

RESÚMENES DE LAS JORNADAS 75° ANIVERSARIO MATERNIDAD SARDÁ. 2ª parte

ABSCEOS DE MAMA, UNA LOCALIZACIÓN EN AUMENTO DE INFECCIÓN POR *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD (SAMR-C)

Verdaguer Babic V, Boccaccio C, Cervetto M, Lanzillota A, Botto L, Amarante D, Herrera R.

Introducción: La bibliografía refiere una incidencia de abscesos de hasta 10% de las madres que amamantan y presentan mastitis clínica. El patógeno más frecuentemente aislado hasta el año 2003 fue *Staphylococcus aureus* (Sa) meticilino sensible.

Desde la década del 80 se ha comunicado la aparición cada vez más numerosa de Sa meticilino resistente en infecciones de piel y partes blandas, en pacientes provenientes de la comunidad, sin factores de riesgo asociados. Estos microorganismos tienen un antibiograma diferente de los Sa aislados en infecciones intrahospitalarias y se denominan Sa meticilino resistente de la comunidad (SaMRC).

Objetivo: Comunicar el aumento de la incidencia de abscesos de mama en madres lactantes y resaltar el aumento de aislamiento de SaMRC. Identificar algunos de los factores de riesgo asociados al aumento de la incidencia.

Métodos: Este es un estudio descriptivo longitudinal. Se registraron todos los abscesos de mama que requirieron drenaje durante los años 2007 a junio de 2010, el aislamiento bacteriológico y el antibiograma.

Resultados: La incidencia de absceso de mama en nuestra maternidad fue de 0,13% en el año 2007, aumentando a 0,41% en 2008, 0,34% en el 2009 y 0,44% hasta junio 2010 ($p < 0,01$).

Se registraron 76 abscesos, de los cuales 50 (66%) fueron estudiados microbiológicamente. 48 (96%) fueron Sa y el 73% se definieron fenotípicamente como SaMRC, sensibles a trimetoprima-sulfametoxazol en el 93% de los casos y a clindamicina en el 86%. El aislamiento con técnica estéril de SAMRC en leche extraída de pacientes con diagnóstico de mastitis no abscedada, no fue predictor de evolución a absceso de mama ($X^2 = 0,07$, $p: NS$) Se encontró congestión mamaria y grietas del pezón como puerta de entrada en el 100% de los casos.

Todos los abscesos de mama requirieron drenaje quirúrgico para su resolución definitiva, en algunos casos reiterados y con pérdida de tejido mamario que requirió cirugía reparadora.

Conclusiones: Evidenciamos un aumento, estadísticamente significativo en la incidencia de abscesos de mama en el puerperio, durante los años estudiados.

El microorganismo aislado con mayor frecuencia en nuestras pacientes es el SaMRC y según su antibiograma las cefalosporinas de primera generación no serían útiles en el tratamiento empírico inicial y el procedimiento más efectivo para el tratamiento definitivo de estas infecciones es el drenaje del absceso. Las pacientes atendidas en nuestro hospital presentan muchos de los factores de riesgo descriptos en la literatura para este tipo de infecciones de piel y partes blandas: bajo nivel socioeconómico y cultural, pobres hábitos de higiene y hacinamiento. Se requerirán estudios de colonización para identificar la epidemiología de las infecciones por SaMRC en nuestra población, y eventualmente las implicancias en sus recién nacidos.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DE LABORATORIO EN RECIÉN NACIDOS HIJOS DE MADRES CON DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS

Ortiz de Zárate M¹; Nadal M²; Del Vecchio R³; Penalba F³; Briozzo G²; Pereg, M²; Aspres N²; Teston L¹; Sarubbi M¹.
Inf. Ped¹; Bioquímica²; Pediatra.³

Introducción: Las oportunidades para identificar a las mujeres con sífilis durante la gestación, se ven disminuidas por la falta de controles durante el embarazo.

La sífilis congénita refleja la realidad de un país empobrecido, golpeando a la población más vulnerable.

Nuestra motivación nos lleva a describir los efectos clínicos, epidemiológicos y de laboratorio que muestran los recién nacidos-RN-expuestos a esta enfermedad, que pudo haberse prevenido.

Objetivos: Describir: Las características demográficas de madres con VDRL (+).

La presentación clínica y las variantes de laboratorio de los RN afectados.

Los patrones serológicos de niños expuestos-asintomáticos.

Métodos: Análisis descriptivo retrospectivo de 70 casos de RN hijos de madres VDRL (+) nacidos en una maternidad de Capital Federal durante el año 2007. El análisis de datos se realizó con software Statistix 7.0.

