

Comunicaciones no presentadas en el congreso que solo optan a miembro numerario de la SEN

1

SUPERVIVENCIA Y EVOLUCIÓN A LOS 2 AÑOS DE LOS NIÑOS MENORES O IGUALES A 32 SEMANAS Y MENORES O IGUALES A 1.500 G. COMPARACIÓN DE DOS PERÍODOS DE TIEMPO

M.J. Torres Valdivieso, E. Gómez, G. Bustos, C. Medina, J. De Castro, J. De La Cruz, y C.R. Pallás

Hospital Universitario 12 de Octubre. Servicio de Neonatología, Hospital 12 de Octubre. Servicio de Epidemiología. Madrid.

Introducción. La tasa de supervivencia aislada no es el mejor indicador de calidad de una unidad neonatal. Se debería considerar también como indicador de calidad la supervivencia sin discapacidad.

Objetivo. Comparar en dos períodos de tiempo la tasa de supervivencia y de discapacidad en niños menores o iguales a 32 semanas y menores o iguales a 1.500 g a los 2 años de edad corregida (EC).

Metodología. Entre 1991 y 2004, nacieron en el hospital 1066 niños que reunían los criterios de estudio, siendo los supervivientes incluidos en el programa de seguimiento. Se excluyeron 21 por presentar otras patologías que condicionaban su evolución. Se perdieron 88 niños (9,1%), por tanto la población de estudio es de 875 niños. Se ha evaluado la supervivencia y frecuencia de discapacidad a los 2 años de EC en 2 períodos de tiempo: período I (1991-1998) y período II (1999-2004). Se ha considerado discapacidad: la presencia de parálisis cerebral moderada o grave, sordera grave, ceguera bilateral, cociente de desarrollo < 70 o presencia de varias anomalías neurosensoriales que asociadas repercuten negativamente en la calidad de vida.

Resultados. Se incluyeron 427 y 448 en cada período. La media \pm DS de la E gestacional y peso de los niños incluidos en cada período fue similar. La supervivencia mejoró del 1º al 2º período: de un 72,4% a 81% (OR 1,4; 95% CI: 1,14-1,86). La frecuencia de discapacidades funcionales entre el 1º y 2º período (8,4% vs 6,6%) no fue significativamente diferente. La frecuencia de parálisis cerebral moderada o grave disminuyó de un 7,1% a un 2,2% ($p = 0,002$). La frecuencia de sordera con audífonos se incrementó de un 0,3% a un 2,5% ($p = 0,025$); otras discapacidades como ceguera o retraso del desarrollo no fueron significativamente diferentes.

Conclusiones. Se ha conseguido mejorar la supervivencia sin incrementar la frecuencia de discapacidad. La frecuencia de hipoacusia que precisa audífonos se ha incrementado pero po-

siblemente se deba a un diagnóstico y tratamiento precoz más que a un incremento real de su frecuencia.

3

ANSIEDAD Y ESTRÉS EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE UN EQUIPO NEONATAL

S. Caserío Carbonero, H. Herrero Sanz, M.A. Morante Santana, M.A. Montero Martín, E. Gómez Castillo, J. De La Cruz Bertolo y C.R. Pallás Alonso

Hospital Doce de Octubre. Madrid.

Introducción. Se suele asumir que la asistencia neonatal supone para el personal sanitario responsable del cuidado del recién nacido una carga emocional importante.

Objetivo. Describir la respuesta de ansiedad y estrés en situación basal de los profesionales de un equipo neonatal.

