

RESÚMENES DE LAS JORNADAS 75 ANIVERSARIO MATERNIDAD SARDÁ. 1ª parte

AMENAZA DE PARTO PREMATURO (APP): PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO

Laterra C, Susacasa S, Frailuna MA, Ramírez Almanza S, Flores L, Barrere MB, Araujo MJ, Di Marco I, Valenti E.

Introducción: El nacimiento pretérmino definido como aquel que se produce antes de las 37 semanas de edad gestacional, representa un grave problema perinatal.

Las complicaciones de los recién nacidos son múltiples y aumenta su severidad a medida que disminuye la edad gestacional al parto.

Un tercio de los nacimientos se producen por causas obstétricas o fetales, el restante 60% se relaciona con parto idiopático o rotura prematura de membranas. Muchas veces la causa de estos nacimientos es desconocida, aunque se presumen relacionada a infecciones amniocoriales.

Se describen a continuación las pacientes sintomáticas internadas con diagnóstico de APP sin causa aparente, sus antecedentes obstétricos y las patologías del tracto genito-urinario asociadas que presentaron.

Objetivos:

- 1) Establecer la prevalencia de antecedentes obstétricos de prematuridad en pacientes con APP actual.
- 2) Establecer la prevalencia de infecciones urogenitales en la misma población.

Material y métodos:

Fuente de datos: Historias clínicas maternas. Datos volcados en planilla Excel. Diseño descriptivo de prevalencia. Técnica estadística: Se utilizaron porcentajes y medidas de tendencia central. Población: Todas las pacientes internadas en la Unidad III con diagnóstico de APP, en el periodo comprendido entre 1 de enero a 31 de diciembre del 2009.

Resultados: Sobre un total de 7403 nacimientos ocurridos en el año 2009 se analizaron 217 HC de pacientes internadas con diagnóstico de APP. Edad materna: 24,3 años (rango 14-44) Antecedentes obstétricos: primigestas: 28,2%. Gestas 1 a.5: 59,7%. Gestas >5: 8,3%

Edad gestacional a la internación: 31 semanas (rango 21,1-36,5). Promedio de estadía: 12 días con una mediana de 8 (Rango de 6 a 76 días.)

Las pacientes presentaron: antecedentes de pretérmino anterior 11,5%, aborto anterior 35,9% y feto muerto anterior 7,9%.

En cuanto a las infecciones urogenitales: infección urinaria alta 6,5%. Infección urinaria baja 8,3%. Vaginosis bacteriana 2,8%. Infecciones vaginales (excluido estreptococo) 7,4%. SGB positivo 1,4%. El 37,2% de las pacientes presentó anemia.

Conclusión: Se destaca en esta población el alto porcentaje de antecedentes obstétricos patológicos tales como feto muerto anterior, pretérmino y abortos previos, así como también la alta prevalencia de anemia.

Siendo la amenaza de parto pretermino una patología de difícil diagnóstico con un tratamiento, no siempre efectivo, es importante actuar a nivel de la prevención, haciendo hincapié en aquellas pacientes con antecedentes que podrían predecir un nacimiento pretérmino asociado a la pesquisa de infecciones del tracto urogenital y la anemia para mejorar las condiciones generales y locales.

ASOCIACIÓN MURCS CON ANOMALÍAS NO HABITUALES EN UNA RECIÉN NACIDA Y SU MADRE

Martín MC^{1,2}, Mazzitelli N³, Vauthay L⁴, Furfuro L², Rittler M²

¹Centro Nacional de Genética Médica, Buenos Aires, Argentina

²Sector Genética Médica y ³Unidad Patología, Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, Buenos Aires, Argentina

⁴Departamento de Biología Celular e Histología, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Argentina

Introducción: MURCS es el acrónimo aplicado a la asociación preferencial de agenesia de derivados müllerianos, anomalías renales y de vértebras cervico-torácicas, en individuos con caracteres sexuales secundarios normales y cariotipo femenino. La etiología es desconocida, probablemente heterogénea. La mayoría de los casos son esporádicos.

Objetivos: Describir un caso familiar de asociación MURCS con defectos adicionales, no habituales en esta entidad; discutir los posibles mecanismos patogénicos involucrados y, en base a la literatura, especular sobre su etiología.

Caso clínico: Recién nacida a las 35 semanas de gestación que fallece a la hora de nacida. Presentó características de Potter, genitales externos virilizados y ano imperforado. La necropsia reveló agenesia renal izquierda y displasia derecha, útero y trompas ausentes, ovarios microscópicos, ectópicos, histológicamente normales, adrenales fusionadas y colon en clava. Radiológicamente se observaron severas malformaciones de vértebras torácicas. Cariotipo 46,XX; SRY negativo. Antecedentes maternos: útero bicorne, tabique vaginal, atresia anal y agenesia renal izquierda. Columna vertebral y cariotipo normales.

Discusión: La etiología desconocida de la asociación MURCS no permite delimitar su espectro. La recién nacida y su madre presentaron algunos hallazgos típicos de MURCS. Sin embargo, en ambas también se observaron defectos no habituales para esta entidad. Las alteraciones vertebrales, urogenitales y rectales pueden explicarse por fallas en las interacciones entre los precursores embrionarios que, al final de la tercera semana de desarrollo, tienen una estrecha relación espacial en el eje medio lateral: mesodermo paraxial (columna vertebral), intermedio (uréteres y riñones) y lateral (epitelio celómico: adrenales, ovarios, útero; tabique uorrectal: ano). La recurrencia familiar de defectos similares sugiere una entidad de etiología génica autosómica dominante y expresividad variable. Mutaciones, tanto dominantes como recesivas, del gen WNT4 fueron identificadas en mujeres con ausencia de útero, virilización y aumento de andrógenos circulantes, así como en la descendencia de una familia consanguínea, con defectos similares a los aquí descritos. Por lo cual, en este caso familiar puede postularse una mutación del gen WNT4 como potencial factor causal.

Conclusión: Independientemente del gen involucrado, el riesgo de recurrencia de esta madre probablemente sea del 50% para su futura descendencia.

BIBLIOTECA HOSPITAL MATERNO INFANTIL RAMÓN SARDÁ

Bibliotecaria Jessica Castaño

Valores fundamentales/ misión:

“La IBC (Información Basada en el Conocimiento) es de vital importancia para la práctica hospitalaria, en la medida en que sirve de apoyo a:

- Atención al paciente.
- Toma de decisiones de gestión y dirección estratégica.
- Práctica médica y seguridad en el tratamiento al paciente.
- Aprendizaje continuo y capacitación profesional del personal médico y del centro sanitario.
- Programas de prevención dirigidos al paciente y a la familia. Iniciativas de investigación.”¹

La biblioteca del HMI Ramón Sardá atiende las necesidades de IBC del personal del hospital (Médicos, enfermeros, técnicos, etc.) así como de docentes, investigadores y estudiantes.

El fondo bibliográfico se especializa en perinatología, neonatología, pediatría, obstetricia y ginecología.

Servicios:

Se realizan búsquedas bibliográficas en bases de datos especializadas, nacionales e internacionales.

Localización y provisión de documentos en nuestro país y en el exterior,

Préstamos de libros, monografías y publicaciones periódicas a domicilio (sólo para los socios),

Atención telefónica y por correo electrónico.

La biblioteca forma parte de la Red Nacional de Información en Ciencias de la Salud de la aaOMS/OPS (RENICS) y de la Asociación de Bibliotecas Biomédicas (BIBLIOMED), lo cual nos permite mantener actualizado al personal bibliotecario, acceder a publicaciones avaladas mundialmente para ponerlas a disposición de nuestros usuarios y generar un espacio virtual de intercambio bibliotecario para obtener de manera ágil y rápida los artículos científicos solicitados por nuestros usuarios.

En marzo de 2010 el hospital fue beneficiado con el acceso gratuito a RIMA (Red Informática de Medicina Avanzada), gracias al patrocinio académico de Freschi SRL. Esto nos permite acceder a la información más actualizada de 52 especialidades médicas. Desde la biblioteca se hace un seguimiento del uso de esta herramienta, así como también se brinda la capacitación necesaria para manejarla hábilmente, maximizando las ventajas de tan apreciado recurso.

¹ Medical Library Association. Standards for Hospital Libraries, 2000.

CAFEÍNA EV 5MG/ML SIN BENZOATO DE SODIO PARA LA APNEA DEL PREMATURO

Pisapia J, Alonso MR, Giunta L, González C, Dotti A, Viniestra M, Calderón G, Milesi Z, Escorido S, Pedraza A, Ferraro G. Clínica y Maternidad Suizo Argentina. Maternidad Ramón Sardá. Bs As. Facultad de Farmacia y Bioquímica. UBA-CONICET.

Introducción: El uso de cafeína EV 5 mg/kg (como citrato) para la apnea del recién nacido (RN) prematuro está ampliamente documentado. En Europa y USA existen 2 productos específicos (Cafcit® y NeoCaf®) con formulaciones y dosis exactas para RN (10 mg/ml).

En Latinoamérica solo se comercializa en productos con dosis para adultos (250 mg/ml) por lo cual se deben efectuar las diluciones secuenciales en el office de enfermería. Se encuentran documentados errores de medicación por errores en la dilución y accidentes graves en RN por sobredosis de cafeína. Además, tal como lo codifican por ejemplo la USP 30, la FA.VI ed. o la Farmacopea Mexicana VIII ed. Todos los productos contienen benzoato de sodio (300 mg/ml) como excipiente. La literatura refiere que el alcohol bencílico (y su metabolito el ácido benzoico-benzoato) no deben administrarse a RN ya que debido a su fuerte unión a la albúmina desplazan a la bilirrubina y provocan ictericia, convulsiones, hemorragia intraventricular y kernicterus neonatal. Existe amplia bibliografía que documenta

numerosos casos fatales en RN ocurridos por este motivo en la década del 80.

Objetivos: Obtener una preparación EV de cafeína 5mg/ml lista para usar sin benzoato de sodio, estudiar su estabilidad y evaluar su uso clínico en la apnea del prematuro.

