



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur

Prematurez

Dra Lucia Sanhueza U.
Neonatología HBLT

Dra. Lucía Sanhueza



Definiciones

RNPT	<37 sem (OMS) < 38 sem (AAP)
BPN	<2500
MBPN	<1500
EBPN	<1000



Viabilidad

- Límite cambia según condiciones
 - USA >400grs y >23 sem
 - Chile: zona gris 400-500 g y 23-24 sem
- Sobrevida significativa es en >25 sem (> 50%)
<25 sem: sobrevida <40%, secuelas moderadas a severas en 40%



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



Epidemiología

- El grupo de RN con peso <1500 gramos (RNMBPN), ha sido el punto crucial en los avances de la medicina perinatal
- RNMBPN: 1%
- Mortalidad neonatal $>65\%$ de mortalidad infantil
- RN MBPN:
 - 50% de mortalidad neonatal.
 - 40% de mortalidad infantil
- El uso de corticoides prenatal y surfactante han mejorado la sobrevida



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur





Nacidos vivos inscritos, según duración de la gestación, por peso al nacer. Chile 1992 a 2011

Año de Nacimiento y edad de la madre	Total	Menos de 24 semanas	24 a 27 semanas	28 a 31 semanas	32 a 36 semanas	37 a 41 semanas	42 semanas y más	Ignorado
2011	247.358	294	865	1.875	15.159	227.790	1.003	372

Fuente: DEIS - MINSAL

Mortalidad* infantil y sus componentes, por Región y Comuna de residencia de la madre. Chile, 2014

Infantil		Neonatal		Neonatal Precoz		Postneonatal	
Defunciones menores de 1 año	Tasa*	Defunciones menores 28 días	Tasa*	Defunciones menores 7 días	Tasa*	Defunciones 28 días a 11 meses	Tasa*
1.825	7,2	1.311	5,2	1.045	4,1	514	2,0





FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur

- Sobrevida en <1.500 g $\rightarrow$ 76%
 - 13% entre los 500-599 gramos
 - 96% entre los 1.250-1.500 gramos.
- Problemas neurológicos (PC, hidrocefalia, microcefalia, ceguera y sordera)
 - 20% de RN <1000 g
 - 15% de RN entre 1000 y 1500 g.
- Costos
- Seguimiento y rehabilitación.
- Impacto familiar



Problemas asociados a prematuridad



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento

Neonatal Sur

I) Generales: termorregulación, hiperbilirrubinemia, anemia, coagulopatía.

II) Metabólicos, HE, A-B: hipo-hiperglicemia, hipocalcemia, hipo-hipernatremia, hiperk, deshidratación, acidosis metabólica, EMO.

III) Neuro, audición y visión: HIV, leucomalacia, asfixia, ROP, hidrocefalia, PC, sordera, ceguera.

IV) Respiratorio: EMH, apnea, DBP.

V) Cardiovasculares: inestabilidad, DAP, HTA.

VI) GI y nutrición: intolerancia, NEC, desnutrición.

VII) Infecciones.

VIII) Iatrogenia: anemia, catéteres, neumotórax, extravasaciones, secuelas posturales, etc.





FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur

- Las complicaciones asociadas a Prematurez Extrema, se pueden dividir en
 - **Inmediatas** (generalmente la primera semana de vida)
 - ❖ Respiratorias: EMH- Sd. Apneico
 - ❖ Neurológicas: HIV
 - ❖ Cardiológicas : DAP
 - ❖ Metabólicas Hipo/ Hiperglicemia, Hipocalcemia, Hipermagnesemia, Hiperbilirrubinemia, otras
 - ❖ Infecciosas: ICN
 - ❖ Termorregulación
 - **Mediatas** (durante el primer mes de vida)
 - ❖ Quirúrgicas: ECN
 - ❖ Infecciosas ; IAAS
 - ❖ Metabólicos: EOM
 - ❖ Neurológicas: Progresión de la HIV
 - ❖ Hematológicas :Anemia
 - **Tardías** (cercano al mes de vida)
 - ❖ Respiratorias: DBP
 - ❖ ORL : Hipoacusia
 - ❖ Oftalmología : RPO





FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur

TABLA 2. Neocosur (385 R.N.)

Prevalencia de morbilidad en < 1500 g.

