

ARTÍCULOS PRESENTADOS al CONGRESO ARGENTINO DE PEDIATRÍA y LA SOCIEDAD LATINOAMERICANA DE INVESTIGACIÓN PEDIÁTRICA (SLAIP) 2010 por PROFESIONALES DE LA MATERNIDAD SARDÁ

1. Líquido amniótico meconial y síndrome de dificultad respiratoria: incidencia, factores de riesgo y morbimortalidad

Abrahan M^a, Di Pietro S^b, Fernandez V^b, Gerez G^b y Meritano J^a

a. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.

b. Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

Correspondencia: jmeritano@gmail.com

Introducción: El líquido amniótico meconial (LAM) se presenta en 5 a 30% en recién nacidos de término y posttérmino; entre el 2 al 10% desarrollan síndrome de aspiración de líquido amniótico meconial (SALAM). La mortalidad asociada es del 4 al 40%. Los factores de riesgo para la aparición de SALAM son: el aumento en la consistencia del LAM, alteraciones en el monitoreo fetal, las cesáreas, menos de 5 controles prenatales, el sexo masculino, score de Apgar menor a 7 y el oligoamnios. El LAM aumenta el riesgo de síndrome de dificultad respiratoria (SDR) en recién nacidos de término y posttérmino.

Objetivos: Estimar la incidencia de LAM y SALAM en RN de término o posttérmino. Comparar el riesgo de SDR en RN con LAM con aquellos RN con líquido amniótico claro (LAC). Analizar los factores de riesgos asociados a SALAM.

Población y muestra: Criterios de inclusión: casos: 1.150 RN > 37 semanas de EG con LAM. Controles: 2.300 RN > 37 semanas de EG con LAC. Criterios de exclusión: RN < 37 semanas de EG, hijo de madre diabética o hipertensa, RN con malformaciones, madre con corioamnionitis, recién nacido pequeño para edad gestacional.

Resultados: Sobre un total de 10.332 RN vivos durante el período de estudio en la Maternidad Sardá, 1.150 presentaron líquido amniótico meconial, que corresponde a una incidencia del 11,1%. Se observó una mayor asociación de SALAM a mayor edad gestacional. La incidencia de SALAM fue del 3,9% y la presencia de SDR en RN con líquido amniótico claro fue del 1,3% (RR: 2,5 [IC 95% 1,3-3,7]). En presencia de LAM se evidenció SDR con más severidad, más presencia de escapes de aire, menor puntaje de Apgar y mayor mortalidad. En el análisis del subgrupo con SDR encontramos un menor control prenatal, menor puntaje de Apgar al 5º minuto, prevalencia del sexo masculino, mayores complicaciones y mortalidad en el grupo con líquido amniótico meconial.

Conclusiones: En nuestro estudio la incidencia de líquido amniótico meconial en la Maternidad Sardá en recién nacidos de término y posttérmino fue de 11,1%. El riesgo de desarrollar distress respiratorio en pacientes con líquido amniótico meconial es 2,5 veces mayor que para aquellos pacientes nacidos con líquido amniótico claro. La incidencia de SALAM es del 3,9%. En relación a la gravedad del distress respiratorio producida por la aspiración de líquido amniótico meconial, existe una tendencia, a presentar mayor mortalidad, escapes de aire y menor puntaje de Apgar.

2. Asociación entre evolución y factores de riesgo en pacientes internados con patología respiratoria por virus influenza

Cores S^a, Majdalani A^a, Moles L^a, Ruggiero S^a y Meritano J^b

a. Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

b. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.

Correspondencia: sofiacores@hotmail.com

Introducción: La infección por virus Influenza es una enfermedad emergente que produce anualmente un elevado impacto en salud. Un 30% de los niños presentan síntomas de infección por virus Influenza, siendo los menores de 2 años los que exhiben las tasas más altas de hospitalización y complicaciones. La incidencia en niños sanos oscila entre el 10 y el 40%, la cual es mayor en niños con hemoglobinopatías, DBP, asma, FQP, enfermedades oncológicas, DBT, IRC, y cardiopatías congénitas. Siendo los factores de riesgo importantes en la evolución clínica de los pacientes infectados con virus Influenza, el objetivo fue analizar cuáles de ellos son los que se asocian a mala evolución.