Material y método: En base a la fórmula declarada de los productos importados se preparó una formulación EV de citrato de cafeína 10 mg/ml (equivalente a 5mg/ml de cafeína base) de acuerdo a la siguiente receta magistral: cafeína anhídrida 10 mg, ácido cítrico monohidratado 5 mg; citrato de sodio dihidratado 8,3 mg y agua para inyección c.s.p. 2 ml. Se prepararon 3 lotes de 30 ampollas y 3 lotes de 30 jeringas unidosis de 2 ml c/u. Las ampollas fueron conservadas en heladera y las jeringas freezeadas. En ellas se determinó el contenido de cafeína por HPLC según USP 30 – NF 25 pág. 1583 a tiempo 0 y luego mensualmente durante 6 meses. Se usó un cromatógrafo Shimadzu con 2 bombas LC-9A y detector UV-VIS SPD-6AV. Se efectuó además el control de esterilidad en las ampollas y jeringas a los 6 meses. Se evaluó el uso de las ampollas en todos los RN (18) a los que se les indicó cafeína en la Cyma durante junio-julio 2008.

Resultados: El título promedio inicial de los 3 lotes de ampollas fue 5,05 mg/ml, y 4,98 mg/ml a los 6 meses en heladera. Para las jeringas freezeadas el título inicial fue 4,98mg/ml y 4,90 mg/ml a los 6 meses. Las ampollas y jeringas cumplieron el test de esterilidad a los 6 meses. Se observó disminución de la frecuencia y de la severidad de los episodios de apnea en los 18 RN prematuros.

Conclusiones: Se obtuvo una preparación EV de cafeína 5 mg/ml lista para usar sin benzoato de sodio que fue estable al menos 6 meses en heladera ó freezeada y con resultados clínicos satisfactorios.

Con ella se previenen errores de medicación en la dilución y se evitan los efectos adversos del benzoato de sodio.

CALIDAD, SEGURIDAD Y MEDIO AMBIENTE EN LOS LABORATORIOS CLÍNICOS HOSPITALARIOS

Der Parsehian Susana

Bioquímica. Jefe Sección Hemocitología.

Hospital Materno-Infantil “Ramón Sardá”. G.C.B.A.

Buenos Aires. Argentina

Introducción: Desde 1946 el Colegio Americano de Patólogos (CAP) se ocupa de la seguridad del paciente desde el ámbito del laboratorio Clínico (LAC) ya que los datos producidos en el mismo tienen el potencial de influir en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes. Se está trabajando desde el LAC hospitalario en lo referente a seguridad en la etapa pre y post analítica ya que éstas son las etapas donde se producen la mayoría de los errores. Por ello es que el concepto de seguridad del paciente debe ser enfocado desde el punto de vista multidisciplinario. Habiéndose conformado en el año 2002 la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (WAPS) el LAC ha priorizado la disminución del error en pro de la seguridad. Es importante destacar que la calidad (ISO 9001, 15189), el medioambiente (ISO 14001) y la prevención de riesgos laborales (IRAM 8300, 15190, OSHAS 18001) son ámbitos muy relacionados y que junto con la seguridad del paciente se está tratando de implementar los sistemas integrados de gestión para reducir al mínimo la probabilidad de que se produzcan incidentes no deseados.

Objetivos: Analizar los Sistemas de seguridad bajo la dinámica de la integración de los sistemas Presentar lineamientos para su implementación.

Material y métodos: Experiencia de la implementación de un sistema de gestión de riesgos químicos en una maternidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires Resultados de relevamientos. Cronograma del programa de prevención de riesgos (Planificar, Hacer, Verificar, Actuar).

Resultados: Se pueden establecer varias etapas en la implementación de un sistema de seguridad.

1- Identificar, manejar y reducir los peligros/riesgos de todas las actividades desarrolladas en el Laboratorio Clínicos documentando cada uno de los pasos efectuados.

2- La decisión del cambio debe estar a cargo de la Dirección del LAC (Compromiso de la dirección) Las razones para el cambio son: minimizar los riesgos, reducir la tasa de accidentes y de incidentes, mejorar la eficacia del sistema, lograr que la planificación tenga continuidad en el tiempo.

3- A través de la capacitación asegurar la participación del personal para una mejora continua del desempeño ambiental, de seguridad y salud laboral.

4- Llevar adelante las actividades en forma consistente con la política de Medio Ambiente, Seguridad y Salud.

5- Asegurar la calidad y seguridad en los tests de laboratorio a través de la integración multidisciplinaria. Estandarización de los procesos, Especificaciones de calidad y adecuados indicadores para las etapas analíticas, pre y post analítica.

Conclusiones: Actuar en seguridad permite preveer (para realizar una planificación proactiva) las relaciones existentes entre la tecnología, las personas y la organización y todo ello en relación con el comportamiento seguro en el entorno de riesgos ponderados.

Una Política de Seguridad y Salud tiene que encaminarse a la búsqueda del bienestar y la mejora continua de la calidad de vida de todo el personal, de los pacientes y al cuidado del ambiente de trabajo.

El desarrollo, implementación y monitoreo de indicadores de calidad permitirán tomar acciones preventivas y correctivas. Enfocándonos en los LAC los puntos críticos a mejorar tienen que ver con la identificación del paciente y/o de las muestras, la forma de obtención del espécimen y su transporte, la calidad analítica, los tiempos de respuesta óptima, y las observaciones realizadas por el profesional bioquímico que pueden ayudar a una adecuada interpretación de los datos de laboratorio. Fluida y rápida comunicación (SIL) Disminuir las solicitudes redundantes. Conciliar sobre la implementación de la Cultura de la Seguridad.

CARIOTIPOS EN CULTIVOS DE TEJIDOS SÓLIDOS: UNA ALTERNATIVA EN RECIÉN NACIDOS FALLECIDOS Y FETOS MUERTOS

Furforo L¹, Cavoti V², Rittler M¹

¹Sección Genética Médica y ²Unidad Anatomía Patológica, Hospital Materno Infantil Ramón Sardá,

Las anomalías cromosómicas (AC) son causa frecuente de abortos espontáneos, malformaciones y muerte fetal. Aproximadamente el 50% de los abortos del primer trimestre, el 20% de las pérdidas fetales del segundo, el 5% de los fetos muertos después de las 28 semanas de gestación y el 7% de los recién nacidos (RN) vivos fallecidos en el período neonatal presentan una AC. El HMIRS es la maternidad con mayor número de partos anuales de la Ciudad de Buenos Aires y, por ser un centro de derivación de patología fetal, tiene una alta tasa de RN y fetos muertos (FM) malformados, incluyendo a aquéllos con AC.

El tejido de elección para efectuar el estudio citogenético es la sangre, por ser de fácil acceso, pero en el caso particular de los FM y RN fallecidos ésta no es una opción debido a que la hemólisis impide cualquier análisis. En estos casos el cultivo de tejidos sólidos resulta la única opción para poder determinar el cariotipo y así arribar a un diagnóstico. La piel es el tejido de elección por su fácil accesibilidad, pero en los FM, la maceración constituye una limitación y es necesario considerar otros tejidos fetales (cartilago, pulmón, músculo, riñón) o extra-fetales (cordón umbilical), que se caracterizan por una mejor preservación celular.

Desde el año 1992, se realizan en el laboratorio de citogenética del HMIRS, estudios cromosómicos en sangre periférica de RN, niños mayores y adultos, así como diagnóstico citogenético prenatal, por lo general en líquido amniótico. Durante los últimos años, se comenzaron a implementar técnicas de cultivo de tejidos sólidos para análisis citogenético en FM y RN que fallecen, con signos sugestivos de AC.

Hasta el momento, y como prueba piloto, se han realizado 17 cultivos de tejidos sólidos de FM y RN fallecidos. Puesto que durante este período el principal objetivo fue poner a punto las técnicas, los criterios de selección de los pacientes no incluyeron exclusivamente a casos con sospecha de AC.

En el presente trabajo se describe una técnica citogenética alternativa para aquellos pacientes en los cuales la sangre no es el tejido de elección. Los resultados obtenidos y la técnica relativamente poco sofisticada y de bajo costo justificarían su implementación en una maternidad con un alto número de malformados que con frecuencia permanecen sin diagnóstico etiológico.

CHAGAS CONGÉNITO: IMPORTANCIA DE LA SEGUNDA MUESTRA DE PARASITEMIA

Nadal M, Penalba I, Ortiz de Zárate M, Briozzo G, Perego M.

Introducción: La transmisión vertical de la Enfermedad de Chagas varía de 1-4%. En estos recién nacidos (RN) las técnicas serológicas habituales no aportan mucha información dados los tiempos de desaparición de los anticuerpos maternos de circulación. Considerando que el neonato está en la fase aguda de la enfermedad, los métodos de elección son los exámenes parasitológicos directos, tales como el xenodiagnóstico y el micrométodo de Strout.

El diagnóstico y tratamiento temprano de la infección congénita por *Trypanosoma cruzi* en RN eleva el porcentaje de curación.

Objetivo: Establecer la importancia de la realización de la segunda muestra de parasitemia en el período perinatal para el diagnóstico de Enfermedad de Chagas congénito.

Material y métodos: Diseño observacional y retrospectivo. Se estudiaron 1329 recién nacidos de 1 a 75 días, hijos de madres con serología positiva para Enfermedad de Chagas durante el período de 01/01/2003 hasta 31/12/2008.

Se procesaron dos muestras con una semana de diferencia. La técnica utilizada fue el micrométodo de Strout, en la cual se busca detectar el parásito vivo, siendo su presencia diagnóstico de certeza de Chagas Congénito.

El seguimiento serológico a los 6-10 meses fue realizado por dos métodos: Hemaglutinación Indirecta (HAI) y Enzimoimmunoensayo (EIA).

Resultados: En el período estudiado se analizaron las dos muestras de sangre del 91% (1211/ 1329) de los recién nacidos y a 111 pacientes se les realizó sólo un examen parasitológico.

Se diagnosticaron 18 pacientes con *Trypanosoma cruzi* circulante, 13 se observaron en la primera muestra, 4 en la segunda muestra y 1 en la cuarta muestra (no se había visualizado el parásito en la primera).

Retornaron a la evaluación serológica entre los 6 a 10 meses de edad, 271 pacientes.

Conclusiones: Consideramos de gran importancia la realización de una segunda muestra temprana para parasitemia dado que de no ser así, el 38% de los casos no hubiera sido detectado precozmente, resaltando el hecho que existe una deserción del 75% a la consulta de los 6-8 meses para realizar la evaluación serológica.