	%	Rango
E.M.H.	47	(32-79)
DBP	23	(7-43)
DAP	21	(4-43)
HIC G3 y 4	10	(0-26)
ECN	10	(0-26)



Consideraciones del manejo

- Antecedentes obstétricos
 - Edad gestacional
 - Patología materna
 - Sospecha infección
 - Uso de corticoides
 - Uso de antibióticos
- Reanimación
- UCI
- Termoregulación
- Monitorización estricta
- Apoyo respiratorio si requiere



Recepción, reanimación, atención inmediata

- 22% apgar ≤ 3 al 1º min
- 7% apgar ≤ 3 a los 5 min
- Termorregulación:
 - No secar/Bolsa/gorro
- VPP con presión controlada
- Evitar hiperoxia
- Evitar uso de bicarbonato
- Vitamina K: 0,5ml



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



Nutrición

- Regimen cero 12-24 hrs
- Escasos depósitos e inmadurez enzimática
- Requiere aporte de aa precoz → ALPAR precoz
- Si no es posible ALPAR, agregar aa 2g/k/dia al SG
- Enteral en pequeños volúmenes (LM)
 - Múltiples beneficios
- Fórmulas especiales: SSC
- LM +Fortificante desde 100 cc/k. (o antes)
- Aporte de Fe, vit D, sulfato de Zn



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



COMPLICACIONES INMEDIATAS



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



Webconsultas

Revista de salud y bienestar

Dra. Lucía Sanhueza



Enfermedad de membrana hialina

- Insuficiente cantidad de surfactante pulmonar → tendencia al colapso alveolar → hipoxemia creciente.
- Principal causa de morbilidad y mortalidad de origen respiratorio.
- Mayor incidencia a < EG
 - < 29 sem 60%
 - <34 sem 40%
 - 0% > 39 sem.



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



Enfermedad de membrana hialina

- Prevención con corticoides prenatales
- Manejo:
 - VM no invasiva: CPAP
 - Surfactante exógeno (animal y sintético) precoz (2 hrs)
 - Apoyo ventilatorio cada vez más amigable, cada vez más breve.



Dra. Lucía Sanhueza

Infección Connatal

- Altamente susceptible:
 - Inmadurez del sistema inmunológico
 - Paso de Ig maternas se da en el III trimestre
 - Invasión (catéter, intubación, etc.)
- Mayoría inicia ATB al ingreso (salvo interrupción del embarazo por causa materna) → pueden suspenderse a las 48 hrs según ex y evolución
- Cubrir SGB, E Coli, Listeria
- Mayor riesgo de infecciones nosocomiales



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



Hidroelectrolítico

- Riñón no concentra → pérdida de Na
- Volumen 70-80cc/k
- Aumento 20 cc/k → ajustar según balance (peso, Na) y pérdidas insensibles (fototerapia)
- Exceso de aporte aumenta shunt por el ductus, peor evolución respiratoria
- Balance estricto cada 12 horas primeros 5 días
- Pérdida peso 10-15% (2-3%/día)
- Control Dx, Ca y P



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



Hipo/hiperglicemia:

- Iniciar aporte precoz. Idealmente ALPAR
- Ajustar con Dx y glucosuria

Hipocalcemia/hipofosfemia

- Búsqueda activa



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



Alteraciones hemodinámicas

- Frecuente por inmadurez y patologías asociadas
- Evaluación clínica y de PA
- PAM similar a EG
- Uso de DVA e Hidrocortisona
- Descartar Ductus



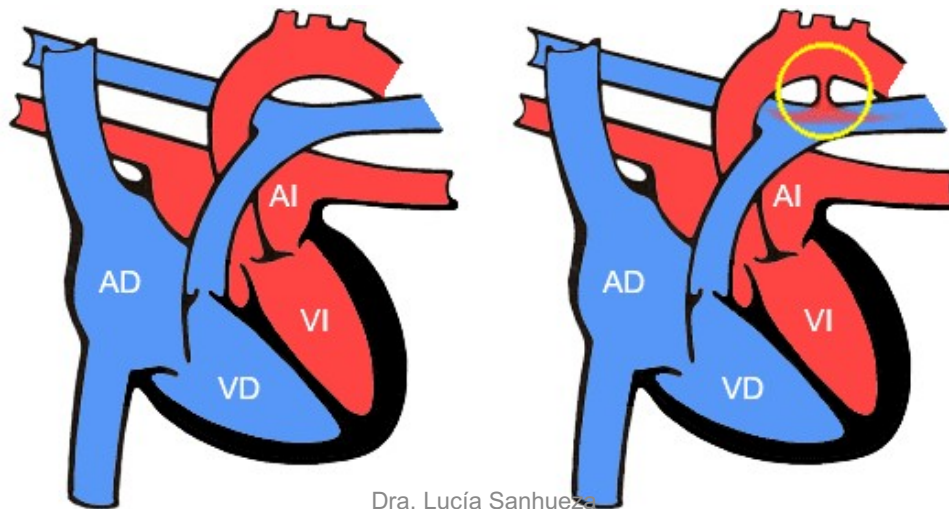
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