Objetivos: Evaluar la asociación entre evolución clínica y los factores de riesgo en pacientes con IRAB por virus Influenza.

Material y métodos

Población: Criterios de inclusión: niños menores de 24 meses de vida internados con diagnóstico de IRAB en los cuales se demostró la presencia del virus Influenza (subtipo A y B). Criterios de exclusión: niños mayores de 24 meses y pacientes con IRAB de otra etiología o sin rescate en el aspirado de secreciones.

Diseño: Estudio transversal, retrospectivo y descriptivo.

Resultados: De 62 pacientes con muestras positivas para Influenza A o B, se encontró que el 73% de los mismos presentaban al menos un factor de riesgo para IRAB grave, mientras que el 27% restante no los presentaba. De los que no presentaban factores de riesgo el 65% no presentó complicaciones en su evolución. Por lo tanto, los pacientes que tienen factores de riesgo tienen una probabilidad mayor de presentar complicaciones en su evolución: OR 3,3 (IC 95 % 1,03-10,6). Las complicaciones más frecuentes fueron: internación y oxigenoterapia más prolongada, y en menor medida internación en UTIP y muerte. En relación a los factores de riesgo para IRAB grave encontramos que el más frecuentemente involucrado fue la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC); en segundo lugar apareció la edad menor de 3 meses junto a la desnutrición, y finalmente la prematuridad y/o bajo peso al nacer, cardiopatías e inmunodeficiencias.

Conclusión: La presencia de factores de riesgo se asocia a mala evolución clínica en pacientes con IRAB por virus Influenza (OR: 3,3). De acuerdo a los resultados obtenidos en este trabajo, la presencia de factores de riesgo para IRAB grave parecería condicionar una peor evolución en pacientes con infección respiratoria por virus Influenza.

3. Resumen video grupo Atiendo (Atención Interdisciplinaria en Niños con Síndrome de Down)

**Ledesma A^a, Aspres N^a, Schapira^a, Rittler M^a, Antoniutti A^a, Gerometta G^a, Piperno M^a,
Bucking C^a, Cortés S^a y Paz M^a**

a. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.

Correspondencia: coluccianam@yahoo.com.ar

Objetivos: Programa de atención integral desde el nacimiento hasta el inicio de la escolaridad para mejorar la calidad de vida de niños con Síndrome de Down y a sus familias, a fin de permitir su integración en la sociedad, ayudando a sus padres a lograrlo.

Desarrollo de la experiencia profesional: Desde 1996 se organizó el Grupo Atiendo, encargado del seguimiento sistemático de niños con SD.

Metodología aplicada: Se muestra el trabajo realizado por el equipo inter e intradisciplinario (pediatras, genetista, cardióloga, fonoaudiólogos, estimuladoras tempranas, psicopedagoga, psicóloga, neurólogo, enfermera, asistente social) y algunas de sus diversas actividades:

- Atención integral de niños con SD en el consultorio de pediatría.
- Estimulación temprana; reunión de padres, sus testimonios y de profesionales.

Resultados: Este video demuestra los resultados del trabajo y los beneficios de las reuniones de padres al compartir con ellos, los niños y los integrantes del equipo las múltiples situaciones que atraviesan, el intercambio de experiencias, sentimientos, miedos, desesperanza y la ayuda para recuperar la

autoestima, elaborar inquietudes, mitos y prejuicios. La atención de estos niños en los consultorios durante los primeros años de vida encuentra en el marco de estas reuniones contener y transmitir un mensaje realista y esperanzador.

Conclusiones: En salud pública, en el terreno de la discapacidad, prevenir significa adoptar medidas que impidan una enfermedad o no se incrementen sus dificultades.

Si las deficiencias físicas, mentales y/o sensoriales están presentes, las medidas de prevención secundaria se dirigen a impedir que causen una limitación funcional permanente o tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas.

El Grupo Atiendo se dedica a orientar a las familias para que puedan desarrollar al máximo sus potencialidades y lograr su integración social.