MARCADORES SEROLÓGICOS PARA HEPATITIS VIRALES EN EMBARAZADAS INFECTADAS POR VIH

Oliveto F, Tevini P, Maestri M, Torres OW.

Unidad de Hemoterapia. Hospital Materno-Infantil "Ramón Sardá". Ciudad de Buenos Aires.

Introducción: En nuestro medio, la coinfección VIH-VHB-VHC oscila entre 28% (UDIVs) y 40% (pacientes con infección VIH en centros de referencia de atención infectológica), cuando se considera al anti Hbc como marcador de infección por HBV. Para conocer qué sucede en gestantes se requieren estudios de base poblacional con tamaños de muestras adecuados, que permitan estimar las prevalencias de estas infecciones. Estos estudios deben contemplar la determinación de anti-VHC, HBsAg, anti-

HBc en embarazadas, dado que se infiere que la coinfección VIH/VCH/VHB es una problemática cada vez más frecuente. **Objetivos:** Determinar la prevalencia de la coinfección VIH/VHC/VHB en una población de gestantes estudiadas en nuestro Servicio.

Material y métodos: entre los años 2000 y 2009 se efectuó el control serológico para anti-VIH-1+2 a 64127 gestantes. Frente a un resultado reactivo, se citó a la embarazada para un nuevo control serológico (de tamizaje y confirmatorio). En todas las gestantes confirmadas para VIH, se investigó la presencia de anti-VHC y HBsAg/anti-HBc. Las pruebas de tamizaje (anti-VIH 1+2+0, anti-VHC, HBsAg y Anti-HBc) fueron realizadas por la técnica ELISA y la confirmatoria para VIH por Western Blot de acuerdo a las especificaciones de los respectivos fabricantes.

Resultados: Del total de gestantes controladas, 581 (0,9%) estaban infectadas por el virus VIH; de este grupo de pacientes, 61 (10,5%) fueron VIH+/VHC+, 46 (7,9%) resultaron VIH +/-anti-HBc+, y 12 (2,1%) tenían serología reactiva para VIH/VHC/Anti-HBc. Ninguna resultó reactiva para HBsAg.

Conclusión: De acuerdo a nuestros resultados, se enfatiza la importancia de la investigación de la coinfección VHC-VHB en toda gestante infectada por el VIH.

CONCIENCIA FONOLÓGICA EN PREMATUROS MENORES DE 1500 GRAMOS

Feld V, Pighin MF, James V, Schleh C, Davio S, Cordero CP, De Luca L. Universidad Nacional de Luján

Introducción: La Conciencia Fonológica es una habilidad metalingüística que consiste en analizar y sintetizar de manera consciente los segmentos sonoros de la lengua. Esta capacidad ha sido identificada por diversos autores, como un buen predictor del aprendizaje lector y sus dificultades, han sido relacionadas con la presencia de trastornos de aprendizaje de tipo disléxico. Un alto porcentaje de niños prematuros de menos de 1500 gramos al nacer, presentan alteraciones en la organización de las funciones cerebrales superiores, producto de circunstancias propias del tiempo de internación.

El interrogante planteado es si la prematuridad influye en la adquisición de la conciencia fonológica. Se procedió de la siguiente manera:

Material y método: Participantes: 20 niños de 5-6 años de edad cronológica sin prematuridad y 19 niños prematuros, cursando el primer año de EPB.

Materiales: Adaptación de taxonomía de quince tareas tipo para la evaluación de la conciencia fonológica, revisión de Sylvia Delfior, Universidad de Granada.

Diseño y procedimiento: descriptivo con dos grupos de niños, uno con prematuridad y otro grupo control sin prematuridad. Variable dependiente: es la conciencia fonológica. Variable independiente: es la prematuridad. La toma se realizó al comienzo del año y hacia fines para observar la evolución durante el período de aprendizaje de la lectoescritura.

Resultados:

- Primera toma: se observa mayor fatigabilidad y disminución del tiempo de atención en la muestra de prematuros.

- Segunda toma: se encuentra diferencia significativa, mostrando el grupo control mayor evolución en la adquisición de la conciencia fonológica.

- Se realizó la evaluación de algunos de los ítems de las pruebas que implicarán readecuaciones a fin de adaptarse eficientemente al objetivo del trabajo.

CONDICIONES CLÍNICAS Y NUTRICIONALES PREDICTORAS DE RETINOPATÍA DE LA PREMATUREZ

Nieto RM, Benítez AM, Dinerstein NA, Pérez GP, Lomuto CC, Solana CL.

División Neonatología, Hospital Ramón Sardá, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La Retinopatía del Prematuro (ROP) es la principal causa de ceguera infantil en Argentina. Estudios recientes sugieren que el crecimiento postnatal y ciertos factores de crecimiento (ILGF) podrían jugar un rol importante en el desarrollo de ROP.

Objetivo: Evaluar factores clínicos y nutricionales asociados con el desarrollo de ROP (cualquier estadio) y ROP severa (estadios III y IV).

Diseño/métodos: Estudio de cohorte. Criterios de inclusión: RN en la institución del 08/2003 al 11/2005 con edad gestacional (EG) < 32 s y peso al nacer (PN) < 1500 g. Se registraron las condiciones clínicas y el crecimiento diario en peso en g/kg/día desde la recuperación del PN hasta el día 28. Análisis estadístico: Se construyeron dos modelos predictivos de regresión logística.

Resultados: 152 pacientes cumplieron los criterios de inclusión, 8 fueron derivados y 3 fallecieron antes del día 28. Se analizaron los datos de los restantes 141 pacientes. Cincuenta y cinco pacientes desarrollaron ROP (39%), tenían menor EG y PN: 28,3 s vs. 29,6 s ($p < 0,001$) y PN 1090 g vs. 1190 g ($p = 0,007$); mayor prevalencia de sepsis tardía: 44% vs 22% ($p = 0,012$); más días de oxígeno: 55 vs 28 ($p < 0,001$); más días de ventilación 21 vs 10 ($p = 0,02$); mayor prevalencia de displasia broncopulmonar: 51% vs 31% ($p = 0,02$); mayor déficit calórico y proteico al día 28: -695 cal/k and -22 g/k vs. -466 g/k and -15 g/k ($p = 0,003$ y $0,004$ respectivamente) y menor crecimiento diario en peso: 16 g/k/d vs. 22 g/k/d ($p = 0,038$). El análisis multivariado mostró que por cada semana menos EG las chances de algún grado de ROP se incrementaron en 60% (95% CI 55-81). Los pacientes que tuvieron un incremento de peso corporal mayor a 20 g/k/d tuvieron 58% (95% CI 7-80) menos chance de desarrollar ROP. Dieciséis pacientes tuvieron diagnóstico de ROP severa (estadios III y IV) que se asoció a sepsis tardía (ORa 0,2, CI 95% 0,05-0,75), este modelo representa un valor predictivo negativo de 94%. Menor EG e incremento de peso corporal menor a 20 g/k/d hasta el día 28 se asociaron con ROP. Los estadios III y IV de ROP se asociaron con sepsis de comienzo tardío y menor EG.

Conclusiones: La EG y el fallo del crecimiento postnatal podrían asociarse en forma independiente al desarrollo de ROP. Debiera evaluarse el impacto de nuevas intervenciones nutricionales que reduzcan la restricción del crecimiento postnatal. Este estudio confirma la relevancia de la EG como guía para la pesquisa de ROP.

CRECIMIENTO, DESARROLLO Y LACTANCIA MATERNA DE HIJOS DE MADRES ADOLESCENTES

Pomata JB, Aspres N, Waisman M, Palonsky C, Blanco A, Ledesma A, Fernández SC, Malisani LM, Rey PL, Fenucci MC, Rimoli Schmidt MD, González MA.

Introducción: Desde hace 20 años en el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá funciona un equipo de trabajo interdisciplinario para la atención de la embarazada adolescente y sus hijos, al que se denominó PROAMA.

La propuesta fue y es la atención y el acompañamiento vincular de estas jóvenes y su entorno, demostrando que la información sin otro tipo de acercamiento resulta ineficaz. El fin del mismo, es un cambio de actitud en los roles familiares, como organizador de la estructura familiar, eje fundamental de esta problemática.

Objetivo: Analizar el crecimiento y desarrollo de los hijos de madres adolescentes de 16 años o menos, alimentados a pecho, seguidos por PROAMA.

Describir las características socioeconómicas y culturales de estas familias.

Material y método: Diseño descriptivo, prospectivo. Fueron incluidas en este trabajo todas las adolescentes de 16 años o menos y sus hijos, ingresadas durante el período comprendido entre el 01/06/02 al 30/05/03, que reunían los criterios de inclusión. Enfermeras integrantes del equipo de lactancia intervinieron durante el embarazo y luego del parto desde distintas áreas

del hospital para prevenir dificultades en el amamantamiento. El crecimiento y desarrollo de sus hijos fueron evaluados por la escala de Lejarraga y col.

Resultados: Ingresaron al estudio 102 niños. Media (DS) de edad gestacional: 38,8 semanas \pm 1,44. Pretérminos: 5,6%. Sin depresión neonatal. Media (DS) del peso al nacer: 3.148 g \pm 476. Media de la talla al nacer: 48,93 cm \pm 1.81. Media del peso al año de vida 9.894,7 g \pm 1056. Media de la talla al año de vida 74,28 cm \pm 2,68. El desarrollo psicomotor fue normal en 101 niños, un solo caso retraso leve en el lenguaje.

Las características de estas 100 familias adolescentes, mostraron que se encontraban en condiciones de gran vulnerabilidad, por lo cual fue importante ofrecerles apoyo, contención y educación. Conclusiones: Los hijos de madres adolescentes presentaron un adecuado crecimiento, desarrollo y lactancia a pesar de sus condiciones socio económicas desfavorables.

DESARROLLO PSICOMOTOR Y COGNOSCITIVO EN NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN A LOS DOS AÑOS DE VIDA

Ferrari A, Aspres N, Schapira I, Álvarez A, Antoniutti A, Bedacaratz R.

Introducción: En el Consultorio Externo de Pediatría del HMIRS se realiza el seguimiento de niños con Síndrome de Down (SD) nacidos en éste y otros hospitales evaluándose el desarrollo psicomotor y cognoscitivo.