Definiciones: Tratamiento adecuado materno (TMA), tratamiento inadecuado materno (TMI) y tratamiento Adecuado del RN: según las definiciones standard de las Normas Nacionales de ETS vigentes con alta pediátrica al mes de vida, y seguimiento infectológico cada 3 meses hasta el año de vida.

Resultados: Sobre 54 registros maternos 17 (31%) eran ≤ 21 años, argentinas 19 (33%) y 67%: extranjeras; X de Edad materna: 25,8 años. El 50% recibió TMA.

Sobre 70 RN evaluados, 63 (91,4%) eran asintomático, 18 (26%) presentaron VDRL (-) al nacer.

7 RN fueron sintomáticos al momento del diagnóstico (6 TMI y 1 TMA) presentando: sepsis, RCIU, distress respiratorio, pénfigo, pseudoparálisis de Parrot, calc. cerebrales, HTP. Compromiso de SNC: 3 niños con VDRL positiva en LCR y otros 2 con citoquímico patológico y VDRL (-) en LCR.

El 70% fueron perdidos del seguimiento al 6to mes de vida.

Solo el 7% concurrió al control del año de vida.

Conclusiones: El 67% de las embarazadas afectadas fueron extranjeras. Independientemente de las características del tratamiento materno un 27% aproximadamente de los niños presentó VDRL negativa al nacer y un 90% fueron asintomáticos.

No pudieron describirse los patrones serológicos de los niños expuestos asintomático por el alto nivel de deserción.

Las características clínicas y serológicas del RN no podrían considerarse seguras al momento de definir la conducta a tomar en el RN.

Debe jerarquizarse el periparto ya que es un contacto obligado con el Sistema de Salud para implementar la terapéutica adecuada y oportuna.

La retención de los niños en el Sistema de Salud sigue siendo un desafío para la Salud Pública.

CONSULTORIO DE ADMISIÓN DE EMBARAZADAS: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

Pécora A, Sosa Rodríguez V, Veiga M.

Introducción: El ingreso de la embarazada al Hospital Materno Infantil "Ramón Sardá" se realiza en el Consultorio de Admisión, donde las Obstétricas confeccionan la 1ª sección de la Historia Clínica Perinatal. Creemos que es de vital importancia la calidad y cobertura de llenado de estos datos para la realización de un diagnóstico situacional que nos permitirá generar acciones de promoción y prevención de la salud y reorganizar recursos humanos según necesidades de la población. Cabe mencionar que en el año 2008, de los 6828 nacimientos, se cargaron 5849 (85,66%) de las cuales iniciaron su control prenatal en esta institución: 3288 (56,21%)

Objetivo: Describir las características socio culturales, demográficas y obstétricas de la población que asiste al HMIRS para la apertura de la HC en consultorio de Admisión durante el año 2008.

Material y Métodos:

- Diseño: estudio descriptivo, observacional, retrospectivo.
- Población: embarazadas que asiste al HMIRS para la apertura de la HC en consultorio de Admisión desde el 01/01/2008 al 31/12/2008.
- Tamaño muestral: se describieron un total de 3288 embarazadas sobre 6828 nacimientos.
- Variables: edad, nacionalidad, domicilio (localidad), estado civil, nivel de instrucción, embarazo planificado y fracaso de método anticonceptivo, gestas anteriores, EG a la primer consulta.

Resultados:

- Edad: entre 20 a 24 años: 1.061 (32,3%)
- Nacionalidad: argentinas: 1709, bolivianas: 973
- Localidad: Provincia de Bs. As.: 1991 (60,56%)
- Estado Civil: Unión estable: 2.095 (63,7%)
- Nivel de Instrucción: primaria: 1.058 (32,2%), secundaria: 1.958 (59,6%)
- Embarazo planificado: no: 1.345 (40,9%), sí: 1.292 (39,3%)
- Fracaso de método anticonceptivo: No usaba: 1.998 (60,8%)
- Gesta y paridad: Primigestas: 1.204 (36,6%)
- EG a la primera consulta: Entre 1 a 19 semanas: 1458 (44,3%)

Comentarios: El rango de edad promedio de las mujeres que asisten a la 1ª consulta es entre 20 y 24 años (32,3%) siendo su estado civil, en la mayoría, unión estable (63,7%).

A la hora de analizar el nivel de instrucción nos encontramos con el inconveniente de la disparidad de tipo de estudio: convencional (primaria hasta 7º- secundaria hasta 5º) o el sistema polimodal (primaria hasta 9º- secundaria hasta 3º).

