 7 años de edad habiendo completado el primer grado de la escuela primaria.

Resultados

En el período 1986-1996 fueron incorporados al programa 647 pacientes y egresaron del mismo 245, continuando en seguimiento 402 pacientes.

La *deserción* es variable según los periodos analizados oscilando entre 9,7 y 20%.

La media en años de *educación maternase* mantiene constante (8,7 a 8,8) en 2 periodos analizados.

En lo referente al *amamantamiento*, entre un 66% (Período 86-88) y 87,2% (Período 94-95) de los pacientes egresan amamantados y entre un 22 y un 27% de los niños permanecen amamantados a los 6 meses de EC.

La ROP severa (grados 3 o más) disminuyó del 17% en el período 90-92 al 5% en el período 94-95.

Entre el 3% y el 3,4% (88-90/94-95) de los pacientes presentaron *pérdida auditiva* neurosensorial.

Entre un 10 al 11% de los pacientes egresan con el diagnóstico de *displasia broncopulmonar* (DBP).

Entre un 8 al 10% de los pacientes presentaron *secuelas neurológicas graves*.

Entre el 27 y el 32% de los pacientes se *reinternaron* al menos una vez durante el primer año de vida.

La experiencia adquirida a través del seguimiento de una población de prematuros nos permitió reflexionar acerca de las necesidades especiales de estos niños durante los primeros años de vida y tomar conciencia de los todavía escasos recursos que ofrece la comunidad para los mismos.

Con respecto al *desarrollo psicomotor*, el 75% de los niños evaluados entre los 3 y 5 años fueron normales. De 50 pacientes evaluados a la edad promedio de 5 años 10 meses, el 76% se encontró apto para un desempeño adecuado dentro del nivel educativo correspondiente a su edad cronológica.

La experiencia adquirida a través del seguimiento de una población de prematuros nos permitió reflexionar acerca de las necesidades especiales de estos niños durante los primeros años de vida y tomar conciencia de los todavía escasos recursos que ofrece la comunidad para los mismos.

Se necesitan políticas sanitarias que permitan la vigilancia adecuada de estos niños, con el propósito de

reducir el impacto social y económico del bajo peso al nacer.

8. Consultorio de seguimiento de RN expuestos a infecciones maternas de transmisión vertical

Coordinadora: Dra. María A Sarubbi

La alta prevalencia de madres con serología positiva para Sífilis (0,9%), HIV (1,2%), Chagas (2,2%) y Hepatitis B (0,4%) que se asisten en nuestra Maternidad, planteó la necesidad de protocolizar el diagnóstico, prevención y/o tratamiento y seguimiento de

Tabla 2. Características de la población materna de los primeros 52 pacientes (Sardá, 1996-1998).

Episodio previo de lúes:	8	(18,0%)
Coinfección con:	HIV:	6 (13,6%)
	HBsAg:	1 (2,2%)
	HCV:	3 (6,6%)
	Pareja HIV +:	3 (6,8%)
Consumo de cocaína:	10	(25,6%)
Edad media (años):	25±6,2 (rango 15-38)	
Inicio de relaciones sexuales:	10-14 años:	9 (20,4%)
	15-18 años:	22 (50,0%)
	19-20 años:	6 (13,0%)
Nº de parejas sexuales:	1-3:	23 (52,0%)
	4-10:	9 (20,4%)
	15-20:	5 (11,3%)
Conviven con su pareja:	30	(68,0%)
Pareja simultánea:	4	(9,0%)
Bisexualidad:	1	(2,2%)

estos pacientes. Debido que los RN afectados son en un 50-80% de los casos asintomáticos, y el diagnóstico requiere en la mayoría de los casos de la negativización de anticuerpos maternos, la función del consultorio es fundamental en estos pacientes. Muchos de ellos pertenecen a familias marginadas, con poca educación, pocos recursos económicos y domicilios alejados, lo cual los categoriza como *población de alto riesgo social* en la que la deserción es frecuente. La falta de recursos del Servicio Social y del área programática del hospital agrava aún más la situación y requiere de un esfuerzo extra del equipo de salud perinatal.