Ductus arterioso persistente

- Comunicación entre Aorta y arteria pulmonar
- Shunt izquierda derecha
- Provoca aumento del flujo pulmonar y disminución de flujo sistémico
- Cierre en 3 primeros días en RNT



Corazón normal

Ductus persistente



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



Ductus arterioso persistente

- Ductus sintomático: 3 o más de
 - Soplo sistólico o continuo paraesternal izquierdo.
 - Precordio hiperactivo.
 - Pulsos saltones o presión diferencial > 25 mm Hg.
 - Taquicardia en reposo.
 - Deterioro no explicable del estado respiratorio.
 - Rx de tórax: edema pulmonar, aumento de silueta cardíaca o de la trama vascular pulmonar.



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



Ductus arterioso persistente

- Tratamiento:
 - Evitar exceso de volumen
 - AINES: Indometacina/Ibuprofeno
 - *Contraindicado en
 - Diuresis menor a 1cc/kg/hr.
 - Crea > 1.6 mg/dl o BUN >30 mg/dl.
 - Hemorragia gastrointestinal.
 - Enterocolitis necrotizante.
 - Plaquetas <60.000
 - Paracetamol
 - Quirúrgico



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



Termorregulación

- 36,5 – 36,8°C
- Dificultades
 - Escaso tejido adiposo, mayor área de superficie
 - Estrato córneo poco desarrollado → pérdida de calor
 - Incapacidad de producir calor por actividad motora o termogénesis química (grasa parda a las 26 sem)
- Cuna radiante inicialmente (procedimientos)
- Incubadora con servocontrol, doble pared, alta humedad (80%)
- Uso de nido, bolsa plástica



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



Termorregulación

- Temperatura óptima: pérdida de calor y el consumo de oxígeno sean mínimos, T central entre 36.5 y 37°C.
- Hipotermia:
 - Dificultad respiratoria y apneas
 - Hipotonía generalizada
 - Hipoglicemia y acidosis
 - Aumento de P° en arteria pulmonar
 - Aumento posibilidad NEC
- Hipertermia:
 - Apneas
 - HIV



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur





FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



Dra. Lucía Sanhueza





Dra. Lucía Sanhueza



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



Síndrome apneico

- Cese de los movimientos respiratorios
- Apnea: > 20 seg o $<$ asociada a bradicardia, cianosis, palidez o hipotonía.
- Central, obstructiva o mixta (50-75%).
- Del prematuro: < 37 sem, sin otra causa (exclusión).
- Se presentan en
 - 80% de < 30 sem
 - 54% entre 30 y 31 sem
 - 14% entre 32 y 33 sem
- Relacionada: inmadurez central en control de respiración, respuesta ventilatoria disminuida al Co_2 , menor mielinización, disminución de vías aferentes al centro respiratorio.



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



Síndrome apneico

- Monitorización
- Resuelve 34-36 semanas
- Metilxantinas profilácticas < 30 sem
 - Aminofilina ev
 - Cafeína vo 1 v/día
 - Teofilina vo c/8 h (RAM taquicardia, convulsiones, mala tolerancia oral, requiere niveles plasmáticos)
- Apoyo ventilatorio
- Descartar infección, hipo o hipertermia, ECN, RGE, HIC, hipoglicemia hipocalcemia, hponatremia, anemia y DAP.