No hay diferencias significativas en lo referente a la planificación del embarazo, algo llamativo es cuando observamos que el 40,9% no lo planificaba, pero solo el 14,5% utilizaba algún método. Por otro lado, se trata de mujeres que ya han cursado uno o más embarazos previos.

La edad gestacional de la 1ª consulta es antes de la semana 20 (44,3%) lo cual es un dato de relevancia teniendo en cuenta que el Hospital carece de área programática lo que podría favorecer la captación precoz. Más de la mitad provienen del conurbano bonaerense.

CONTROLES INMUNOHEMATOLÓGICOS EN NEONATOS

Torres OW, Direne M, López G, Oliveto, F; Tremoulet H, Endara A. Servicio de Hemoterapia

Introducción: De acuerdo a las Normas Técnicas de la Ley Nacional de Sangre N° 22.990, en todo RN debe efectuarse el grupo ABO, Factor Rh y Prueba Antiglobulínica Directa (PAD). Estas determinaciones permiten identificar a neonatos en riesgo de desarrollar Enfermedad Hemolítica Perinatal (EHP). En nuestra institución, se procesan muestras de cordón umbilical dentro de las 6 hs postparto con el objeto de evitar la pérdida de anticuerpos involucrados en la destrucción eritrocitaria, diagnosti-

cando así en forma temprana, neonatos con incompatibilidad de grupo sanguíneo.

Objetivo: mostrar la prevalencia y las causas de PAD positivas en los neonatos nacidos en nuestra Maternidad en los últimos 6 años.

Materiales y métodos: entre enero de 2006 y diciembre de 2009 se estudiaron 45.749 muestras de cordón umbilical. En cada muestra se efectuó el grupo ABO, Rh y PAD. Cuando esta última resultó positiva, se realizaron los estudios inmunohematológicos correspondientes para investigar las causas de la incompatibilidades materno-neonatales con una técnica de alta sensibilidad (aglutinación en columnas de gel DiaMed®, de acuerdo a las especificaciones del fabricante).

Resultados: La PAD resultó positiva en 1102 muestras (2,40%), habiéndose identificado como causante de la misma 797 (1,74%) IgG anti-A, 147 (0,27%) IgG anti-B, 128 (0,27%) anti-D, 14 (0,03%) anti-E, 9 (0,01%) anti-c, 6 (0,01%) anti-K y 1 (0,002%) anti-Fya.

Conclusiones: estos hallazgos nos permitieron conocer que coincidentemente con publicaciones internacionales, la principal causa de PAD positiva fue por incompatibilidad ABO, en su mayoría sin significado clínico porque el diagnóstico inmunohematológico dentro de las 6 horas permitió tomar conductas terapéuticas tempranas (Ej. Fototerapia). Solamente 1 neonato necesitó de exanguinotransfusión.

Preocupa la alta prevalencia de incompatibilidad causada por anti-D, que en su mayoría fue causada por la falta de inmunoprofilaxis.

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD DEL GRUPO DE DIAGNÓSTICO PRENATAL DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL "RAMÓN SARDÁ" DURANTE EL AÑO 2009

Chernovetzky G, Colares J, Faganello A,
Ingilde M, Kopuchian N, Nemer P, Rittler M

Desde hace más de 10 años, el Hospital Materno Infantil "Ramón Sardá" cuenta con un grupo de trabajo orientado al manejo pre y postnatal de las embarazadas cuyos fetos presentan defectos congénitos. El grupo de Diagnóstico Prenatal está integrado por las siguientes especialidades:

- Obstetricia
- Genética
- Ecografía
- Psicología
- Cardiología Fetal y Pediátrica
- Neonatología

Este equipo se reúne semanalmente para discutir a las pacientes en todos sus aspectos.

El seguimiento realizado por el grupo de Diagnóstico Prenatal consiste en:

- Diagnóstico:
- En pacientes controladas en Servicio de Obstetricia del HMIRS.
- Confirmación de diagnósticos previos o definición de diagnósticos parciales en pacientes derivadas de otros centros obstétricos.
- Manejo obstétrico:
- Control prenatal
- Ecografías de control
- Punción bajo guía ecográfica para estudio cromosómico fetal
- Evaluación cardiológica fetal
- Evaluación de los aspectos genéticos
- Contención psicológica de la familia
- Laboratorio de rutina y exámenes complementarios especiales
- Determinación de la vía de parto.
- Manejo de la interrupción del embarazo por decisión materna en patologías letales según lo contempla la ley 1044 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Recepción neonatal, seguimiento en terapia neonatal, confirmación del diagnóstico y derivación del recién nacido para trata-

miento quirúrgico a otros centros pediátricos si así lo requiriera. En el año 2009 fueron atendidas en nuestro grupo un total de 112 pacientes.