Objetivos: Conocer: a) Estadio alcanzado de inteligencia práctica o sensorio-motriz. b) Desarrollo psicomotor. c) Áreas más comprometidas del desarrollo psicomotor. d) Impacto sufrido en ámbito familiar luego del nacimiento.

Diseño y Metodología: Estudio prospectivo longitudinal, analítico y descriptivo.

Población: Niños con SD de 0- 24 meses (m); 35 mujeres (58%) y 25 varones (42%) nacidos entre 01/03/05 y 31/03/06. Se excluyeron RNPre y/o BPN; secuelas sensoriales y/o neurológicas severas; cardiopatía congénita descompensada; enfermedades infecciosas intrauterinas.

Material y Métodos:

1. Escala Argentina de Inteligencia Sensorio Motriz (EAIS, Oiberman A. et al): desarrollo cognoscitivo de 6- 24 m; resultados expresados en percentilos (Pc). Pc 97: Máximo; Pc 50: Mediana poblacional; Pc 25- Pc 10: Riesgo; Pc 3: Mínimo o Retraso.

2. Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP, Rodríguez et al): áreas Motora (M); Lenguaje (L); Social (S); Coordinación (C) expresando resultados como Normal (\geq 0,85); Riesgo (0,84- 0,70); Retraso (\leq 0,69).

3. Perfil del Desarrollo.

4. Encuesta familiar.

Resultados:

1. EAIS: 60 niños de 6- 36 m (X 13,6 m) Pc10: 15 (25%); Pc 25: 14 (23,33%); Pc3: 8 (13,33%, de los cuales 4 no concurren a ET); Pc 97: 3 (5%); Pc 50: 20 (33,33%).

2. EEDP: 64 niños de 1-24 m (edad X: 11,2 m). Retraso: 18 (28%); Riesgo: 31 (48%); Normales: 15 (24%).

3. Perfil del Desarrollo: áreas más afectadas fueron M (n= 33: 67,34%); L (n= 11: 22,4%; M y L (10,2%). Diferencia entre Edad Cronológica y Edad Mental (ECr-EM): 6- 2 m: < 2 m (n=30) (50%); 1- 2 años: < 4 m (n= 24) (40%); 2- 3 años: < 8 m (n=6).

A mayor ECr mayor diferencia con EM; entre 8- 13 m respuestas en Pc 50, luego en Riesgo. 4. Impacto Familiar.: Edad materna X: 33,5 años \pm 7,5. Separación de padres luego del nacimiento o en primeros meses de vida: 38,4%. Sin pensión por discapacidad: 84,3%. Con pensión: 13,5%. Obra Social: 2,2%. Abandono: 0.

Conclusiones: Alteración en Lenguaje es mayor luego de 15 m, momento en que es más complejo y tests con más exigencia. Área M más alterada en primeros meses de vida; entre 7-9 m mejora tono muscular, mayor adaptación al sistema gravitacional y control postural. Más tarde, mayor retraso M secundario a bajo tono muscular, no compensado por otra área. Valoraciones

funcionales del desarrollo psicomotor son formas indirectas de examinar el SNC, por lo que son necesarios programas de seguimiento, evaluaciones del nivel de rendimiento e intervenciones tempranas a fin de favorecer el desarrollo de sus potencialidades, su integración escolar, laboral, social y familiar.

DETERMINACIÓN DE LA DOSIS DE LA GLOBULINA INMUNE ANTI-D POSPARTO UTILIZANDO LA TÉCNICA DE KLEIHAUER-BETKE. LA CORRECTA INFORMACIÓN COMO ELEMENTO DETERMINANTE

Torres OW, Barrere M, Frailuna A, Rey P, Maestri M, Oliveto F, Di-rene M, López G, Tremoulet H.

Introducción: La hemorragia feto-materna (HFM) mayor a 30 ml es poco frecuente, pero cuando ocurre implica una situación de riesgo para la inmunización de toda mujer D negativo.

Una dosis de 300 g de inmunoglobulina anti-Rh (Ig-anti-Rh) puede prevenir la inmunización inducida por un volumen de hasta 30 ml de sangre D positivo. Aunque en sólo el 0.3% HFM es mayor a dicho volumen, es importante su identificación, porque se requerirán dosis extra de Ig para evitar la inmunización. Según las recomendaciones de las Normas Técnicas de la Ley Nacional de Sangre, en nuestra Institución se investiga de rutina la HFM. Para ello la información y asesoramiento del personal que rodea la instancia del parto es fundamental.

Material y métodos: Entre mayo de 2006 y diciembre de 2007 se estudiaron 301 muestras de sangre de mujeres D negativo que habían dado a luz niños D positivo o que habían sufrido aborto, utilizando el test de elución ácida de Kleihauer-Betke, fundamentado en la capacidad que tiene la HbF de resistir a la elución ácida, y así cuantificar en forma aproximada el volumen de la hemorragia a través de la determinación del porcentaje de células fetales identificadas en el frotis.

Resultados: En el 99,94% la HFM fue menor de 30 ml y en el 99,30% la HFM resultó menor a 9,99 ml.

Del total de pacientes estudiados, 2 (0,66%) requirieron dosis adicionales de GI para establecer una profilaxis adecuada.

Considerando que la cuantificación por este método es subjetiva e imprecisa y teniendo en cuenta que las consecuencias de una profilaxis insuficiente pueden ser nocivas, es necesario otorgar un amplio margen de seguridad al cálculo de la dosis a administrar.

Entonces, con volúmenes de HFM mayores de 15 ml se aconseja administrar dos dosis y por encima de 43,5 ml tres dosis.

Conclusiones: Nuestros resultados, enfatizan la importancia de implementar en los Servicios de Medicina Transfusional la investigación rutinaria de la intensidad de la HFM en todas las madres D negativo con riesgo de inmunización.

La correcta información de los profesionales involucrados en ésta patología, ya sea en la prevención de la misma así como en su tratamiento disminuye la incidencia y la morbimortalidad asociada, de una enfermedad todavía prevalente en nuestro país. Es por eso que nuestra maternidad tiene un programa de formación destinado a profesionales de todas las áreas en relación directa a la EHP, organizando encuentros en diferentes ciudades del país (Buenos Aires, Posadas, Neuquén, Sta. Fe, Córdoba, Villa Gesell), y fuera del mismo (Guadalajara, Lima y Madrid) compartiendo experiencias con más de 1000 profesionales de todas las áreas.

DISMINUCIÓN DE LA PREMATUREZ EN COLESTASIS INTRAHEPÁTICA GESTACIONAL

Grupo colestasis intrahepática gestacional: Estiu C, Colombo A, Cruz Molina E, Anido P, Frailuna MA, Repetto J, Dericco M, Vallo MF.

Introducción: La Colestasis Intrahepática Gestacional (CIG) es un patología que se presenta en alrededor de 1.20 por cada 100 nacimientos en nuestra Institución. Se asocia a prematurez, lí-

quido amniótico meconial, distress respiratorio y muerte fetal. Hemos tomado una de las complicaciones más frecuente que es el nacimiento prematuro como variable para el análisis de resultados de la patología y de nuestras propias guías de procedimientos.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional. Se han incorporado al estudio todas las pacientes que desarrollaron CIG (n 483) desde el año 2003 al 2008. Embarazos y neonatos fueron analizados según edad gestacional, EG por examen físico y peso al nacimiento.

Durante el periodo de estudio ha surgido bibliografía extranjera y análisis de resultados propios, que permitieron ir modificando la guía de práctica clínica incluyendo el momento de finalización del embarazo.

Fundamentándonos en estos hallazgos, nuestro objetivo fue comparar la prevalencia de prematuridad entre el año 2004 y 2008 por considerar relevantes ambos periodos.

Se ha utilizado análisis estadístico descriptivo y medidas de asociación para variable dicotómicas. Test de chi cuadrado o Fisher según correspondiera.

Resultados: Se ha observado una clara tendencia a la disminución de la prematuridad; el porcentaje de nacimientos pretérmino entre el año 2004 y 2008 descendió del 49,28% al 29,60% respectivamente (34/69 y 37/125) $p < 0,008$. Como contrapartida hubo un aumento de 19,68% de los nacimientos de término.

Conclusión: Una de las complicaciones perinatales más frecuentes en CIG es la prematuridad, casi siempre inducida como medida de prevención de la muerte fetal. Obtener una significativa disminución en este grupo de neonatos, no solo los beneficia por las complicaciones asociadas al nacimiento prematuro, sino también previene el potencial distress respiratorio que parecería ser de mayor severidad al esperado para la edad gestacional. El trabajo y la investigación están vigentes y es permanente en nuestra Institución mediante el grupo de trabajo. Como resultado de esto se han realizado modificaciones periódicas en los procedimientos y formas de atención (ambulatoria u hospitalizada) lo cual nos ha dado resultados claramente satisfactorios que nos alientan en mantener y mejorar el rumbo de la investigación y la actualización continua.

EMBARAZO DOBLE PRETÉRMINO: VÍAS DE FINALIZACIÓN EN SUS DIFERENTES FORMAS CLÍNICAS

Frailuna MA, Susacasa S, Laterra C, Casini AS, Ramírez Almanza S, Barrere MB.

Introducción: El embarazo gemelar tiene el riesgo aumentado en cuanto a la morbilidad y mortalidad perinatal y la prematuridad es una de las principales complicaciones. Aproximadamente el 25% de los neonatos producto de embarazos múltiples nacen antes de las 37 semanas de embarazo. Los obstetras debemos estar muy atentos y adelantar medidas para evitar la posibilidad de un nacimiento prematuro. La vía de finalización es importante a la hora de analizar los resultados perinatales y maternos relacionados con las diferentes formas clínicas de la prematuridad y el embarazo doble.

Objetivos:

1- Conocer las formas de finalización de los embarazos dobles pretérminos en sus tres presentaciones clínicas más importantes (espontáneos, RPM y de causa médica).

2- Compararlas con la población de embarazos únicos pretérminos.

Pacientes y métodos: Se analizaron 681 nacimientos de 377 embarazos dobles de 29938 nacimientos volcados al Sistema Informático Perinatal (SIP) durante el período 30/10/2002 al 01/09/2008 mediante Excel y Epi Info. Parto prematuro definido por la OMS: aquel ocurrido entre las 20 y las 36.6 semanas de edad gestacional. Diseño: Observacional, analítico de cohorte.