Quien padece una discapacidad no es anormal o subnormal, es alguien que se inserta en el mundo con una capacidad disminuida y requiere de educación y apoyo individual.

La discapacidad no es una enfermedad sino una condición de la persona.

Aún tenemos necesidades y carencias, pero nos capacitamos, para resolverlas a través del apoyo de nuestros pacientes, en la búsqueda de fortalezas.

Apostamos a la vida y enfrentamos sus desafíos...

4. Traumatismos al nacer en un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires

Schapira I^a, Fiorentino A^a, Cúneo Libarona M^a y Aspres N^a

a. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.

Correspondencia: itschapira@fibertel.com.ar

Los traumatismos al nacer (TN) se producen entre 0,3 y 3,2/1.000 nacidos vivos. De las lesiones secundarias, 94% son fracturas de clavícula (FC) y el resto parálisis facial o parálisis braquial (PBO). El diagnóstico precoz y la intervención oportuna permiten alcanzar el máximo desarrollo del niño y disminuir los costos en salud.

Objetivos: a) Determinar la frecuencia de niños que concurren con TN; b) Registrar el peso al nacer (PN), perímetro cefálico (PC) y talla (T) y c) Describir antecedentes maternos como edad, índice de masa corporal (IMC), terminación de parto.

Material y Métodos: Estudio observacional descriptivo.

Población: niños nacidos en Hospital Sardá con lesiones por TN en seguimiento neurokinésico.

Criterios de exclusión: malformaciones congénitas mayores, infecciones intrauterinas confirmadas, patología quirúrgica.

Resultados: 38 niños de término con TN (69% varones) derivados para evaluación y tratamiento kinésicos. 37% (14) presentaron PBO (64% varones), 63% (24) FC (71% varones). Solo dos niñas con PBO presentaron también fractura homolateral.

Edad de derivación neurokinésica: 10-55 días de vida.

Se observó un PC de $35 \pm 1,5$ y una T de $50 \pm 2,8$; similar tanto en niños con PBO como en niños con FC, un PN de $3871 \text{ g} \pm 383$, 6% mayor en el grupo con PBO.

La presentación de PBO y FC fue similar en ambos miembros superiores. El 70% de los niños con PBO presentaron mayor compromiso proximal que distal.

El 28,6% de los niños con PBO y el 50% de los niños con FC presentaron preferencia de rotación de cabeza y cuello, siendo del 100% hacia el lado opuesto a la lesión en los niños con PBO, y del 75% en los niños con FC.

Respecto de las madres, la edad fue de 25 ± 7 años, y el IMC promedio alcanzó el nivel de obesidad de primer grado, siendo similar en ambos grupos. La terminación de parto fue 100% cefálico-vaginal.

Conclusión: En este estudio se observó que de los niños con lesiones secundarias a TN, casi el 40% presentó PBO, y el resto FC. No se observó predominio en un miembro superior sobre el otro.

La incidencia fue mayor en varones. Algunos niños presentaron concomitantemente una preferencia rotacional de cabeza y cuello hacia el lado opuesto a la lesión.

5. Registro colaborativo de recién nacidos de menos de 1.500 g en los hospitales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires 2007-2008

Luchtenberg G^a

a. Red neonatal Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

Correspondencia: ggl1949@yahoo.com.ar

Introducción: Desde 2007 se lleva un registro de pacientes nacidos con peso menor a 1.500 g en el sector público de la CABA.

Objetivos: Describir los datos de población, patologías, tratamientos y mortalidad de los recién nacidos con un peso menor a 1.500 g en el sector público de la CABA durante los años 2007 y 2008.

Población: La totalidad de los pacientes nacidos en el sector público de la CABA.

Material y métodos: Los registros correspondientes a 361 pacientes durante 2007 y 409 durante 2008 que fueron volcados a una base de datos para ser enviados como planilla de cálculos al coordinador de registros. Se procesaron utilizando Excel, Epi Info y Statistica, y se calculó el Score de Riesgo Neonatal de Neocosur.

