

TÍTULO

“Laparotomías urgentes en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales”

AUTORES

Meritxel Dalfó Martí, Sandra Cristóbal Pérez, Purificación Escobar García, M^a Pilar Gutiérrez Barceló, María Isabel Solá Fernández.

HOSPITAL

Hospital Universitario Vall d'Hebron

CIUDAD

Barcelona

PROVINCIA

Barcelona

INTRODUCCIÓN

Trasladar neonatos inestables al área quirúrgica (QFN) no siempre es posible y además no está exento de riesgos. Los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN), que precisan una laparotomía urgente no siempre pueden ser trasladados al área quirúrgica debido a su inestabilidad. Además este traslado no está exento de riesgos (extubaciones accidentales, pérdida de vías, enfriamiento del paciente, etc). Por todo ello, un traslado al área quirúrgica de estos neonatos lábiles supone aumentar la morbilidad ya existente.

PALABRAS CLAVE

Cirugía neonatal; Laparotomía; Unidad de cuidados intensivos neonatales (UCINN), Quirófano (QFN).

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La intervención quirúrgica de laparotomías urgentes en la UCIN de los pacientes que no pueden ser trasladados a quirófano debido a su inestabilidad hemodinámica.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

- Evaluar los resultados de los pacientes intervenidos por patología quirúrgica abdominal urgente en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN).
- Minimizar los riesgos inherentes a la movilización de los neonatos a quirófano, éstos son intervenidos en su propia incubadora
- Disminuir la morbilidad del transporte
- Proporcionar continuidad en el tratamiento del paciente por parte del personal de UCINN

MATERIAL

Se describe en el siguiente apartado.

MÉTODO

Estudio retrospectivo (2010-2015) de los neonatos intervenidos por patología quirúrgica abdominal, comparando los operados en UCIN con los intervenidos en el QFN.

RESULTADOS

De 146 neonatos, 41 (28,1%) fueron intervenidos en UCIN frente a 105 (71,9%) en QFN. La patología de base más frecuente en UCIN fue enterocolitis necrotizante/isquemia (21(51,2%)) y gastrosquisis (18(43,9%)); mientras que en QFN fue enterocolitis necrotizante/isquemia (45(42,9%)) y atresia intestinal (29(27,6%)). El peso en el momento de la intervención fue 1653g (DE 808g) en UCIN y 2420g (DE 895g) en QFN. En UCIN el pH, la necesidad de drogas inotrópicas y ventilación invasiva previas fue de 7,26(DE 0,17), 39% y 100% respectivamente; en QFN fueron 7,37(DE 0,09), 16,2% y 35,2% ($p < 0,05$).

La mediana de temperatura al inicio fue 36,15°C (r:37,5-34) en UCIN y 35,5°C (r:37,5-31) en QFN; al finalizar de 36,35°C (r:37,6-31,8) y 35,8 (r:37,7-32,7). En la UCIN 9.76% presentaron infección de la herida quirúrgica y 34,2% sepsis postquirúrgica; en QFN fueron 12,4% y 23.1%. Hubo un 14,6% de éxitos en UCIN y 6,8% en QFN ($p > 0,05$).

CONCLUSIONES

Las intervenciones quirúrgicas en la UCIN son una alternativa segura. A pesar de tratarse de neonatos con mayor

inestabilidad, los resultados son similares a los intervenidos en quirófano, evitando la posible morbilidad derivada del traslado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Puente A, Cañizo A, Huerga A, Laín A, Fanjul N, Carrera C, Fariñas M. ¿Es adecuado utilizar las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales como sala de operaciones?. *Cir Pediatr* 2009;22:61-64
2. Gould DS, Montenegro LM, Gaynor JW, Lacy SP, Ittenbach R, et al. A comparison of on-site patent ductus arteriosus ligation in premature infants. *Pediatrics* 2003;112:1298-1301
3. Skarsgard ED, Blair GK, Lee SK. Toward evidence-Based practices in neonatal surgical care-I: The Canadian NICU network. *J Pediatric Surg* 2003;38:672-677.
4. Fanning NF, Casey W, Corbally MT. In-situ emergency surgery in the intensive care unit. *Pediatr Surg Int* 1998; 13:587-589.
5. Miles MS, Funk SG, Kasper MA. The neonatal intensive care unit environment: sources of stress for parents. *AACN Clin Issues Crit Care Nurs* 2:346-354, 1991.
6. Shields-Poe D, Pinelli J. Variables associated with parental stress in neonatal intensive care units. *Neonatal Netw* 1997; 16:29-3

TIPO DE PRESENTACIÓN

Comunicación Oral