Criterios inclusión: todos los embarazos dobles y únicos prematuros durante el período de estudio. Criterios de exclusión: embarazos múltiples con más de dos fetos.

Resultados: Del total de recién nacidos dobles resultaron prematuros 389 (57%). Comparados con la prematuridad de la población de embarazos únicos que fueron 3908 (10,6%). RR 5,70 IC 95% (3,09-10,51).

De los embarazos dobles prematuros 28 (7,2%) presentaron RPM. Comparados con los únicos prematuros 961 (25,2%) el RR = 0,27 IC 95% (0,19-0,39).

Los embarazos dobles prematuros iniciaron espontáneamente el trabajo de parto en el 39% (el 55% finalizó en parto espontáneo y el 45% cesárea).

En los embarazos dobles prematuros se interrumpió el embarazo en el 48,3% (inducción 7% y cesárea electiva el 93%).

De los embarazos dobles prematuros 277 (70,5%) finalizaron por cesárea. Comparado con el embarazo único prematuro 1631 (42%) el RR = RR 1,70 IC 95% (1,59-1,83).

Conclusiones: Se considera al embarazo doble altamente asociado a riesgo de prematuridad (RR 5,70) en relación al embarazo único, que resulta ser la principal causa de mortalidad neonatal, así como una parte considerable de la morbilidad a corto y largo plazo relacionada con el nacimiento.

El parto pretérmino espontáneo con membranas íntegras es responsable de casi un 40% de los nacimientos prematuros, y su etiología así como su manejo, siguen siendo causa de controversia.

Su asociación a RPM resultó menor en relación a la encontrada en la población pretérmino única (RR 0,27).

El riesgo de la finalización por cesárea en el embarazo doble es casi de 2 veces más que en el pretérmino único.

EMBARAZO MOLAR DICIGÓTICO

Repetto J., Campos Flores J., Perrone C., Nemer P.

Introducción: El embarazo molar dicigótico es aquel en el que el embarazo se produce como consecuencia de la presencia de dos cigotos, uno de los cuales origina un feto normal diploide, y el otro origina una mola completa.

Objetivo: Reportar un caso de embarazo molar dicigótico.

Presentación del paciente: Paciente de 33 años, G3P1AB1. Internada en el primer trimestre por hiperemesis gravídica. A las 17-18 semanas se reinternó por metrorragia. Se realiza un control ecográfico: constatándose placenta previa oclusiva total, con múltiples imágenes quísticas y espesor placentario aumentado, interpretándose como mola parcial. (FCF positivos). Por metrorragia intensa se decide realizar cesárea abdominal, extrayéndose feto de 18 semanas y placenta aumentada de volumen con múltiples vesículas. Requiere transfusión con GR y plaquetas; y seguimiento en UTI con ARM. Presenta hipertensión medicada con alfa metil dopa y enalapril. Se realiza RX tórax y ecografía HBP normales. Anatomía patológica: - feto de sexo femenino no macerado, sin malformaciones externas de 17/18 semanas. -Placenta del 2º trimestre con histioarquitectura típica. -Mola hidatiforme completa con moderada a marcada proliferación trafoblástica. Estos hallazgos podrían corresponder a un embarazo gemelar. Se realiza seguimiento con Sub B HCG semanal: tiempo de negativización de 13 semanas. Actualmente continúa negativa, y en tratamiento con ACO. (1 año de seguimiento).

Discusión: Se debe tener presente la posibilidad de embarazo molar dicigótico debido a las diferencias presentadas en la evolución fetal y la posibilidad de malignización respecto a la mola parcial. Ante la sospecha de un embarazo molar dicigótico se debe considerar la realización de un análisis del cariotipo en el feto que en apariencia es viable. La presencia de un cariotipo anormal puede facilitar la toma de una decisión clínica, y la presencia de un cariotipo diploide normal apoya un manejo conservador.

EMERGENCIA TOCGINECOLÓGICA: DETERMINACIÓN DE GONADOTROFINA CORIÓNICA HUMANA (HCG) EN SANGRE O EN ORINA

Briozzo G*, Moirón MC. **, Perego MC. ***

* Bioquímica. Jefe de Departamento de Diagnóstico y Tratamiento

** Bioquímica. Laboratorio Central

*** Bioquímica. Ex Jefe de División Laboratorio

Introducción: Los niveles de hCG pueden detectarse en suero u orina por distintos métodos y permiten el diagnóstico precoz de embarazo, aborto en curso, amenaza de aborto, detección de huevo muerto retenido, embarazo ectópico y múltiple.

Años atrás las pruebas en orina no presentaban buena sensibilidad dado que el nivel mínimo que determinaban era de 600 mUI/ml. Actualmente, el inmunoanálisis enzimático (ELISA), permite detectar concentraciones urinarias a partir de 20 a 50 mUI/ml, lo cual corresponde en embarazos normales a la concentración de hCG (tanto en suero como en orina) 7 a 10 días después de la concepción. Las nuevas estandarizaciones permiten tener resultados confiables en ambas muestras.

Objetivo: Demostrar la concordancia entre las pruebas para diagnóstico precoz de embarazo en muestras simultáneas de sangre y orina a niveles iguales o superiores a 25 mUI/ml.

Material y métodos: Sesenta muestras consecutivas de suero y sus correspondientes de orina (con más de 3 horas de retención) recolectadas el mismo día de la extracción de sangre. La determinación cuantitativa de hCG total en sangre se efectuó por el método EIA VIDAS (Bio-Mérieux). En orina se utilizó un inmunoensayo cromatográfico cualitativo en un solo paso (Acon). Diseño observacional, prospectivo y longitudinal. Muestreo no probabilístico.

Resultados: En 48 de los 60 casos estudiados (80%), ambas muestras (sangre y orina) dieron resultado positivo, en 10 casos dieron resultado negativo y en 2 casos se obtuvo resultado positivo en sangre y negativo en orina.

Conclusiones: De acuerdo a los resultados, en ninguno de 48 casos hubiese sido necesaria la detección de hCG en sangre como primera prueba y el diagnóstico temprano se hubiese logrado con la reacción de embarazo en una sola muestra de orina. Una prueba positiva en orina efectuada en las condiciones apropiadas no necesita confirmación alguna mediante la prueba en sangre, siendo suficiente la primera para establecer el diagnóstico.

Un resultado negativo en orina es, luego de 7 a 10 días post-concepción altamente indicativo de ausencia de embarazo y debe ser confirmado posteriormente.

Es recomendable en la emergencia efectuar en primer término el ensayo cualitativo en orina, dado que si el resultado es positivo no necesitará confirmación posterior y permitirá al médico de emergencias la toma de conducta sobre resultados seguros. Esta oportunidad de mejora de un proceso disminuye la complejidad y tiempos operativos, el plazo de entrega del resultado y los costos operativos.

ENTREVISTA PRE-DONACIÓN SANGUÍNEA: UNA HERRAMIENTA PARA PREVENIR LA TRANSMISIÓN VERTICAL DE VIH

Maestri M¹, Ortiz de Zárate M², Oliveto F¹, Endara A¹, Tevini P¹, Quinteros A¹, Frías A¹, Torres OW¹.

1. Unidad de Hemoterapia. 2. Unidad de Consultorio Externos de Pediatría. Hospital Materno-Infantil "Ramón Sardá". Ciudad de Buenos Aires.

Introducción: durante la entrevista pre-donación se debe investigar situaciones que por el conocimiento científico se sabe que se asocian a un mayor riesgo de transmisión de infecciones por transfusión. En nuestra Institución, además de efectuar las preguntas incluidas en la planilla Hemo 2 (Normas Técnicas. Ley Nacional de Sangre Nº 22990. Abril 2006), indagamos sobre el grado de parentesco que existe entre el donante y la paciente. Esto nos permitió conocer que algunos donantes masculinos HIV positivo, diagnosticados a partir de la donación de sangre, eran la pareja sexual de gestantes seronegativas (parejas discordantes), desconociendo ambos la situación de riesgo, condición extensiva también para la transmisión vertical de la infección.

Objetivo: demostrar que a través de la entrevista pre-donación se pueden tomar medidas preventivas para evitar la transmisión vertical de VIH.

Materiales y métodos: en donantes VIH positivos, se utilizaron los datos obtenidos en la entrevista pre donación a fin de detectar parejas discordantes.

Resultados: entre enero 2002 y mayo de 2010 se obtuvieron 14536 donaciones efectivas, entre las cuales 27 correspondieron a personas infectadas por VIH. De estos últimos, 9 eran las parejas sexuales de embarazadas HIV-negativas. Esto nos permitió implementar los mecanismos de prevención para la transmisión vertical del VIH acorde a las necesidades de cada pareja dado el riesgo de exposición y la edad gestacional de la embarazada.

Conclusión: queda demostrado una vez más, que la entrevista pre-donación efectuada de acuerdo a las normas vigentes y jerarquizando la búsqueda del grado de parentesco con la embarazada, cumple un rol importantísimo en la seguridad transfusional. Además, es útil para la búsqueda de situaciones de riesgo, que posibiliten la transmisión de infecciones por vías diferentes a la transfusional, siendo la única herramienta objetiva, hasta no tener incorporado el tamizaje obligatorio a la pareja sexual como parte de los controles gestacionales habituales.

EVALUACIÓN DE LA CONCORDANCIA ENTRE ECOGRAFÍA PRENATAL Y AUTOPSIA EN EL DIAGNÓSTICO DE MALFORMACIONES CONGÉNITAS FETALES

Mazzitelli N¹, Ingilde M², Chemovetzky G³, Rittler M⁴

¹Unidad Patológica, ²División Urgencias, ³Sector Cardiología Pediátrica y Fetal, ⁴Sector Genética Médica

Introducción: A pesar del uso masivo de la ecografía prenatal (EP), como parte del control obstétrico, su alcance en el diagnóstico de malformaciones, así como el grado de concordancia entre EP y autopsia no han sido claramente definidos.

Objetivos: Establecer la correlación entre el diagnóstico pre y postnatal de malformaciones en una muestra de fetos y recién nacidos (RN) fallecidos, para determinar el alcance de la EP, la contribución de la autopsia al diagnóstico y establecer posibles causas de las discordancias.

