

### RESUMENES XLIX JORNADAS DE INVESTIGACION PEDIATRICA

#### MEJORA DE SOBREVIDA EN HERNIA DIAFRAGMATICA DESPUES DE LA APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO

Vigneaux Loreto, Hurtado M<sup>a</sup> José, Gonzalez Agustina, Ávila Claudia, Valenzuela Marco

**Introducción:** La hernia diafragmática es una patología congénita poco frecuente, con una alta tasa de mortalidad que ha ido disminuyendo a medida que mejoran los cuidados intensivos neonatales. El objetivo del siguiente trabajo es analizar los casos presentados en el servicio de neonatología de un hospital de Santiago de Chile de alta complejidad, pero sin acceso a ECMO.

**Material y método:** Se analizaron 26 casos de pacientes con HDC, de los cuales 12 (46%) eran de sexo femenino, 5 (19%) eran recién nacidos de pretérmino y 19 (73%) recién nacidos de término. En cuanto al peso de nacimiento, 7 (27%) tuvieron bajo peso al nacer, 17 (65%) eran adecuados para la edad gestacional y 1 (4%) fue grande para la edad gestacional. Se aplica un protocolo de manejo establecido, que consiste en: Nacimiento en centro de alta complejidad, Intubación endotraqueal, Sonda nasogástrica doble lumen/aspiración continua suave, Línea arterial: umbilical o radial derecha, monitorización saturación pre/post ductal, Ventilación mecánica para obtener saturación preductal 85-95%, Ph > 7.2, PCO<sub>2</sub> 45-65 mmHg, lactato 27-45 mg/dl, VM Sincronizada: PIM < 25-28 cm H<sub>2</sub>O, HFO si IO > 20, PIM > 25, Utilizar PMVA < 17 cm H<sub>2</sub>O, Considerar obtener PAM normal para la edad gestacional, evaluar uso de inótropos, Considerar sedación: BIC Fentanyl. Evitar parálisis, Evaluación ecocardiográfica: anatomía, función, certificación de HTPP, Angiotac de tórax en HDC derechas. Manejo de HTPP, Diagnóstico con ecocardiografía, si HTPP: Óxido nítrico es la primera elección, si no responde en 2 horas, suspender lentamente, traslado a ECMO: En paciente con IO > 25 y apoyo máximo o saturación < 85% persistente, Acidosis respiratoria inmanejable, Inadecuada entrega de oxígeno ( lactato > 45 mmHg), Hipotensión resistente a terapia, Trasladar solo si: > 34 semanas EG, > 2 kg, < 14 días, sin MF o síndrome con pronóstico letal, ausencia de hemorragia mayor y pacientes con evidencia de reversibilidad: al menos un GSA con PaO<sub>2</sub> > 60 mm Hg/ sat preductal > 85% y PCO<sub>2</sub> > < 60 mmHg

**Momento de la cirugía:** FIO<sub>2</sub> < 0.5, PAM normal para la edad gestacional, Flujo urinario > 2 ml/k/hora, Sin signos de hipertensión pulmonar

**Resultados:** Al nacer 16 pacientes (62%) requirieron reanimación. En cuanto a la lateralidad de la hernia diafragmática 20 (77%) era izquierda. Del total de pacientes, 16 (62%) tuvieron diagnóstico prenatal mediante ecografía obstétrica. Las malformaciones asociadas encontradas fueron: cardiopatía (3), malformación adenomatoidea quística (1), riñón poliquístico (1), onfalocelo (1), malrotación intestinal (1), tumor cerebral (1), trisomía 18 (1), polimorfismo (1). Durante la estadía en la UCI neonatal, el 81% cursó con hipertensión pulmonar y 38% uso iNO, 69% necesitó ventilación de alta frecuencia por necesidad de PIM > 25 mmHg en la sala de partos, y un 30% tuvo indicación de ECMO, para lo cual tuvieron que ser trasladados a otro centro. De todos los pacientes, 11 (42%) se resolvieron en forma quirúrgica en la misma institución, en 1 se instaló malla y 2 requirieron silo. La edad promedio de cirugía fue a los 6 días, con un rango de 10 horas hasta los 25 días. La tasa de mortalidad fue de un 19%, y todos estos pacientes tenían alguna malformación asociada.

**Conclusiones:** Durante los últimos años hemos aplicado el protocolo mencionado logrando una supervivencia superior a lo reportado en la literatura (60-70%). Estos buenos resultados pueden ser explicados por adecuada gestión clínica al aplicar protocolos de manejo para mejorar los resultados, por el alto número de pacientes manejados al año (6,5 pacientes / año), el mayor diagnóstico prenatal y la coordinación quirúrgica, mejorando así la experiencia del manejo multidisciplinario.