DISMINUCIÓN DE LA PREMATUREZ EN 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 prematuridad, líquido 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, Capurro y peso al nacimiento.

Durante el período 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 períodos.

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. De la comparación realizada en relación al número de nacimientos pretérmino entre el año 2004 y 2008 se obtuvo un 49,28 vs 29,60% respectivamente para cada período (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.

EL LABORATORIO DE URGENCIA EN LA DETECCIÓN DE ERRORES PREANALÍTICOS. EXCESO DE HEPARINA EN UNA MUESTRA DE SANGRE ARTERIAL PARA EVALUACIÓN DE GASES, ELECTROLITOS Y EQUILIBRIO ÁCIDO-BASE

Der Parsehian S, Tovo A*, Briozzo G***

* Bioquímicas. Laboratorio de Urgencias

** Bioquímica. Jefe de Departamento de Diagnóstico y Tratamiento

Hospital Materno-Infantil "Ramón Sardá". G.C.B.A. Buenos Aires. Argentina.

Introducción: La determinación de gases en sangre y equilibrio ácido-base se realiza en muestra de sangre arterial anticoagulada.

El Clinical and Laboratory Standards Institute provee recomendaciones específicas sobre la jeringa a utilizar, anticoagulante,

traslado y conservación de la muestra. No obstante, en la práctica cotidiana, llegan al laboratorio muestras obtenidas y/o conservadas incorrectamente (hecho no siempre evidente en principio para el Bioquímico), cuyo procesamiento analítico conduce a resultados erróneos.

La utilización de solución de Heparina sódica como anticoagulante en muestras de sangre para determinación de gases y electrolitos, si bien es una práctica muy empleada en nuestro medio, no es aconsejable ya que es la causa más importante de múltiples errores pre-analíticos de distinta magnitud.

Objetivo: Analizar mediante la descripción de un caso la importancia de la detección de errores en la fase preanalítica por la presencia de exceso de Heparina en muestras para determinación de gases arteriales, electrolitos y equilibrio ácido-base.

Material y métodos: Dos muestras de sangre de paciente de quirófano para determinación de gases en sangre y electrolitos. La muestra N° 1 de sangre arterial fue tomada en una jeringa descartable con solución de Heparina sódica (25.000 UI en 5 ml) siguiendo el método usual de obtener dicha solución directamente de la ampolla y descartando el exceso de líquido de la jeringa antes de realizar la extracción.

La muestra N° 2 se obtuvo con jeringa heparinizada para extracción de sangre arterial (80 UI en 3 ml) tamponada con Calcio (Ca) y liofilizada (BD A-Line, Becton-Dickinson).

Las determinaciones se efectuaron con el equipo automático multiparamétrico para gases en sangre Rapidlab 865 (Bayer).

Resultados: En la Tabla I se observan los resultados de la muestra N° 1, los cuales no fueron validados por el Bioquímico por falta de lectura del Ca iónico, evidencia de error preanalítico por exceso de solución de Heparina. Se solicitó la extracción inmediata de una nueva muestra.

La Tabla 2 exhibe los resultados de la muestra N° 2, los que se validaron y enviaron en el acto al Médico solicitante.

Conclusiones: El procedimiento adecuado propuesto es:

a) Toma de muestra en jeringas con heparinato de Litio liofilizado tamponado con Ca, anulando por completo el error causado por la dilución.

b) Saturación de la molécula de Heparina con iones Ca para minimizar el error en la determinación de Calcio iónico.

Si el Bioquímico de Guardia no hubiese estado alerta sobre los efectos del exceso de Heparina (error Preanalítico), la validación del primer resultado hubiera originado intervenciones médicas innecesarias.

EMBARAZO ADOLESCENTE, ¿UNA POBLACIÓN DE RIESGO?

Giorgetti MB¹; González MT²; Sartori G³; García Minuzzi M⁴;

Pomata F⁵; Rey P⁶; Meritano J.⁷

Hospital Elizalde^{1,2,3,4}; Maternidad Ramón Sardá^{5,6,7}

Introducción: La prevalencia del embarazo temprano muestra un aumento significativo en el mundo, siendo en nuestro país cercano a 14,6%. El término adolescente comprende según la OMS personas entre 10 a 19 años. La mayoría de los trabajos publicados relacionan esta población con resultados perinatales adversos. En la Maternidad Sardá un equipo de trabajo multidisciplinario (PROAMA) realiza la atención de la adolescente embarazada y su hijo.