Resultados: Egresos de recién nacidos < 1.500g en 2007: 361; en 2008: 419. De los nacimientos en 2007 el 33% fue < 1.000 g y en 2008 el 41%. Presentaron EMH el 35 y el 41%, HIC formas graves el 11,3 y el 10,8%, ROP entre sobrevivientes el 28,8 y el 27% respectivamente. La mortalidad fue del 23% en 2007 y el 31% en 2008 de los cuales fallecieron en la primer semana el 65,2% y 68,5% en 2007 y 2008 respectivamente.

Conclusiones: Ha sido posible obtener información detallada sobre la población de recién nacidos con un peso inferior a 1.500 g, su evolución, tratamiento y modo de alta, lo que permite contar con una herramienta aplicable al diseño políticas de salud y su evaluación para este sector de pacientes que conlleva el mayor riesgo, importantes costos de atención e incidencia de secuelas.

6. Crecimiento postnatal como predictor de retinopatía del prematuro. Modelo multivariado

Nieto RM^a, Benítez AM^a, Dinerstein NA^a, Pérez G^a y Solana CL^a

a. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.

Correspondencia: rmnieto@gmail.com

Introducción: Estudios recientes sugieren que el crecimiento postnatal y factores relacionados al mismo, como los niveles de factor de crecimiento insulino-símil pueden jugar un importante rol en el desarrollo de retinopatía del prematuro.

Objetivo: Evaluar factores clínicos y nutricionales asociados con el desarrollo de la retinopatía del prematuro (estadios I al IV).

Material y Métodos: Estudio de cohorte. Criterios de inclusión: recién nacidos (RN) < 32 semanas de edad gestacional (EG) y peso al nacer (PN) < 1.500 g nacidos en el período entre 08/2003 y 11/2005. Se evaluó su crecimiento diario en gramos desde la recuperación del peso de nacimiento al día 28 de vida categorizado por cuartiles.

Análisis estadístico: Se construyó un modelo predictivo de regresión logística.

Resultados: 152 RN cumplieron los criterios de inclusión, 8 se derivaron y 3 fallecieron antes de los 28 días de vida; se analizan los datos de los 141 pacientes restantes.

De los pacientes que desarrollaron ROP, 55 (39%) tenían menor EG: 28,3 *vs.* 29,6 ($p < 0,001$) y menor PN: 1.090 g *vs.* 1.190 g ($p = 0,007$), mayor prevalencia de sepsis: 44% *vs.* 22% ($p = 0,012$), más días de oxígeno: 55 *vs.* 28 ($p < 0,001$), más días de ARM: 21 *vs.* 10 ($p = 0,02$); mayor prevalencia de displasia broncopulmonar: 51% *vs.* 31% ($p = 0,02$), mayores déficits calóricos y proteicos acumulados: -695 cal/k y -22 g/k *vs.* -466 g/k y -15 g/k ($p = 0,003$ y $0,004$ respectivamente) y menor crecimiento: 16 g/k/día *vs.* 22g/k/día ($p = 0,038$).

El análisis multivariado mostró que por cada semana de aumento de la EG las chances de ROP disminuyen un 40% (IC 95% 19-45). Los pacientes que crecieron en el tercer y cuarto cuartil tuvieron un 68% (IC 95% 2-89) y un 86% (IC 95% 15-94) menor riesgo respectivamente de desarrollar retinopatía comparado con el cuartil inferior.

Conclusiones: La EG y la restricción del crecimiento postnatal en las primeras cuatro semanas de vida se asocia en forma independiente con ROP. Debería analizarse el impacto de nuevas intervenciones nutricionales que disminuyan la restricción del crecimiento postnatal. Este análisis reafirma la importancia de la EG como guía para la pesquisa.

7. Tratamiento quirúrgico del ductus arterioso permeable (DAP) en recién nacidos pretermino (RNPT) menores de 30 semanas de edad gestacional (EG)

Chernovetzky G^a y Oppizzi Y^a

a. Servicio de Cardiología Infantil. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.

Introducción: La persistencia de DAP hemodinámicamente significativo (HMS) es una complicación frecuente en los RNPT, requiriendo tratamiento médico y/o quirúrgico para su resolución.

Objetivo: Describir los resultados del tratamiento quirúrgico en los RNPT con DAP HMS.