Métodos. Estudio transversal en el segundo cuatrimestre de 2006. Se invita a participar a todos los profesionales asistenciales de la unidad neonatal de un hospital terciario. Por medio de 2 pruebas autoadministradas se evalúa la ansiedad y el estrés en situación libre de estresores concretos (situación basal): 1) Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAD) que evalúa dos dimensiones: la ansiedad transitoria en relación con factores exógenos, la Ansiedad-Estado (AE) y la propensión ansiosa relativamente estable, la Ansiedad-Rasgo (AR); 2) Inventario Diferencial de Adjetivos para el Estudio del Estado de Ánimo (IDDA-EA). Se presentan los resultados en forma de percentiles para cada escala y se comparan con datos de referencia de una población normativa: se considera que puntuaciones de ansiedad por encima de 70 son superiores a la población general y puntuaciones por debajo de 30 son inferiores.

Resultados. De los 105 profesionales de la unidad neonatal, 62 participaron: 16/16 (100%) neonatólogos, 33/100 (33%) DUE y 13/100 (13%) auxiliares de enfermería. Globalmente, 87% fueron mujeres, rango de edad 26-59 años (media, 40 \pm 8 años). En ambas dimensiones de la ansiedad, el percentil medio fue 34 \pm 26. Presentaron puntuaciones por encima de 70, 10% de los participantes para la ansiedad como rasgo estable de la personalidad y 16% para los niveles de ansiedad estado. Presentaron puntuaciones por debajo de 30, tanto en AR como en AE, el 50% de los profesionales. En cuanto al estado de ánimo, 91% no lo percibía en términos negativos y se mostraron relajados; 47% expresaron interés y atención por la actividad que realizaban.

Conclusiones. Para la mayoría de los profesionales de la unidad neonatal las situaciones cotidianas en las que se ven involucrados no suscitan cargas de ansiedad significativas. Los profesionales se sienten competentes y capaces de enfrentarse a sus tareas.

(*) Proyecto financiado por beca FIS ISCIII-FIS PI051243

4 PARÁLISIS CEREBRAL, SUBTIPOS Y CARACTERÍSTICAS PRE/NEONATALES EN UN ESTUDIO POBLACIONAL

J. Rodríguez López, M.E. Infante, M. López, A. Camacho, J. De La Cruz y C. Pallás

Hospital 12 de Octubre. SERMAS. Madrid.

Introducción. La parálisis cerebral (PC) es la causa de discapacidad motora más frecuente en la infancia. Su prevalencia en Europa en las últimas décadas se estima en torno a 2 casos por mil nacidos vivos, llegando a ser hasta 50 veces más alta en los < 1.500 g.

Objetivo. Describir las características pre/neonatales de los niños incluidos en un registro poblacional de PC.

Material y métodos. Se trata de un estudio observacional transversal de los nacidos entre 1991-99 de madres residentes en un área geográfica de 1 millón de habitantes. Se han utilizado los criterios diagnósticos y de clasificación del grupo de Surveillance of Cerebral Palsy in Europe así como el cuestionario de la red europea EUROPERISTAT-SCPE2.

Resultados. Se identificaron en el área de estudio 103 niños que cumplieron los criterios de PC (prevalencia 1,90 por mil nacidos vivos). Diez de ellos fueron de origen postnatal, constituyendo los de causa pre/neonatal el 90,29% de los casos. En este último grupo, la forma predominante fue la espástica (92,47%), subtipo bilateral (61,29%). Excluidos los de etiología postneonatal, el 56,18% de los niños pesaron al nacer menos de 2.500 g y el 57,47% nacieron a una edad gestacional inferior a 37 semanas. El 82,02% fueron fruto de embarazos simples. El Apgar fue mayor de 6 al minuto en el 66,15% y a los 5 minutos en el 89,04%. Estuvieron ingresados en una unidad de cuidados neonatales el 77,27% de los niños, precisando asistencia respiratoria durante 24 horas o más el 55,90% de ellos. Se detectó alguna anomalía congénita o algún tipo de síndrome/alteración genética en el 24,44% y en el 10,23% de los casos, respectivamente.

Conclusión. La mayoría de los casos de PC fueron de causa pre/neonatal, siendo la forma predominante la espástica bilateral. Más de la mitad fueron prematuros. La mayor parte de ellos nacieron de embarazos simples y tuvieron un buen Apgar al minuto y a los 5 minutos. Un alto porcentaje precisó ingreso en una unidad neonatal.