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



Hemorragia intracraneana

- Hemorragia peri e intraventricular: tipo más frecuente: hemorragia de la matriz germinal o del tejido subependimario (sobre cabeza del núcleo caudado)
 - Vasos sin capa muscular, escaso tejido de sostén, lecho terminal de las arterias estriadas (arteriolas musculares que pierden autorregulación)
 - 60-70% de los casos se observan a las 6 horas de vida



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



Hemorragia intracraneana

- I: matrix germinal subependimaria
- II: intraventricular
- III: intraventricular con dilatación de cavidades
- IV: Compromiso parénquima
- Ecografía
 - 72 hrs: detecta a mayoría
 - 10 días: se detectan todas
 - 30 días: secuelas



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



Hemorragia intracraneana

- Complicaciones
 - Hidrocefalia post hemorragica
 - Lesion parenquimatosa
 - Quiste poroencefalico
 - Leucomalacia periventricular
- Prevención
 - Corticoides prenatales
 - Evitar cambios bruscos en volemia, PA y Osmolaridad
 - Normoxemia/Normocapnia



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



Leucomalacia periventricular

- “Injuria de la sustancia blanca”
- Lesión necrótica parenquimatosa que compromete sustancia blanca
- Asociado a PC espástica y pérdida de agudeza visual
- Inicialmente silente: detección por eco

1º-2º semana
Hiperecogenicidad

3º semana
Quistes

4º-5º semana
Ventriculomegalia (pérdida de volumen
por la atrofia periventricular)





FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur

- Patogenia:

- Accidente hipóxico isquémico → necrosis y vacuolización sust blanca (haces piramidales)
- Mayor vulnerabilidad de la sustancia blanca periventricular en el RNPT
- Fenómeno inflamatorio:
 - Más frec en RPO y corioamnionitis.
 - Mayor [] de citoquinas proinflamatorias

- Tratamiento: no existe específico.



Hiperbilirrubinemia

- Más frecuente por inmadurez hepática
- Más riesgo por mayor paso por BHE
- 24-48 hrs tomar Bili
- Fototerapia precoz: curvas para RNPT
- Fototerapia profiláctica: controvertido



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



COMPLICACIONES MEDIATAS



Dra. Lucía Sanhueza



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



Enterocolitis necrotizante

- Síndrome caracterizado por sepsis de foco intestinal principalmente en íleon y colon
- Entre el 3 a 12% de los menores a 1500g
- Inversamente proporcional a la EG y PN
- Más frecuente entre el 4 a 10 día de vida
- Alta letalidad

Necrosis de
coagulación

Perforación intestinal

Necrosis transmural



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



Enterocolitis necrotizante

- Clínica:
 - Residuo bilioso
 - Distensión abdominal
 - Sangre en deposiciones
 - Alteraciones de la termoregulación
- Radiografía abdominal
- Tratamiento
 - Régimen cero – ALPAR
 - Antibióticos
 - Quirúrgico según evolución



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



Anemia

- Hto <45% o Hb <15grs% en primera semana
- Causas
 - Hemorragia: obstétrica, fetal, neonatal
 - Hemólisis
 - Disminución de la producción
- Control seriado Hto, Hb y reticulocitos
- Sulfato ferroso
 - Profilaxis: 2-4 mgs/kg/día de hierro a las 2-4 sem
 - Tratamiento: 4-8 mgs/kg/día
- Transfusión según Hto y clínica del paciente



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



COMPLICACIONES TARDIAS



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



Dra. Lucía Sanhueza



Retinopatía

- Enfermedad angioproliferativa de la retina incompletamente vascularizada del RNMBPN o <32 semanas

Vasculogénesis in utero: hipoxia relativa → factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF)

Al nacer: hiperoxia → ↓ VEGF → fase obliterativa. Se detiene el dlo vascular

Se oblitera vaso → isquemia → hipoxia → ↑ VEGF → fase proliferativa



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

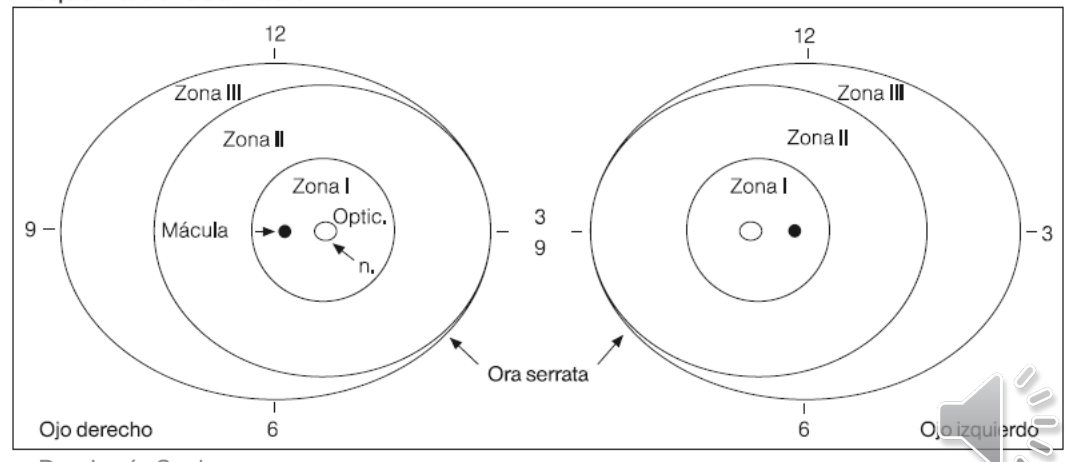
Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