El control del embarazo es pobre y tardío lo cual retarda el diagnóstico materno y aumenta el número de RN tratados por causa materna aún siendo asintomáticos y muchas veces con serología negativa.

de RN tratados por causa materna aún siendo asintomáticos y muchas veces con serología negativa.

Las dificultades en el diagnóstico de infección en un RN expuesto a LUES intraútero residen en que la mayoría de ellos son asintomáticos, las pruebas serológicas son reflejo de la serología materna y no existen hasta ahora pruebas disponibles para detectar la presencia del treponema en el RN.

Esto motiva el seguimiento y tratamiento de RN sintomáticos y asintomáticos nacidos de madres VDRL(+) no tratados o inadecuadamente trata-

das independientemente de los síntomas neonatales. También se tratan aquellos pacientes en quienes no se puede asegurar un seguimiento.

Los resultados de los primeros 52 niños evaluados se pueden apreciar en las *Tablas 3 y 4*.

9. Seguimiento de hijos de madre VDRL (+)

Integrantes del equipo: Dr. Claudio Palonsky, Dra. María Alda Sarubbi, Enf. Cristina Wickert, Enf. Hugo Segovia.

Período: 01-09-1996 al 31-04-98.

Total del RN: 73 niños.

Los datos maternos muestran que se trata de un grupo de pacientes jóvenes, con inicio temprano en las relaciones sexuales, múltiples parejas y conductas de riesgo para enfermedades de transmisión sexual (ETS) que además tienen antecedentes de episodios previos de lúes y de coinfección con otras ETS. Una de cada cuatro declara consumo de cocaína.

El *control del embarazo* es pobre y tardío, lo cual retarda el diagnóstico materno y aumenta el número

Comentario

50% de los niños tratados por causa materna *desertaron del seguimiento* lo que revela su alto riesgo social, que se manifiesta inicialmente por el inadecuado control del embarazo y posteriormente por la falta de control posnatal. La deserción entre los niños no tratados fue del 72%.

Estas características avalan las actuales indicaciones de tratar no solamente a los RN con infección presuntiva sino a todos aquéllos cuyas madres no pueden ser evaluadas o tratadas adecuadamente o no pueden garantizar el seguimiento de sus RN.

Los resultados obtenidos revelan que las ETS son un problema de resolución social que va más allá del

Tabla 3. Características de los RN (n=52).

De término y peso adecuado:	44 (85%)
Retardo del crecimiento:	6 (12%)
Prematurez:	2 (3%)

Tabla 4. 52 RN de madres VDRL(+): Resultados (Sardá, 1996-1998).

Tratados= 26		No tratados= 26
Sintomáticos*	Causa materna**	Alta al tercer mes con VDRL (-):
3 (12%)	23 (88%)	19 (73%)

* Criterios de tratamiento: por serología 1 paciente, por clínica 1 paciente, por LCR patológico 1 paciente.

** 14 (61%) madres no tratadas.
7 (31%) tratadas en el último mes del embarazo.
2 (8%) con títulos en ascenso.

Tabla 5. Madres chagásicas: características. Sardá, 1996-1998 (n= 166).

Edad media:	27 años (rango 15-43)
Signos de enfermedad crónica:	5 (3,0%)
Control del embarazo	166 (100,0%)
<i>EG al primer control:</i>	
0-10 semanas:	16 (10,0%)
12-20 semanas:	67 (67,0%)
21-27 semanas:	44 (27,6%)
28 a más semanas:	32 (20,0%)
<i>Procedente de zona endémica:</i>	
Bolivia:	81 (48,7%)
Argentina:	51 (30,7%)
Paraguay:	13 (7,8%)
Perú:	2 (1,2%)
Conoce el vector:	112 (67,5%)
Fue picada:	39 (23,5%)

hospital y requiere educación de la comunidad, búsqueda de contactos y un sistema eficiente de búsqueda de desertores haciendo énfasis en la importancia del adecuado control prenatal y el estudio de rutina de las ETS.

10. Seguimiento de hijo de madre chagásica

Integrantes: Dra. María A. Sarubbi, Enf. Cristina Wickert, Hugo Segovia, Dra. Rodríguez Galli.