5 ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LA SEPSIS BACTERIANA NEONATAL. PERÍODO 2002-2006

M. Granero Asencio, C. Saenz Reguera, L. Bardallo Cruzado, J. Pérez Losada y L.E. Durán de Vargas

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción. Dada las variaciones que pueden existir en la epidemiología infecciosa en las unidades neonatales, es importante conocer el espectro bacteriano más frecuente, pues

de ese conocimiento derivará una actitud terapéutica empírica hasta la consecución del antibiograma.

Objetivos. Los objetivos son verificar de forma periódica los posibles cambios del espectro bacteriano de la epidemiología infecciosa. Determinar el espectro bacteriano del período 2002-2006. Actualizar los tratamientos empíricos.

Material y método. Estudio descriptivo retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas de los recién nacidos ingresados en la unidad neonatal con el diagnóstico de sepsis, tanto precoz como tardía, sin excluir: exitus letales, malformaciones ni mayores de 28 días de vida extrauterina. Se hace una especial consideración a las infecciones fúngicas. Período de estudio 2002-2006.

Resultados. Del total de RN (19023) del período comprendido entre 2002 y 2006, presentaron sepsis, tanto clínica como bacteriana 149 de los ingresados. Se observó un aumento del número de sepsis tardías con respecto a períodos de estudio previo. Hubo 46 sepsis clínicas y 91 sepsis bacterianas. Los gérmenes más frecuentes fueron: *Klebsiella* y *E. coli*. Las infecciones fúngicas han supuesto un total de 26 casos, inferior al quinquenio inmediatamente anterior.

Comentarios. Se ha producido un cambio en el espectro bacteriano, aumentando su frecuencia el número de infecciones por *Klebsiella*, así como un aumento de las sepsis tardías, dado el aumento de los recién nacidos prematuros, que tiene una estancia más prolongada. Estas variaciones en el espectro bacteriano han hecho que se modifique la política antibiótica anterior para el tratamiento empírico de la sepsis tardías.

6 CATÉTERES CENTRALES EN NUESTRA UNIDAD: CUÁNDO DECIDIMOS PONERLOS Y QUÉ COMPLICACIONES PRESENTAN

M.F. Omaña Alonso, M.D.C. González Armengod, M.D.C. Fernández García Abril, S.I. Marín Uruña y R. Del Río Florentino

Hospital Universitario Río Hortera. Valladolid.

Objetivo. Conocer las indicaciones y complicaciones asociadas a la canalización de una vía central en nuestros niños.

Material y métodos. Estudio prospectivo de los niños que tuvieron vías centrales en nuestra Unidad desde enero 2006 a abril 2007. Se analizó tipo de catéter, número, indicaciones y complicaciones, comparándose los resultados entre vasos umbilicales y epicutáneos. Para el análisis estadístico se emplearon las pruebas *t* de Student para variables cuantitativas y χ^2 con la corrección de Yates para las cualitativas, aplicando la prueba exacta de Fisher en muestras pequeñas. Consideramos estadísticamente significativo $p < 0,05$.

Resultados. Precisaron catéter central 57 niños (13% ingresos) con un total de 97 catéteres: 38 venas umbilicales, 13 arterias umbilicales y 46 epicutáneos (media 1,7 catéteres/niño). El 79% de los niños que precisaron vía central ingresaron por prematuridad, 8% por pérdida de bienestar fetal y 6% por distrés respiratorio. El motivo de colocación del catéter fue la propia prematuridad (67%), perfusión de drogas (14%) y nutrición parenteral (8%). Comparando tanto motivo de ingreso como indicación de canalización entre vasos umbilicales y epicutáneos hay diferencias significa-

tivas, siendo la prematuridad más frecuente en epicutáneos. La duración media fue 5,7 días por catéter y niño: epicutáneos 7,7 y vasos umbilicales 3,2 días ($p < 0,05$). La tasa global de complicaciones resultó del 24%: epicutáneos 34% y vasos umbilicales 15% ($p < 0,05$). La sepsis fue la complicación más frecuente: 14% en epicutáneos y 4% en vasos umbilicales ($p < 0,05$). El tiempo medio de aparición de las complicaciones fue de 4,7 días: vasos umbilicales 1,4 y epicutáneos 6,3 días ($p < 0,05$). El 65% de los catéteres complicados se retiraron por este motivo.