Material y métodos: Estudio retrospectivo. Se incluyeron todos los fetos y RN fallecidos, con diagnóstico postnatal de malformación y que contaran con EP y autopsia completa, entre enero 2008 y diciembre 2009. Para establecer la concordancia diagnóstica, se compararon los hallazgos pre y postnatales de defectos de pared abdominal, aparatos urinario, digestivo, cardiovascular, sistema nervioso central (SNC) y esqueleto e hidrops. Los pacientes se clasificaron según número de malformaciones presentes en aislados (ISO) y asociados (ASO) y en cada uno se estableció concordancia total, parcial o ausente.

Resultados: De un total de 88 fetos y RN, 40 contaron con EP y autopsia y fueron incluidos en el estudio. De un total de 82 malformaciones diagnosticadas por autopsia, 40 tenían concordancia ecográfica; ésta era mayor para defectos renales, cardiovasculares e hidrops y menor para anomalías digestivas. De un total de 56 defectos diagnosticados por EP, 11 no se observaron en la autopsia, predominando los del SNC. De los 40 pacientes, 16 eran ISO y 24 ASO. En los primeros, la concordancia fue total en 8, parcial en 6 y ausente en 2. En los segundos, la concordancia fue total en 2, parcial en 19 y ausente en 2. En 21 casos, 17 de los cuales eran ASO, la autopsia definió el diagnóstico final.

Conclusiones: A pesar de las evidentes dificultades que presenta una comparación entre imágenes ecográficas indirectas y hallazgos anatómicos, el 50% de las malformaciones diagnosticadas por autopsia fue detectado por EP, con predominio de las estructurales mayores, y una mayor concordancia total en pacientes con malformaciones aisladas.

Las principales causas de discordancias fueron: carencia de marcadores ecográficos para ciertos defectos anatómicos (atresia anal), diferencias en la claridad de la manifestación (pequeños colecciones líquidas, mejor observables en EP; anomalías menores, mejor observables en la autopsia), interferencias a la visualización (oligoamnios en EP y maceración en autopsia) y probables modificaciones de los hallazgos prenatales a través del tiempo.

EVALUACIÓN DEL IMPACTO DEL INGRESO DE FAMILIARES, EN LOS PADRES DE NIÑOS INTERNADOS EN UCIN

González MA, Ruggiero C, Terán S, Kopuchian N, Largaña AM, Naddeo S.

Servicio Salud Mental, Servicio de Neonatología HMIR SARDA. CABA.

Objetivos: Conocer y evaluar el impacto del ingreso programado de abuelos y hermanos del recién nacido (RN), sobre los padres de niños internados en el servicio de neonatología del Hosp. Público Materno Infantil R. Sardá, de CABA, en el que se aplica el programa Maternidades Centradas en la Familia, durante el período de enero a diciembre de 2009.

Introducción: El Servicio de Neonatología de esta maternidad aplica el modelo Maternidades Centradas en la Familia (MCF), que contempla el ingreso irrestricto para los padres de los RN internados y dispositivos de ingreso programado y dirigidos para el resto de la familia (abuelos y hermanos), con supervisión de profesionales de salud mental.

Diseño: Prospectivo, observacional, basado en técnicas de exploración cualitativa.

Material y métodos: Aspectos cuantitativos: Observación y cuantificación del ingreso programado de familiares a la UCIN entre Enero y Diciembre del 2009. Aspectos cualitativos: una encuesta estructurada para padres, exploratoria, sobre los dispositivos grupales. 4 Entrevistas a Informantes calificados del equipo de salud; Grupo Focal con madres de RN internados, 4 entrevistas en profundidad a madres y padres con internación = o > 30 días y familiares asistentes a los grupos.

Resultados: De enero a diciembre de 2009, asistieron en el marco del programa de ingreso de familiares 370 hermanos y 626 abuelos, que suman total de 976 asistentes sobre 513 RN en UCIN. La mayor frecuencia (74,5%) de asistencia se dio en el primer encuentro con el niño.

Conclusiones: A- La visita programada de abuelos y hermanos de RN internados es factible de implementarse en una maternidad pública, sin perjuicio para los neonatos internados, ni interferencias en su asistencia de alta complejidad. B-Tanto el equipo de salud, como los usuarios (madres y padres), tienen una percepción positiva del ingreso de sus familiares durante la internación en la unidad. C-El programa es aconsejable de replicar y mejorar en otras maternidades, dado los alcances positivos en el área relacional y comunicacional” médicos-paciente-familia” y la relación de bajo costo/beneficios alcanzados.

CRECIMIENTO Y NEURODESARROLLO EN NIÑOS PREMATUROS QUE RECIBIERON APOYO NUTRICIONAL ENTERAL Y PARENTERAL INTENSIVO

Dinerstein NA, Schapira IT, Nieto RM, Solana CL, Aspres N, Pérez G, Otheguy L, Benítez AM, Raviolo R.

División de Neonatología. Hospital “Ramón Sardá”.

Antecedentes: La Indemnidad del CNS, resultado de factores intrínsecos (genéticos y hormonales) y extrínsecos (aspectos nutricionales, ambientales, sociales y emocionales) es indirectamente valorada por los distintos métodos de evaluación del neurodesarrollo.

Objetivo: Evaluar el crecimiento (peso, circunferencia cefálica y talla) en comparación con un grupo control histórico a las 40 semanas (s) de edad corregida (E.Co.) nacidos con un peso entre 750-1500 g y el desarrollo psicomotor (DP) en el primer año de E.Co., en RNPreMBPN luego de la intervención nutricional.

Diseño/Métodos: Ensayo clínico con control histórico.

Población: niños nacidos con menos de 32 s y peso de nacimiento entre 750-1500 g.

Métodos: en el grupo tratado (GT) se inició nutrición enteral y parenteral durante el 1º día de vida. El grupo control (GC) fue alimentado según criterio del médico tratante, resultando en una mayor energía acumulativa y déficit proteico al fin de la 4ª s de vida (794 Kcal en GC vs. 353 en GT, y 34 grs. vs. 11 grs. respectivamente, p < 0,001). Principales resultados: desnutrición

(peso corporal < p 10 a las 40 s de E.Co., y DP según la Escala de Rodríguez y col. El DP fue analizado utilizando un modelo multivariado que incluía como covariantes: esteroides pre-natales, pequeño para EG; morbilidad neonatal agrupada y nivel de educación materna.

Resultados: 101 pacientes completaron la evaluación al 1º año de E.Co., 65 en el GT y 36 en el GC. El peso al nacer (1150 vs. 1190 grs.), la EG (30 vs. 29 s), la circunferencia cefálica (CC) (25,9 vs. 26,5 cm.), pequeño para EG (8% vs. 3%), y exposición a esteroides pre-natales (63% vs. 75%) fueron similares en ambos grupos. No se encontraron diferencias en la morbilidad post-natal ni en el nivel cultural o socio-económico. La desnutrición a las 40 s de E.Co., fue menor en el GT (38% vs. 72%, p= 0,002). La CC fue mayor en el GT (35,4 vs. 34,6 cm., p= 0,028). El análisis univariado mostró que el DP era 0,13 más alto en el GT (1,02 vs. 0,89, 95% IC: 0,049-0,224). Este efecto persistió en el análisis multivariado, con un aumento del DP de 0,94 (95% IC: 0,012-0,175) en el GT. La educación materna fue una variable significativa para mejorar el DP en el 1º año de vida en 0,014 (95% IC: 0,0003-0,0283).

Conclusiones: En esta muestra los pacientes que recibieron intervención nutricional precoz e intensiva obtuvieron una menor frecuencia de desnutrición post-natal a las 40 s de E.Co., y un mejor DP al año de vida.

PROGRAMA ASISTENCIAL PARA LA MADRE ADOLESCENTE (PROAMA)

Coordinadora: Dra. Jorgelina B. Pomata.

Integrantes del equipo

Tocoginecología	Pediatría y Neonatología	Servicio social
Dra. Silvia Fernandez	Dr. Claudio Palonsky	Dra. Cristina Fenucci
Dra. Liliana Malisani	Dra. Jorgelina Pomata	Lic. Daniela Rimoli
Dra. Patricia Rey		Schmidt
Salud Mental	Nutrición	Odontología
Lic. M. Aurelia González	Lic. María J. Quiroga	Dra. Marisa Outes
Enfermería		Secretaría
Lic. Susana Herrera		Lorena Rodríguez
Lic. Clara Isabel Bustos		

Introducción: Equipo de trabajo interdisciplinario para la atención de las embarazadas adolescentes y sus hijos. Las estrategias más beneficiosas remiten al abordaje interdisciplinario: el encuentro de la mirada y la escucha de diversas disciplinas que construyen una posición en común en cuanto al trabajo con el sujeto y su entorno. La experiencia de estos 22 años de trayectoria, ha demostrado que el factor principal a tener en cuenta es la “organización de la estructura familiar”, la cual surge como eje fundamental de la problemática del embarazo en la adolescencia.

Visión: La maternidad Sardá será centro de referencia en la atención de las familias adolescentes.

Misión: Disminuir la morbimortalidad de las embarazadas y sus hijos. Prevenir ITS, Evitar embarazos no deseados. Fortalecer el vínculo madre/padre/hijo. Ayudar a concretar sus proyectos de vida.

Metodología de Atención: Consulta personalizada, con buena actitud de escucha, en un espacio físico adecuado.

Curso de preparación maternidad/paternidad exclusivo para adolescentes.

Talleres en sala de espera, con folletería propia.

Actividades por área

Obstetricia-Ginecología: Control Prenatal, Puerperio, Procreación Responsable, Consejería post aborto. Consulta Ginecológica.

Neonatología-Pediatría: Crecimiento y desarrollo de la madre y el hijo durante tres años.

Salud Mental: Admisión y atención en consultorios externos e internación.

Servicio Social: Admisión y confección de Historia Social de todas las embarazadas. Consulta personalizada con adolescente y su familia. Derivación a instituciones según problemática.

Nutrición: Asesoramiento sobre pautas de alimentación.

Seguimiento nutricional según patología.

Odontología: Control buco dental.

Docencia: Formación post grado.

Participación en Congresos, Jornadas y cursos.