Año de inicio del seguimiento: 1996

Comentario

En la Maternidad Sardá existe un importante número de pacientes provenientes de áreas endémicas para Chagas tanto de nuestro país como de países limítrofes. Esto se refleja en la alta prevalencia de madres + (2,2%) y de la necesidad de universalizar la pesquisa de madres chagásicas. Así se brinda una única oportunidad de diagnosticar y tratar a los RN infectados y también a sus hermanos menores de 15 años en estado serológico indeterminado, quienes estudios recientes han demostrado que tienen altas posibilidades de curación (Tablas 5 y 6).

La *transmisión vertical* en los RN descartando aquellos que desertaron es de 5,2%. Es frecuente la transmisión vertical a más de un hijo en algunos grupos familiares.

11. Consultorio de intervención temprana. Tratamiento del neurodesarrollo.

Coordinadora: Fisioterapeuta Lidia Muzaber

Kinesiólogas: Mónica Bengoa e Irupé Lafuente

Dra. Iris Schapira

Objetivos

Efectuar un abordaje integral para niños con disfunción del movimiento.

Población

Niños enrolados en los diferentes programas de

Tabla 6. Hijo de madre chagásica: características de los RN (Sardá, 1-10-96 al 1-5-98).

Nº de pacientes en seguimiento:	248
Nº de pacientes infectados y tratados:	
- RN hijos de madre chagásica:	
Diagnosticados por parasitemia:	5
Diagnosticados por serología:	3
- Hermanos de RN en seguimiento:	
Diagnosticados por serología:	8
- Nº de pacientes que desertaron:	96 (38%)
(Periodo > 6 meses de la última consulta)	
- Nº de pacientes de alta:	64
- Transmisión vertical de pacientes en seguimiento:	5,2%
(descontando desertores).	

seguimiento que son derivados ante la fuerte presunción o detección de alteraciones del neurodesarrollo.

Metodología

Se efectúa neuroterapia del desarrollo basada en el método de Bobath.

Se trata de un proceso interactivo en el que intervienen paciente, cuidador y terapeuta.

Se basa en la facilitación de patrones de desarrollo normales e inhibición de los anormales, con el propósito de optimizar las funciones, incluye la interacción de muchos sistemas.

Es un trabajo con la familia que permite extender la acción terapéutica a las 24 hs. del día. Se les enseña a manejar al niño durante las actividades de la vida diaria. Puede iniciarse durante la internación y continuar luego en forma ambulatoria.

Resultados

El consultorio se inicia en noviembre del año 1996.

En el año 1997 fueron asistidos 80 pacientes, de los cuales 20 son RNT y 60 son Pretérmino.

Las patologías observadas fueron: (Tabla 7)

La evaluación de los pacientes se evalúa de acuerdo a:

1. Presencia o no de complicaciones (contracturas y/o deformidades).
2. Agravamientos: Evolución tórpida de su enfermedad (aparición de convulsiones, infecciones respiratorias severas, etc.).

De acuerdo con ello se considera la evolución de los pacientes siguiendo el método de Bobath (Tabla 8).

Tabla 7. Consultorio de Intervención Temprana: Patologías según EG (Sardá, 1997).

	RN Término (n=20)		RN de Pretérmino (n=60)
Cuadriparesias	33%	Cuadriparesias	21%
Trauma obstétrico	29%	Hemiparesias	25%
Síndrome genético	24%	Displejía espástica	7%
Retraso madurativo	14%	Trauma obstétrico	7%
		Déficit posturales	4%
		Distonía	4%
		Retraso madurativo	32%

Tabla 8. Consultorio de Intervención Temprana: Evolución de los pacientes (Sardá, 1997).

	RNT: (n=20)	RNPRET (n=60)
mala	10%	9%
regular	15%	20%
bueno	75%	71%

La evolución de los niños está relacionada con la colaboración familiar en el tratamiento y se valora constataando al inicio de la sesión que la madre, o quien esté a cargo del niño, muestre cómo trabaja en casa y relate aspectos del cuidado diario: dónde pasa el día el niño, en qué posiciones, a qué juegan, etc.