Conclusiones. La prematuridad es la causa principal de canalización de vía central en nuestra Unidad. Se encuentran diferencias significativas en el número total de complicaciones aparecidas en los epicutáneos respecto a vasos umbilicales. La complicación global más frecuente fue la sepsis asociada a catéter, y aparece significativamente más a menudo en los catéteres epicutáneos.

7 REVISIÓN PROSPECTIVA DE LA INFECCIÓN CONGÉNITA Y PERINATAL POR CITOMEGALOVIRUS EN PRETÉRMINOS

P. Sánchez Pintos, C. Figueras Nadal y S. Salcedo Abizanda
Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción. La infección congénita por citomegalovirus (CMV), que constituye la infección viral congénita más frecuente, representa un importante problema de salud pública por su morbimortalidad neonatal y por el riesgo de secuelas. **Objetivos.** Estimación de la incidencia de infección congénita y postnatal por CMV en recién nacidos pretérmino (RNPT). **Pacientes y métodos.** Estudio prospectivo observacional durante 8 meses incluyendo a RNPT de menos de 35 6/7SG. Se realizó uno y, en los casos en que su permanencia en la Unidad lo permitió, dos cultivos de orina (shell vial) durante los 15 primeros días de vida para diagnóstico de infección congénita y si fueron negativas, se realizaron de forma seriada cada 15 días para detectar adquisición postnatal.

Resultados. De los 195 recién nacidos estudiados 36% eran fruto de gestación múltiple. Distribución: 53% varones y 47% mujeres. Peso medio: 1556 g. Rango: 450-2840 g. El 28,7% presentaban RCIU. En el 42% de los casos se efectuó una única determinación, en 29,2% dos, en 10% tres, en 8,7% cuatro, en 5,6% cinco, en 2,5% seis, en 0,5% siete y en 0,5% ocho. Número total de muestras: 427. Se encontraron dos casos de infección congénita (incidencia 1%) y nueve casos de infección postnatal (incidencia: 4,6%): 2 casos identificados a los 30 días, 2 a los 45 d, 1 a los 60 d, 3 a los 75 d y 1 a los 90 d. Todos los postnatales fueron asintomáticos. Edad media al diagnóstico postnatal: 58 días, correspondiendo el 88% a RNPT de 25-27 semanas con pesos entre 675 g a 1160 g. Ninguno era hijo de madre VIH positiva.

Conclusiones. Un aspecto novedoso es la demostración del alto porcentaje de adquisición postnatal en RNPT, especialmente en los de menor edad gestacional. Aunque todos eran asintomáticos, las numerosas comunicaciones de casos con sintomatología, incluso grave, en RNPT con infección postnatal hace recomendable conocer la infección para extremar la vigilancia clínica e identificar precozmente las secuelas posteriores.

8 ESTUDIO COMPARATIVO DE LA VENTILACIÓN MANDATORIA INTERMITENTE SINCRONIZADA CON VOLUMEN GARANTIZADO FRENTE A LA VENTILACIÓN MANDATORIA INTERMITENTE SINCRONIZADA EN NIÑOS PRETÉRMINO

R. García Sánchez, A. Remesal Escalero, T. Carbajosa Herrero, P. García González y F. Benito Zaballos

Unidad de Neonatología. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca.