Material y métodos: Entre el 1º de enero de 2007 y 31 de diciembre de 2008 se estudiaron en el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, 61 RNPT de 24 a 30 semanas (s) de EG con DAP HMS. La cirugía se realizó en un área de aislamiento de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, con la colocación de clips y en las reaperturas de 21,4 días con un peso medio de 921 g.

Resultados: Se operaron 14 pacientes, 13 de los cuáles fueron posterior al fracaso de la 2ª serie de Indometacina (IM) o por reapertura ductal y 1 paciente por contraindicación de ésta.

La EG media de la población fue de 26.1 semanas (24-30) y el PN medio de 832,85 g (630-1.180) .

La edad media al momento del cierre quirúrgico fue de 15 días con un peso medio de 743 g.

De los 14 pacientes operados, 10 correspondieron a RNPT de menor EG (24-26 s) 4 de los cuáles fueron post reapertura ductal por sepsis.

El cierre se logró en los 14 pacientes sin presentar shunt residual por ecocardiografía doppler color.

La morbilidad operatoria fue del 14,2% (2/14): 1 paciente con parálisis recurrencial y 1 paciente con neumotórax.

No hubo mortalidad relacionada con la cirugía.

La demora en el cierre quirúrgico se debió a la dependencia que tiene el Hospital de cirujanos cardiovasculares de otros nosocomios.

Conclusiones: En nuestro Servicio el tratamiento quirúrgico del DAP en RNPT de menor EG fue exitoso ante el fracaso del tratamiento médico con 2 series de IM, por contraindicación de ésta o por reapertura ductal.

EL mayor porcentaje de cirugías se produjo en la población de menor EG.

8. Respuesta a la primera y segunda serie de indometacina de los recién nacidos prematuros menores de 30 semanas de edad gestacional con ductus arterioso permeable (DAP)

Chernovetzky G^a y Oppizzi Y^a

a. Servicio de Cardiología Infantil. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.

Introducción: La persistencia del DAP hemodinámicamente significativo (HMS) es una complicación frecuente en los recién nacidos pretérmino (RNPT), requiriendo tratamiento médico y/o quirúrgico para su resolución.

Objetivo: Describir la respuesta de los RNPT entre 24 a 30 semanas de edad gestacional (EG) a la administración de una primera y segunda serie de Indometacina (IM).

Material y métodos: Muestra consecutiva de todos los RNPT (60 pacientes) entre 24 y 30 semanas (s) de EG internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, que presentaron DAP hemodinámicamente significativo (HMS) entre el 1º de enero de 2007 y 31 de diciembre de 2008.

Los RN se dividieron en 3 grupos según EG: GI: 24-26 s (n= 25) GII: 27-28 s (n= 20) y GIII: 29-30 s (n= 15).

El diagnóstico de DAP se realizó mediante ecocardiograma doppler color. Se administró la primera serie de IM según esquema convencional y se evaluó respuesta. Si el DAP permaneció HMS se le administró una segunda serie de IM. Si aún continuó HMS se indicó tratamiento quirúrgico.

Resultados: Cierre del DAP con una serie: grupo I: 14/25 (56%); grupo II: 12/20 (60%); grupo III: 12/15(80%) (p= 0,291).

Cierre del DAP con dos series: grupo I: 5/25 (20%); grupo II: 6/20 (30%); grupo III: 1/15 (6,6%) (p= 0,187).

El 83,33% (50/60) de los RNPT menores de 30 semanas de EG que recibieron IM lograron el cierre del DAP. Con la primer serie en un 63,33% (38/60) y con la segunda serie en el 20% (12/60).

La morbilidad de los pacientes que fueron tratados con IM fue del 23,33% (14/60), 4 por enterocolitis necrotizante y 10 por fallo renal transitorio.

Se operaron 13/60 pacientes (21,66%).

Conclusión: En nuestra experiencia el cierre farmacológico con IM fue efectivo para el cierre del DAP en los RNPT menores de 30 semanas de EG (83,33%).

La administración de la segunda serie evitó en un 20% de los casos la intervención quirúrgica en esta población de riesgo.