La relación observable entre colaboración materna y evolución ha sido la siguiente:

Buena evolución:	
Buena colaboración:	98%
Sin colaboración	2%
Regular evolución:	
Buena colaboración	25%
Regular colaboración	25%
Sin colaboración	50%
Mala evolución:	
Buena colaboración	33%
Sin colaboración	67%

De estos datos se desprende la necesidad de establecer una relación de confianza y trabajo estable entre las familias de los niños de riesgo y el equipo terapéutica con el propósito de lograr los mejores resultados en el tratamiento.

12. Programa de seguimiento de RN con isoimmunización RH

Dra. Silvia Lilianna Spinelli

Introducción

La incompatibilidad RH continúa siendo en nuestro país un importante problema causante de morbi-mortalidad feto-neonatal.

Objetivos

Efectuar el seguimiento de esta población durante un año para determinar a intervenir en las posibles complicaciones: hematológicas, infectológicas, hepáticas y del crecimiento y desarrollo.

Población

Todos los RN del Hospital Materno Infantil "Ramón Sardá" que presentan esta patología. Se clasifican en tres Grados de Afectación según los antecedentes obs-

Tabla 9. Seguimiento de RN con isoimmunización RH (Sardá, 1995-1997).

	Ingresaron	Completaron el año
G1:	60 (65,9%)	45 pac. (75%)
G2:	11 (12,1%)	8 pac. (72,7%)
G3:	20 (22%)	15 pac. (75%)

No debemos olvidar que esta es una patología evitable y por lo tanto los esfuerzos deben ser, sin duda, orientados a lograr eliminar la aparición de nuevos casos de sensibilización materna.

tétricos y los datos del control del embarazo en curso:

Grado 1 (G1): afectación fetal mínima que permite llegar al término del embarazo (Tabla 10).

Grado 2 (G2): afectación fetal severa que indica la necesidad de interrumpir el embarazo previa inducción de la maduración pulmonar con corticoides (Tabla 11).

Grado 3 (G3): afectación fetal severísima que implica la corrección de la anemia fetal in-útero para evitar el hidrops y la muerte del feto, y oportunamente previa inducción de

la madurez pulmonar fetal, interrumpir el embarazo (Tabla 12).

Metodología

Se realizó un seguimiento prospectivo, longitudinal y descriptivo de la población a través de:

- Recolección de datos perinatales.
- Seguimiento clínico.
- Controles hematológicos seriados (según afectación y evolución).
- Datos de laboratorio de la función hepática.
- Evaluación neurológica seriada.
- Evaluación del desarrollo psicomotor (trimestral).

Tabla 10. Seguimiento de RN con isoimmunización RH (Sardá, 1995-1997). Resultados del Grado 1.

Nº pacientes	60
Edad gestacional (\bar{x} + DS)	39 (2)
Peso del nacimiento (\bar{x} + DS)	3.120 g (510)
Bi de cordón (\bar{x} + DS)	3,7 mg (1,8)
Bi máxima (\bar{x} + DS)	14,2mg (6,5)
Bi > 20 mg	13,3% (8 pac.)
No exsanguinados	73,3% (44 pac.)
Exsanguinados 26,7%	1 exs: 62,5%
	2 exs: 31,3%
	4 exs: 6,2%
Complicaciones de la exs.	Ninguna
Infección durante internación	Sospecha: 1 (SALAM)
Menor hto. alcanzado (\bar{x} + DS)	Exs: 26% (3,5)
	No exs: 27% (5)
Mayor Rto. de reticulosis (\bar{x} + DS)	Exs: 6,27 (1,5)
	No exs: 6,5 (2,8)
Resolución de la anemia (días) (\bar{x} + DS)	Exs: 55 (13)
	No exs: 59 (24)

Los pacientes con Bi > 20 mg y Exs: Evaluación auditiva normal. Evaluación del crecimiento y desarrollo al año: normal.

- Evaluación auditiva (control fonoaudiológico y potenciales evocados).
- Evaluación del crecimiento.

Resultados

Desde julio de 1995 a setiembre de 1997 nacieron 117 RN con Incompatibilidad RN (prevalencia: 0,8%; 8 veces superior a la reportada en EE.UU.).

Se interrogó a estas madres sobre el modo de sensibilización: por abortos: 57%, por transfusión: 2,3% y el 40,6% por embarazo anterior. Esta sensibilización, igual que en los casos de aborto espontáneo tratados en medio hospitalario, podría y debería ser evitada.