Retinopatía

- Progresión de la lesión no tratada
 - Inflamación → hemorragia
 - Cicatriz fibrótica → desprendimiento retiniano.
- Factores de riesgo
 - Exposición de O2
 - Trastornos HDN, transfusiones, apnea, sepsis, HIC, acidosis, hipocapnia

Esquema de localización



Dra. Lucía Sanhueza



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



Retinopatía

- Examen oftalmológico primer mes, hasta las 32 sem de EGC
- Control hasta maduración de retina (37-40 sem)
- Tratamiento
 - Panfotocoagulación laser
 - Avastin intraocular
 - Vitrectomía en caso de desprendimiento de retina



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



Displasia broncopulmonar

- Daño pulmonar crónico secundario a noxas sobre un pulmón en desarrollo. RNPT con requerimiento de $\text{FIO}_2 > 21\%$ durante 28 o más días de vida.
- Alteraciones crónicas de la función pulmonar en niños que han requerido VM y O_2 terapia.
- Frecuencia oscila entre 20-40% en $<1500\text{g}$ y puede llegar a 60% en $<1000\text{g}$.



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



Introducción

- RNPT > 1500
- SDR severo
- VM prolongada
- FiO2 elevadas > 80%

DBP clásica

Nueva DBP

- Mejor pronóstico
- Menos secuelas a largo plazo
- Sin disminuir incidencia

Surfactante

Corticoides
antenatales

Nuevos métodos
ventilatorios

Nutrición
precoz

Cafeína
Corticoides

Manejo
DAP



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur

Displasia broncopulmonar

- Manejo:

- Prevención de injuria pulmonar
- Nuevas estrategias de ventilación
- Extubación precoz
- Restricción de fluidos
- Diuréticos
- Corticoides
- O2 domiciliario.



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



Osteopenia del prematuro

- Deficiencia en la mineralización ósea post natal del RNPT comparado con la mineralización observada en el desarrollo intrauterino
- Hasta en un 30 % de los RN < 1500 g. y un 50 % de los <1000 g. que no han recibido tratamiento preventivo
- Desmineralización (osteopenia) → primeras 4-6 semanas
- Signos de raquitismo (displasia epifisiaria y deformidad esquelética) → 2-4 meses de vida.



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



Osteopenia del prematuro

- Clínica: TARDÍA
 - Dolor a la manipulación por fractura patológica
 - Rosario costal, craneotabes
 - Falla en el crecimiento longitudinal
- Fostatasas alcalinas: indica actividad osteoclástica
 - 500-800: osteopenia leve
 - 800-1000: osteopenia severa
 - >1000: menor talla a los 9 y 18 m
- Radiología: tardía
- Prevención:
 - Aporte adecuado Ca y P
 - Vitamina D
 - Ejercicios pasivos
 - Control seriado Ca, P y FA



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



Hipoacusia neurosensorial del prematuro

- Incidencia: 1/1000 NV → ↑ 1-2% en RN con factores de riesgo (<32 sem y/o <1500g son el grupo de mayor vulnerabilidad)

Guía GES

- Detección en <6 m, seguida por intervención en <12m, muestra mejoría en el desarrollo del lenguaje y habilidades cognitivas
- Audífonos a todos los niños que presenten Hipoacusia Neurosensorial Bilateral.