Actividades extra hospitalarias:

Referentes del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable del GCBA

Referentes del Programa de Adolescencia del GCBA.

Referentes del Programa de Retención escolar del GCBA.

PROCESO DE MEJORA EN LA FACTURACIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS

Imaz P, Varela G, Massucco E, Grana J.

Servicio de Arancelamiento

Introducción: La facturación contribuye a incrementar el presupuesto del hospital. En el año 2005 se facturó el 2.4% de los egresos de la Maternidad y en el 2008 el 1.95% de los mismos lo que hacía presumir subfacturación de prestaciones. Cerecíamos de un estándar para evaluar el proceso de facturación dado el carácter especializado de nuestro hospital. Se detectan dificultades como: 1) desconocimiento del porcentaje de pacientes asistidos con cobertura social, 2) falta de facturación de las consultas y prácticas ambulatorias, 3) escaso conocimiento y concientización del personal de facturación acerca de la importancia de detectar a las personas con cobertura por obra social, 4) información insuficiente e inoportuna sobre la localización de los pacientes ingresados, 5) escaso número de personal capacitado para intervenir en el proceso de facturación, 6) Giro-cama elevado para obtener la documentación requerida, 7) Desinformación de los pacientes que poseen cobertura para que declaren el ente pagador, 8) temor para declarar la misma.

Objetivo: 1) Aumentar la productividad de la facturación sobre las prestaciones de servicios del hospital. 2) Establecer un estándar de facturación en un hospital especializado materno-infantil.

Metas: Objetivo 1.- Aumentar en un 50% la facturación en el término de un año.-Objetivo 2.- Determinar el porcentaje de pacientes con cobertura atendidos ambulatoriamente y egresados de internación a los 6 meses de iniciado el proceso de mejora.

Material y métodos: 1) Se brindó un espacio físico independiente al Servicio de Arancelamiento. 2) Se incorporó al mismo personal administrativo proveniente del Servicio de Facturación. 3) Se concientizó a dicho personal acerca de la importancia de detectar pacientes con cobertura prestacional. Se lo capacitó en terminología médica, interpretación y uso del nomenclador de prestaciones asistenciales, composición estructural e interpretación de las HC y reconocimiento de prácticas facturables. 4) Se realizó un relevamiento completo de las internaciones a través de: a) obtención de las listas de ingresos del programa SIGEHOS, b) informe diario elaborado por la guardia médica c) recorrida diaria por las unidades de Internación. 5) Búsqueda, revisión y codificación de la HC. 6) Incorporación a la codificación de los módulos de laboratorio, consultas e imágenes. Iniciado el proceso de mejora el 1/6/09, se observó un aumento de la productividad del 78% respecto del año anterior. Tomado el 1º trimestre del 2010, el aumento fue del 86.7%. El porcentaje de egresos con capacidad de pago se incrementó en un 67% (del 1.95% al 3.27%); tomado el 1º trimestre, el aumento fue de un 175% (del 1.95% al 5.38%).

Conclusiones: Implementado el proceso de mejora, se superaron las metas propuestas. Los indicadores utilizados se monitorizarán regularmente a fin de confirmar el impacto de las intervenciones establecidas.

RESIDENCIA DE ENFERMERÍA EN PERINATOLOGÍA

Hospital Materno Infantil Ramón Sardá 2010

Historia: Cuando en 1991 la Secretaría de Salud decide comenzar con Residencias en Enfermería, se abre en este Hospital una de las cuatro sedes de la Residencia en Enfermería Perinatal. La

misma tuvo un comienzo difícil, como toda nueva experiencia, sumado a un control muy centralizado de la misma. Los Coordinadores Docentes sólo se encuentran en el nivel central, los Instructores se designaron en ese mismo nivel, etc. Estos aspectos dificultaron en un comienzo la inserción de esta Residencia dentro del Hospital, pero poco a poco dichos problemas se han ido subsanando. Se empieza a afianzar el rol del Residente de Enfermería, el personal de planta comienza a aceptarlos y la integración con otras Residencias se intensifica a través de actividades docentes conjuntas.

Ya han egresado 62 Residentes (44 mujeres y 18 hombres) siendo 9 los Residentes actuales. Debido al escaso tiempo de existencia de la Residencia de Enfermería, aún no se valoriza curricularmente esta experiencia. Son muy pocos (sólo el 10%) los Ex Residentes que se han podido incorporar al Hospital.

La Residencia comparte experiencias con Residentes Rotantes de Enfermería Pediátrica de otros Hospitales y con Residentes de la misma especialidad que también rotan por este Hospital.

Objetivos: El egresado será capaz de: Brindar atención integral de salud a la madre y al niño, Identificar las necesidades sanitarias de la madre y el niño en la comunidad, Implementar estrategias de educación sanitaria, Aplicar el proceso de atención de enfermería como instrumento de abordaje a la madre y al niño, Optimizar la capacidad de valoración y tratamiento en la atención de la madre y el niño, Utilizar la metodología científica para la resolución de problemáticas, Realizar y participar en investigaciones sobre temas de especialidad.

¿Quiénes somos? Componemos actualmente el plantel de la residencia siete enfermeros profesionales y dos licenciados en enfermería.

Bajo la dirección del Comité de Docencia e Investigación tiene desarrollo esta propuesta pedagógica teórico-práctica planteada por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Dicho programa de formación para la especialización perinatal consta de 3 años consecutivos a lo largo de los cuales, de manera gradual se incorporan los conocimientos junto con la experiencia práctica de las diversas intervenciones de enfermería. Se comienza en primer año abordando contenidos referentes a la obstetricia, lactancia y vacunas; continuando el segundo año con la atención integral de la madre y el niño (internación conjunta) y cuidados al recién nacido normal; culminando el último año con neonatología en la atención del paciente críticamente enfermo.

¿Cuál es nuestra tarea? De lunes a viernes se llevamos a cabo actividades en el campo práctico durante la mañana (de 8.00 a 12.00 hs.) y por la tarde (de 13.00 a 16.00 hs.) asistimos a clases, cursos o jornadas brindadas por el Comité de Docencia e Investigación. Además, nosotros mismo elaboramos acorde a las necesidades de formación a medida que rotamos por los distintos servicios.

Desde el 2009 desarrollamos durante el año el "Curso de actualización de enfermería en perinatología", de autoría propia, invitando al personal del hospital así como también a residencias de enfermería perinatal de los hospitales Santojanni y Argerich. Por otra parte seguimos desde hace mucho tiempo conservando un espacio dentro del "Curso parto", en el que brindamos información a las futuras madres sobre los cuidados del recién nacido en una charla amena, entregándoles además un folleto con los puntos relevantes.

RESIDENCIA DE NEONATOLOGÍA

PROMOCIONES: 2007-2010

Objetivos: Formarnos como profesionales en neonatología, perinatología, transmitir un espíritu de trabajo en los lugares donde nos desempeñemos como neonatólogos y contribuir a la formación de los residentes que estén a cargo nuestro.

Quiénes somos: Todos terminamos la residencia básica en Pediatría y elegimos realizar la residencia de posbásica en neonatología. Todos tuvimos la posibilidad de elegir la Maternidad Sardá para realizar nuestra subespecialización.

Somos 4 residentes y 2 becarios de primer año, 4 residentes de segundo año, una jefa y una instructora de residentes:

Actividades asistenciales: Concurrimos al Hospital de lunes a viernes de 8 a 17 hs y hacemos además guardias de 24 hs. Rotamos por todos los sectores del Hospital como UTI, UCI, ANI, recepción de RN, internación conjunta y consultorios. A partir de este año también rotamos por servicios de obstetricia como parte de nuestra formación en perinatología.

Actividad docente: Tenemos clases, Ateneos semanales con el Dr. Largaña, bibliográficos mensuales, Ateneos interresidencias de neonatología y cursos extrahospitalarios en la SAP y en la SATI. Realizamos durante nuestra formación el Curso Superior de Especialista en Neonatología de la UBA.

Reuniones de grupo con servicio de salud mental: Mensualmente nos reunimos con la Licenciada González para conversar de los temas que surgen dentro del grupo.

RESIDENCIA Y CONCURRENCIA DE OBSTÉTRICAS

Buccinna, MF, Aheh M, Parentini V, Perea L, Andrade C, Fortunato N, Ríos M, Torres M, Vallo MF, Laiño M, Molina N, Sampayo D, Wilberger S.

“La obstétrica, en base a la legislación vigente es la profesional que se ocupa del bienestar físico y psíquico de la mujer y su familia en el transcurso de su ciclo vital. Según la OMS es el personal más idóneo y costo efectivo para la atención del embarazo, parto y puerperio normal”

El programa de la residencia de obstétricas dentro del sistema de atención de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, pauta las competencias que serán adquiridas por el residente a lo largo de su trayecto formativo, reconoce ámbitos y niveles de responsabilidad y establece el perfil común esperado para todos los residentes de la misma especialidad.

Objetivos Generales

Capacitar a la Obstétrica en: Detectar el riesgo, a través del control y seguimiento del embarazo, parto y puerperio.

Fomentar una actitud hacia el paciente que integre los aspectos bio-psico-sociales.

Formar profesionales capaces de utilizar adecuadamente diferentes dispositivos y recursos que el sistema dispone, en un lapso de tres años de residencia y cuatro de concurrencia.

Desarrollar capacidades docentes de acompañamiento, supervisión y orientación dentro de la residencia y con otras residencias.

Fomentar modelos de integración y de trabajo interdisciplinario entre todos los profesionales del equipo de salud.

Estimular el desarrollo de la investigación y la producción científica.

Formar profesionales capaces de realizar actividades interdisciplinarias.

Actividades propuestas para cada año

Primer año: Consultorio de control prenatal de bajo riesgo, Unidades de bajo riesgo, Monitoreo.

Consultorio de admisión, Consultorio de puerperio, Curso de preparación integral para la maternidad y paternidad para adultas, Dos guardias semanales, Colecta de donación de sangre de cordón umbilical.

Segundo año: Consultorio de control prenatal de bajo riesgo, Unidades de bajo riesgo, Monitoreo, Consultorio de admisión, Consultorios externos de guardia, Consultorio externo de adolescentes, Curso PIM para adultas y adolescentes, Rotación por CESAC, Consultorio de lactancia, Consultorio de planificación familiar, Fomentar programas y estrategias destinados a pre-adolescentes y adolescentes sobre educación sexual y procreación responsable, Una guardia fija semanal mas una guardia rotativa de fin de semana, Colecta de donación de sangre de cordón umbilical.