Objetivo: Comparar los resultados perinatales del embarazo adolescente bajo el seguimiento de un equipo multidisciplinario, con respecto a mujeres adultas de 21 a 34 años.

Población: Madres adolescentes de 16 años o menos que ingresaron al PROAMA en el año 2005 y Mujeres de 21 a 34 años que realizó su seguimiento y parto en la Maternidad Sardá en el mismo período.

Material y métodos: Estudio de casos y controles. La unidad de análisis es la historia clínica (HC) perinatal de madres adolescentes integrantes del PROAMA (caso) y la HC correspondiente al siguiente parto de mujer entre 21 y 34 años (control). Las variables de resultado son: edad gestacional, apgar, peso al nacer, vía final de parto, gestas.

Resultados: En el año 2005 se produjeron en la Maternidad Sardá 7360 nacimientos de los cuales 1435 (19,5%) pertenecieron a madres menores a 19 años.

Ingresando al PROAMA 420 adolescentes de 16 años o menos.

Se estudiaron 380 madres que presentaron una edad promedio de 15,5 años, siendo primigestas el 82%. El 71% cursa la escuela secundaria y el 10% no finalizó la escuela primaria.

El 34% se encuentran solteras, 32% con pareja estable y 15% casadas. Las mujeres adolescentes presentan mayor porcentaje de primiparidad y menor número de cesáreas ($p < 0,01$). No hubo diferencia en el peso y la edad gestacional de los niños recién nacidos (3205 g vs. 3225 g y 39,3 semanas vs. 39,1 semanas de edad gestacional). Los recién nacidos menores a 2500 g fueron similares en los dos grupos (8,8% vs. 8,1%), al igual que los de muy bajo peso (1,5% vs. 1,3%).

Conclusiones: Las adolescentes y sus hijos con atención precoz y multidisciplinaria en cuidados perinatales no presentan mayores riesgos que las mujeres embarazadas adultas de igual medio socioeconómico y cultural.

La implementación de programas de calidad en el proceso de atención en el marco de redes multidisciplinarias, permite disminuir los riesgos que presentan los grupos vulnerables como las madres adolescentes y sus hijos.

¿ES POSIBLE GESTIONAR CALIDAD EN EL LABORATORIO DE URGENCIAS?

Moirón MC, Nadal M, Briozzo G.

Introducción: La calidad de una gestión planificada debe residir tanto en el resultado del servicio brindado como en su proceso de prestación. El Laboratorio de Urgencia posee una estructura y organización diferenciada dentro del Laboratorio, puesto que su misión es proporcionar el informe de los resultados a la mayor brevedad posible (menor TAT -turn around time-), con la máxima eficiencia, calidad, responsabilidad, ética y profesionalidad, proporcionando al médico un apoyo importante en el diagnóstico y tratamiento. Este tiempo de respuesta es, sin duda, uno de los indicadores de calidad del Laboratorio de Guardia. El error en las fases pre y pos analíticas es superior a la analítica. Los tiempos consumidos en estas etapas son los que ocasionan mayores aumentos en el tiempo de respuesta. Los ciclos de mejora deben orientarse a acciones que aumenten el control sobre las mismas. El monitoreo es una herramienta de evaluación de la organización para asegurar que sus recursos sean utilizados con la mayor eficiencia para cumplir los objetivos fijados. Resultado de este monitoreo es el rediseño del sistema mismo, cumpliendo de esta forma con el ciclo de calidad.

Objetivos: Evaluar errores pre analíticos (administrativos-EA y técnicos-ET) y pos analíticos (EPoA) en el Laboratorio de Guardia, que impactan en la calidad de la atención. Implementar las acciones correctivas convenientes y evaluar la mejora implementada.

Materiales y métodos: Se midieron indicadores para evaluar los EA, ET y EPoA durante cuatro semanas. Al mes de implementada la acción correctiva se monitoreó la mejora durante igual tiempo.

Resultados: El monitoreo de la etapa pre analítica revela una disminución del error luego de implementada la mejora. La reducción de los EA totales (N= 2100) fue de 68,5% a 39,4% y la de los ET totales de 12% a 6,5%. La disminución de los EA y ET es más evidente en el Servicio de Obstetricia que en Neonatología. En relación los EPoA el 7,4% de los informes emitidos (N= 2100) antes de implementada la mejora fue retirado después de las 2 horas de recibida la muestra. Luego de implementar la mejora este porcentaje fue del 5,3%.