Ingresaron al seguimiento 91 pacientes (Tabla 9).

Las causas por las que no completaron el seguimiento fueron:

- Deserción: 17,5% (16 pac.: 15 de G1 y 1 de G2).
- Derivación por domicilio distante: 4,3% (4 pac: 1 de G2 y 3 de G3).
- Derivación por patología quirúrgica: 2,1% (G3).

- Fallecimiento: 1 paciente (G2). Falleció a los 4 meses por obstrucción accidental de la vía aérea.

A pesar de tratarse de una población de alto riesgo y de ser los resultados alejados alentadores no debemos olvidar que esta es un patología *evitable* y por lo tanto los esfuerzos deben ser, sin duda, orientados a lograr eliminar la aparición de nuevos casos de sensibilización materna.

Bibliografía de referencia

- Roy E y col.: Atención Pediátrica Primaria. Evaluación del desarrollo y efectos de la estimulación temprana en el primer año de vida. Arch Arg Ped 1985; 83: 84-91.
- Roy E y col.: Evaluación del desarrollo psicomotor de 319 niños de 1 a 24 meses de la consulta ambulatoria de los hospitales Ramón Sardá, Pedro de Elizalde y Luisa Gandulfo. Arch Arg Ped 1988; 86: 204-212.

Tabla 11. Seguimiento de RN con isoimmunización RH (Sardá, 1995-1997). Resultados del Grado 2.

Nº pacientes	11
Edad gestacional (\bar{x} + DS)	35,2 (1,07)
Peso del nacimiento (\bar{x} + DS)	2.430 g (393)
Bi de cordón (\bar{x} + DS)	7 mg (1,8)
Hto de cordón (\bar{x} + DS)	28% (5)
Bi máxima (\bar{x} + DS)	17mg (6,5)
Bi > 18mg	54,5%
No exsanguinados	18,2%
Exsanguinados 81,8%	1 exs: 22,2%
	2 exs: 33,3%
	4 exs: 44,5%
Complicaciones de la exs.	1 bradicardia (11,1%)
Infección durante internación	3 sospechadas: 1 NEC y 2 sepsis
SDR (45%)	transit.: 20% Anemia: 80%
Menor hto. alcanzado (\bar{x} + DS)	Exs: 23,4% (2,5) No exs: 22,5 (2,1)
Mayor Rto. de reticulosis (\bar{x} + DS)	Exs: 8,6 (2,3) No exs: 8,05 (4,5)
Resolución de la anemia (días) (\bar{x} + DS)	Exs: 59 (9) No exs: 55 (9)

Evaluación del crecimiento y desarrollo al año: Normal.
Evaluación auditiva Normal.

Tabla 12. Seguimiento de RN con isoimmunización RH (Sardá, 1995-1997). Resultados del Grado 3.

Nº pacientes	20
Edad gestacional (\bar{x} + DS)	34,1 (2,1)
Peso del nacimiento	2.140 g (450)
Trat. intraútero	TIU: 80%
	IGGEV: 15%
	IGG + TIU: 5%
Bi de cordón (\bar{x} + DS)	6,6 mg (2,4)
Bi máxima (\bar{x} + DS)	35,2% (12,1)
Hto de cordón (\bar{x} + DS)	35,2% (12,1)
Exsanguinados (75%)	1 exs: 26,6%
	2 exs: 40%
	3 exs: 20%
	5 exs: 13,4%
Infección en internación (20%)	2 sepsis Estafilo 1 infec. Urinaria 1 neumonitis.
SDR (60%)	75 transitoria 25% Anemia
Menor hto. alcanzado (\bar{x} + DS)	Exs: 22% (2,5) No exs: 18% Ds (1,3)
Mayor Rto. de reticulosis (\bar{x} + DS)	Exs: 6,8 (1,3) No exs: (4)
Resolución de la anemia (\bar{x} + DS)	Exs: 93d (21) No exs: 88d (51)

Evaluación del crecimiento y desarrollo al año:
normal: 93,3%; anormal: 6,6%.
Evaluación auditiva normal en todos los casos.