Introducción. La asociación del VG a los modos de ventilación tradicionales parece una estrategia útil ya que minimiza los posibles daños por volutrauma y, por la necesidad de menores presiones para alcanzar volúmenes óptimos, también atenuaría el riesgo de barotrauma.

Objetivo. Comparar la ventilación mandatoria intermitente sincronizada asociada a volumen garantizado (SIMV-VG) frente a la ventilación mandatoria intermitente sincronizada (SIMV), en recién nacidos pretérmino en fase de recuperación del fallo respiratorio agudo.

Material y método. Fueron estudiados nueve recién nacidos pretérmino con edad gestacional de $30,6 \pm 3,46$ semanas, peso al nacimiento de $1617,77 \pm 644,63$ gramos y edad al estudio de $2,77 \pm 1,87$ días. Se utilizó ventilador Draeger Babylog 8000 plus. Se estudiaron durante cuatro periodos consecutivos de 30 minutos con un intervalo entre periodos de 20 minutos para la adaptación del niño, iniciando desde SIMV-VG seguido por SIMV (Vt mecánico programado de 4 ml/Kg) y de nuevo SIMV-VG y SIMV. Durante cada periodo se registraron cada 5 minutos parámetros de ventilación: presión inspiratoria positiva (PIP), presión media de la vía aérea (MAP), volumen corriente (Vt), volumen minuto, frecuencia respiratoria, tiempo inspiratorio, distensibilidad, resistencia, relación C20/C, RVR. Simultáneamente se registraron valores monitorizados de frecuencia cardíaca, tensión arterial media, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno y las presiones transcutáneas de O₂ y CO₂. Estudio estadístico: *t* de Student.

Resultados. Durante SIMV-VG la PIP ($15,28$ cm de H₂O $\pm 5,59$) y la MAP ($7,56$ cm H₂O $\pm 2,34$) fueron más bajas que en SIMV con PIP ($19,25 \pm 4,39$) ($p = 0,06$) y MAP ($8,68 \pm 2,13$). El Vt en SIMV-VG fue ($9,18$ ml $\pm 2,35$) frente a ($11,26$ ml $\pm 2,98$) ($p = 0,07$) en SIMV. Así mismo, los valores del C20/C y el RVR fueron superiores en la combinación SIMV-VG. No se observaron diferencias en el registro de constantes vitales, ni en la monitorización transcutánea de gases, entre ambos métodos ventilatorios.

Conclusión. El uso del VG disminuye las presiones necesarias para conseguir volúmenes corrientes adecuados, lo que puede ser una estrategia útil para manejar a los recién nacidos pretérmino.

10 INFECCIÓN POR LISTERIA MONOCYTOGENES: IMPLICACIONES PERINATALES

D. Torres Palomares y G. Giner Sopena

Hospital Católico Casa de Salud. Valencia.

Introducción. Existe una escasa frecuencia en nuestro medio de infección perinatal por *Listeria monocytogenes* (< 4 ca-

sos/10.000 RN vivos) pero con una importante morbi-mortalidad. Se pretende realizar un estudio retrospectivo de los casos observados en nuestro medio e intentar realizar unas pautas de prevención y tratamiento.

Objetivo. Estudio de la frecuencia y afectación clínica del feto y RN en la infección perinatal por *Listeria monocytogenes*.

Material y métodos. Búsqueda en la base de datos hospitalaria de hemocultivos y frotis periféricos neonatales positivos para *Listeria monocytogenes*. Descripción de los casos. Premisas concluyentes en base a la muestra obtenida.