Tercer año: Unidades de alto riesgo, Consultorios externos de guardia, Rotación por área de recepción de recién nacido, Consultorio de lactancia, Consultorio de PAP y colposcopia. Fo-

mentar programas y estrategias destinados a pre-adolescentes y adolescentes sobre educación sexual y procreación responsable, Rotación por hospitales de otras provincias, Una guardia fija semanal mas una guardia rotativa de fin de semana, Colecta de donación de sangre de cordón umbilical.

RESIDENCIA DE TOCGINECOLOGÍA HOSPITAL MATERNO INFANTIL RAMÓN SARDÁ

Arnaldo F, Analis S, Vallebella S.

Introducción: La tocoginecología es la rama de la medicina y la única especialidad médica quirúrgica que se ocupa de la salud en los diferentes ciclos vitales de la mujer.

Requiere un enfoque integral en la atención de la salud de la mujer implementando acciones de baja, mediana y alta complejidad en el cuidado de la salud.

La residencia del equipo de salud constituye un sistema remunerado de capacitación a tiempo completo, con actividad programada y supervisada con el objetivo de formar para el ámbito intrahospitalario y extrahospitalario un recurso humano capacitado para el beneficio de la comunidad.

Objetivos de la residencia: Considerar al paciente como individuo integral, estableciendo una adecuada relación medico-paciente.

Lograr una relación profesional adecuada y comunicación permanente con sus colegas.

Valorar la promoción, prevención y educación para la salud en los 3 niveles de atención.

Abordar la problemática de la salud de la mujer en las distintas etapas de la vida e identificar estrategias para su resolución.

Coordinar acciones con la comunidad para implementar programas prioritarios de promoción de la salud.

Organización de las actividades por año:

Primer año: Formación en tocoginecología.

Obstetricia (6 meses): Sala de internación de bajo riesgo, consultorios externos de obstetricia en horario vespertino, guardia, área quirúrgica, rotación por el servicio de adolescencia.

Ginecología (6 meses): Consultorios externos de ginecología en horario matutino, guardia y consultorio de planificación familiar en horario matutino.

Segundo año: Formación en obstetricia (12 meses): Sala de internación de alto riesgo, cirugías programadas de obstetricia, guardia, consultorios externos en horario vespertino, rotación por consultorios de diagnostico prenatal, recepción de neonatología y por consultorio especializado en incompatibilidad Rh.

Tercer año: Formación en ginecología (12 meses): Sala de internación de ginecología, cirugías programadas de ginecología, guardia, consultorios externos de ginecología en horario matutino, consultorio de patología cervical, consultorio de planificación familiar en horario matutino y vespertino, rotación por servicio de Diagnóstico por Imágenes en HMI Ramón Sardá y rotación por climaterio, fertilidad y endocrinología ginecológica en Hospital Durand.

Cuarto año: Formación en ginecología (12 meses): Consultorios externos, área quirúrgica, guardia, consultorio de planificación familiar en horario vespertino, rotación obligatoria por Servicio de Patología Mamaria en el Hospital de Oncología Marie Curie y rotaciones opcionales en uroginecología, endocrinología ginecológica, fertilidad y oncoginecología.

La residencia de tocoginecología tiene una duración de 4 años, con un horario de lunes a viernes de 8 a 17 hs. Actualmente presenta 18 residentes y 6 concurrentes.

Los residentes de tocoginecología cursan en forma simultánea la Carrera de Especialista en Ginecología y Obstetricia dependiente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, con una duración total de cuatro años.

El sistema de evaluación de los residentes es en forma permanente, a través de jefes de residentes, instructor de residentes y médicos de planta de la maternidad.

SALUD MENTAL EN PERINATOLOGÍA

Naddeo, S, Antoniutti A, González MA, Prinott S, Ramírez MR, Collins P y Franzese V.

Psicólogas. Servicio de Salud Mental H.M.I.R. Sardá.

El Servicio de Salud Mental del H.M.I.R. Sardá, presenta un perfil asistencial acorde a las características de centro perinatológico de alta complejidad de la institución.

Sus acciones se enmarcan dentro de la concepción filosófica y ética del modelo Maternidades Centradas en la Familia y Seguras. Los profesionales del servicio, tienen a cargo tareas asistenciales tanto como de prevención, de acuerdo con las distintas demandas de la maternidad. El 70% de las prestaciones corresponden a la estrategia de interconsultas en áreas de internación, el resto se aborda a través de los consultorios externos, con atención programada, garantizando entrevistas de admisión en el día a fin de evitar, con el esfuerzo que representa, la existencia de listas de espera.

En el área de internación, los distintos equipos cubren la asistencia de las mujeres embarazadas, puérperas y sus hijos, en los niveles de baja, mediana y alta complejidad. El enfoque de trabajo es integral, incluyendo en numerosos casos, el abordaje en redes con la familia o la comunidad, y en forma conjunta con el equipo de salud del sector que interviene.

Es responsabilidad del servicio, la formación de profesionales de salud mental a través de la coordinación de la Dirección de Capacitación del Gobierno de CABA. La oportunidad de formarse en terreno, promueve la inclusión de agentes de salud mental comprometidos con las prioridades asistenciales del área de salud en la esfera pública.

El rol de los profesionales de salud mental en un ámbito específico, como el de la Perinatología, se resume en las características de la "psicología de enlace", como puente entre el terreno de lo orgánico y sus manifestaciones psíquicas, de modo de favorecer estrategias para lograr respuestas eficaces ante el padecer de los sujetos llamados "pacientes" y sus familias

EVALUACIÓN DE CALIDAD DE LA INFORMACIÓN DISPONIBLE DEL SIP DEL HMIRS

Laterra C, Cohen R, Pécora A, Veiga M, Sosa V, Vilar M, Otheguy L, Gómez P.

Introducción: El Sistema Informático Perinatal (SIP) elaborado por el CLAP, OPS/OMS, está constituido por la Historia Clínica Perinatal Simplificada (HCPS), el Carné Perinatal y el Sistema Computarizado. La HCPS, se compone de módulos donde se registra información durante las distintas etapas asistenciales de la madre y su RN. En el HMIRS los datos son ingresados al SIP en forma retrospectiva, tomando como fuente la HCPS, una vez que la paciente ha sido dada de alta.

El SIP constituye la fuente de datos más valiosa con que cuenta actualmente el equipo de salud perinatal, ya sea para la asis-

tencia, epidemiología, docencia, investigación y gestión. Por lo que consideramos importante validar los resultados obtenidos de su análisis.

Objetivo: Evaluar la calidad de la información obtenida del SIP teniendo como meta obtener un 100% de cobertura y 100% de calidad de llenado.

Material y métodos: Diseño descriptivo retrospectivo

Para lograr el objetivo analizamos desde enero del 2003 hasta diciembre del 2008: 1) Cobertura del SIP (porcentaje de nacimientos registrados en el SIP sobre total de nacimientos registrados por la Div. Estadística del HMIRS) y 2) Calidad del llenado de la HCPS (análisis de falta de información valiéndonos de la salida SIP "Control de Llenado" que evalúa las variables que no fueron informadas -sin datos- expresada como una proporción sobre el total de HCP registradas) haciendo hincapié en indicadores de contexto, hábitos, accesibilidad, uso de servicios, calidad de cuidado, impacto materno-fetal y neonatal.

Resultados:

Cobertura del SIP: año %(total de nacimientos registrados en la HCPS/total de nacimientos registrados por la Div. Estadística del HMIRS).

2003: 68,09% (4510/6623), 2004: 68,52% (4862/7095), 2005: 54% (3880/7185), 2006: 69,26% (5045/ 7284), 2007: 92,06% (6556/7121) y 2008: 85,72% (5925/6912).

Calidad de llenado:

Indicador de contexto: Edad materna (año, %) sin dato: 2003, 3,5%; 2004, 0,8%; 2005, 0,7%; 2006, 0,2%; 2007, 0,7%; 2008, 0,1%.

Indicador de hábitos: Fumadoras (año, %)-fumadoras (%) sin dato: 2003: 8,8-10,5; 2004:10,5-11,6; 2005: 13,7-11,1; 2006: 11,1-5,4; 2007: 6,8-19,3; 2008: 5,4-3,9.

Indicador de accesibilidad: año, % de pacientes con 1º control prenatal (CP) < 20 sem-% sin dato: 2003: 34-18,8; 2004: 36,3-20; 2005: 41,7-22,8; 2006: 39,7-26,3; 2007: 28,0-42,2; 2008: 28,4-40,5.

Indicador de uso de servicios: año, % de pacientes con CP insuficiente -% sin dato. 2003: 27,8-13,9; 2004: 25,03-16; 2005: 27,1-16,6; 2006: 20,01-24,6; 2007: 21,07-35,7; 2008: 15,34-43.

Indicador de calidad de cuidado: año, % de pacientes primigestas con episiotomía - % sin dato:

2003: 83,1-0,0; 2004: 78,2-2,5; 2005: 68,7-2,7; 2006: 72,1-1,8; 2007: 73,9-1,1; 2008: 74,2-0,2.

Indicador de impacto materno fetal: año, % de pacientes con VDRL (+) > 20 sem - % sin dato. 2003: 1,0-0,1; 2004: 0,8-4; 2005: 0,7-14,4; 2006:1,1-6,2; 2007: 1,4-12; 2008: 1,8-1,1.

Indicador de impacto neonatal: tasa de prematuridad: año, %. 2003: 13,62; 2004: 13,44; 2005: 12,10; 2006: 12; 2007: 11,16; 2008: 11,77.

Conclusión: La incorporación de los datos al SIP a lo largo de este periodo a cargo de la División obstetricia ha resultado un camino azaroso, el progreso ha sido notable en los últimos dos años, mejoró el recurso humano, y el reconocimiento del SIP como una poderosa herramienta para la asistencia y la gestión, esperamos que el en futuro esta tendencia se mantenga. Pensamos que el llenado prospectivo de las diferentes etapas de atención mediante el uso del SIP 2007 permitirá acercarnos a la meta establecida.