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



Hipoacusia neurosensorial del prematuro

- Diagnóstico:
 - Emisiones otoacústicas: no identifican patología de células ciliadas internas o trastornos de conducción central (hasta 10% de la población de pacientes con hipoacusia neurosensorial)
 - Por lo tanto, se recomienda Screening mediante Potenciales Automáticos Auditivos de Tronco Encefálico previo al alta (34-36 sem EGC)
 - Si resulta alterado: repetir 2-4 sem después
 - Alterado: derivar a otorrino para evaluación, PEAT e impedanciometría



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur

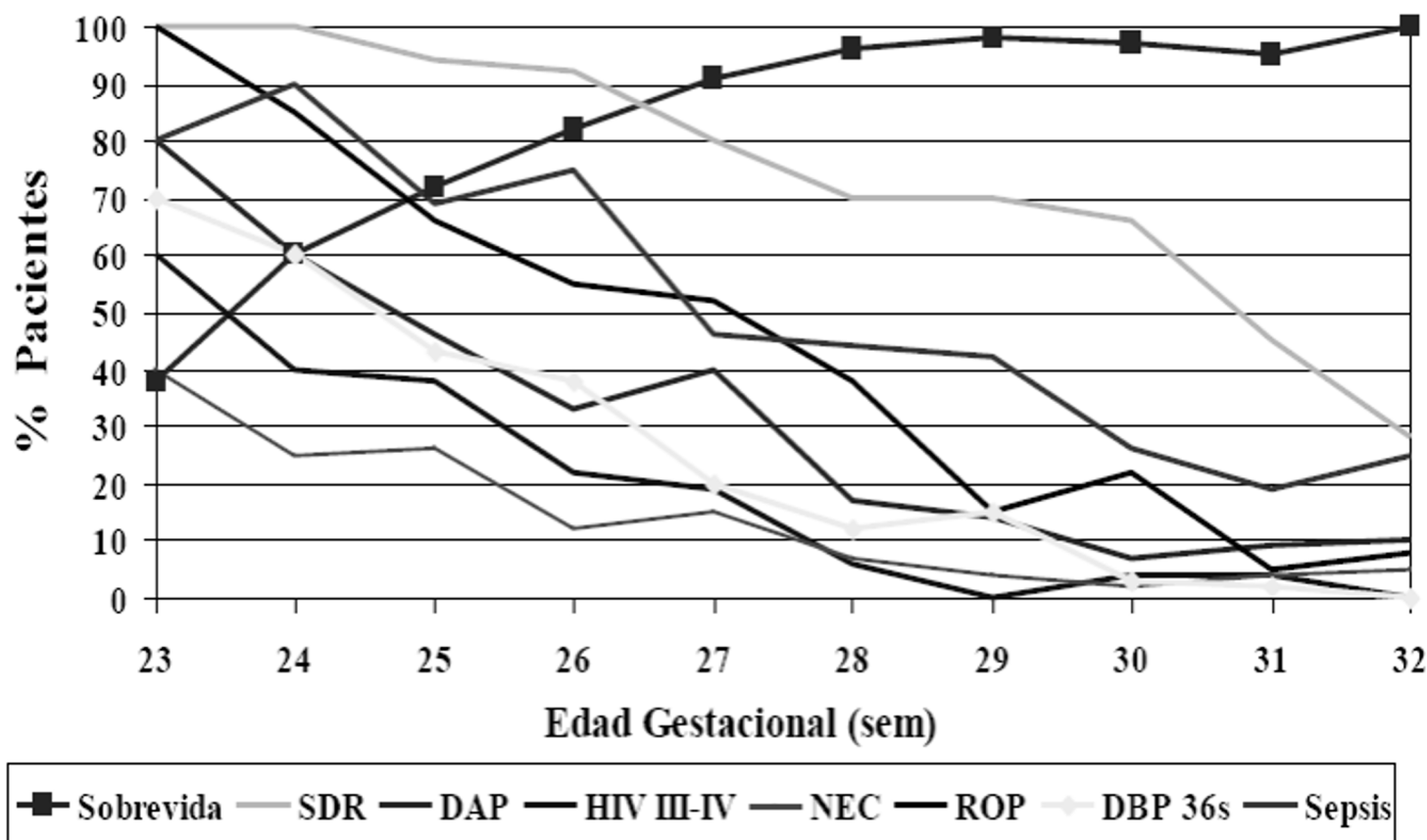


Morbilidad



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



Dra. Lucía Sanhueza



Crecimiento y desarrollo

- Probabilidad de secuelas es alta
- Alteraciones neuroimágenes → predictivo
- Neurorehabilitación precoz
- Intervención mínima
- Contaminación acústica
- Dolor
- **Apoyo familiar: apego**
- Programa de seguimiento



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur





¿Preguntas?



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

Departamento
de Pediatría y Cirugía Infantil Sur



Dra. Lucía Sanhueza