Resultados. Se realiza un estudio retrospectivo en dos hospitales de Valencia (estudio de 15 años en un hospital público con 6.000 partos anuales y de 5 años en un centro privado con 2.000 partos anuales). Se encuentran 5 casos, uno a término y cuatro pretérmino. Dos de las gestantes consultan por dinámica, sin otra sintomatología acompañante, una con una gestación a término y la otra pretérmino. En ambas se identifica muerte fetal. Los tres casos restantes son todos pretérmino. Existieron pródromos maternos (malestar general, febrícula, RPM...) y todos fueron RN vivos aunque con afectación clínica (dos de ellos grave con depresión neonatal que precisa reanimación profunda, exantema petequiral y hepatomegalia; el tercer caso solo con distrés respiratorio). Alteración analítica en los tres: leucocitosis, neutropenia, hipocoagulabilidad, elevación reactantes fase aguda... Todos los RN vivos ingresan en UCIN y sólo uno de ellos sobrevive tras el periodo neonatal. Estudio del serotipo realizado en cuatro de los casos observando en un 50% el serotipo 1 y en el restante el serotipo 4.

Conclusión. Se observa en nuestro medio una escasa frecuencia (5/100.000 embarazos). Esta infección condiciona una importante morbilidad (tanto por la prematuridad como por la infección) así como una alta mortalidad (80% en esta serie). El cuadro clínico materno es inespecífico, compatible con un síndrome pseudogripal, mucho más frecuente y banal, lo que dificulta las medidas de prevención. Pensamos que probablemente la infección perinatal por *Listeria monocytogenes* está infradiagnosticada por la escasa toma de cultivos (maternos/fetos).

11

IBUPROFENO PROFILÁCTICO O TERAPÉUTICO Y DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE

L. Bardallo Cruzado, M.R. Santano Gallinato, M. Granero Asencio, A. López Sanz, C.F. Saenz Reguera y L.E. Durán De Vargas
UGC Neonatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción. La persistencia del ductus arterioso (DAP) se asocia a mayor disfunción renal, enterocolitis necrotizante (ECN), hemorragia intracraneal (HIV) y displasia broncopulmonar (DBP). Como tratamiento se emplea la indometacina y el ibuprofeno, el cual es igual de eficaz en el cierre del DAP y tiene menos efectos sobre la circulación renal y mesentérica.

Objetivos. Comparar la incidencia de DAP según se use ibuprofeno profiláctico o terapéutico. Incidencia de complicaciones asociadas al ductus.

Material y métodos. Estudio retrospectivo y descriptivo. Se estudian los recién nacidos (RN) < 33 semanas de edad gestacional que presentan DAP o reciben ibuprofeno IV. Se establecen 2 periodos, 1º periodo: 1 de marzo del 2001 - 28 de febrero del 2003 en el que se usa ibuprofeno profiláctico y 2º periodo: 1 de marzo del 2003 - 31 diciembre del 2006 en el que se utiliza ibuprofeno terapéutico. Los resultados se analizan con el programa estadístico SPSS.

Resultados. 1º periodo: 81 pretérminos. Se administra ibuprofeno profiláctico a 37 RN (grupo 1). 2º periodo: 248 pretérminos. Se estudian 27 RN que presentan DAP (grupo 2). EMH: Grupo 1: 22 RN (59,5%); Grupo 2: 24 RN (96%) $p < 0,05$. DAP sintomático: 1º periodo: 3 RN (3,7%); 2º periodo: 27 RN (10,9%). En el 1º periodo ninguna ligadura quirúrgica mientras que en el 2º fue necesario en 8 RN (29,6%) $p < 0,05$.

ECN: Grupo 1: 4 RN (10,8%); Grupo 2: 4 RN (14,8%).

IRA: Grupo 1: 2 RN (5,6%); Grupo 2: 8 RN (29,6%) $p < 0,05$.

HIV: Grupo 1: 4 RN (10,8%); Grupo 2: 10 RN (38,5%) $p < 0,05$.

DBP: Grupo 1: 5 RN (13,5%); Grupo 2: 17 RN (63%) $p < 0,05$.

Discusión. La incidencia de DAP sintomático ha aumentado. Incremento estadísticamente significativo de cierre quirúrgico. La EMH, ECN, disfunción renal, HIV y DBP son más frecuentes en el grupo 2. Ante estos datos ¿estaría justificado el uso de ibuprofeno profiláctico?