Conclusiones: Se obtuvo una clara disminución en los errores pre y pos analíticos luego de implementadas las acciones de mejora, un significativo acortamiento en los tiempos de respuesta y un aumento de la percepción de la calidad en los clientes internos. Nuestra propuesta es que el Equipo de Salud, establezca, en consenso, la urgencia de las pruebas de laboratorio acorde al perfil epidemiológico del Hospital. Es importante continuar con

las actividades de capacitación para que las mejoras alcanzadas sean sustentables en el tiempo.

GESTIÓN DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Rodríguez M, Sisterna S, Jumelle C, Quiña C, Rodríguez L, Perrone M, Sosa N, Pupelis L, Antal S, Wickert C, Leggio L, Ludueña R, Villalba G, Gutiérrez I, Miranda A.

Introducción: El Departamento de Enfermería del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá coincide con el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE); donde establece que para mejorar la seguridad de los pacientes es precisa una amplia diversidad de medidas en el reclutamiento, la formación y la retención de los profesionales de la atención de salud, es necesario mejorar las prestaciones, la seguridad del entorno y la gestión del riesgo, con inclusión de la lucha contra las infecciones, el uso seguro de los medicamentos, la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno de los cuidados, y la acumulación de un acervo integrado de conocimientos científicos centrados en la seguridad de los pacientes y la infraestructura necesaria para su mejoramiento. Los cuidados que presta enfermería en el hospital se ocupan de la seguridad de los pacientes en todos los aspectos.

En la presentación de las orientaciones estratégicas de la OMS para enfermería indicó que la falta de disponibilidad de enfermeras para prestar servicios de salud, las condiciones laborales inadecuadas y la inapropiada integración de enfermería en los servicios, tendrá graves consecuencias en la calidad y cobertura de la atención de salud.

Objetivos:

- Elaborar, ejecutar y evaluar el Plan de Gestión del Departamento de Enfermería.
- Implementar estrategias de gestión basadas en la calidad total.
- Fortalecer a los mandos intermedios en relaciones humanas.
- Concientizar a todo el plantel de enfermería sobre la importancia de brindar cuidados seguros y humanizados, respetando el derecho a la identidad de las personas.
- Satisfacer las expectativas de los usuarios de los servicios de salud.
- Respetar políticas institucionales (Hospital Amigo de la madre y el niño, Maternidades Centradas en la Familia).

Material y métodos: Se realiza un estudio de corte transversal, en Julio de 2010, analizando el recurso humano de Enfermería que se desempeña en la Institución según nivel de formación, función y distribución por sectores.

Resultados: El Departamento de Enfermería de la Maternidad Ramón Sardá cuenta con un plantel de 299 personas, 42 son de Conducción y 257 de Ejecución. Del total 283 pertenecen a planta permanente y 16 son personal contratado por decreto 604 del G.C.B.A. Según su nivel de formación contamos con 54 Licenciados en Enfermería, 141 Enfermeros y 104 Auxiliares de enfermería de acuerdo a las categorías reconocidas por el G.C.B.A. como así también 2 Magíster, 3 Profesores de Enfermería y 15 enfermeros especializados en perinatología y 1 en Metodología de la Investigación Científica.

Conclusiones: Estos datos analizados, cantidad y nivel de formación del Recurso Humano, el Departamento de Enfermería considera que variables tales como relación enfermera/paciente y nivel de instrucción inciden en la calidad de los cuidados que se brindan al usuario y son causas importantes de la aparición de eventos adversos que tienen graves repercusiones tanto para el paciente, como los gastos financieros en la atención de salud. El Departamento de Enfermería procura el desarrollo de su capacidad organizativa con el fin de brindar cuidados eficaces y de calidad. Consideramos que la dotación existente de los recursos humanos de enfermería es deficiente, que obedece a diferentes causas, burocracia de administración en la incorporación de profesionales de enfermería y presupuesto entre otros.

HIPOGLUCEMIA NEONATAL TRANSITORIA CLÁSICA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Dalbene A, Choque M, Vita C.

Introducción: La hipoglucemia neonatal se define con un valor de glucosa plasmática menor a 45 mg/dl. Es uno de los trastornos metabólicos más frecuentes en el recién nacido, donde diversas condiciones pueden interferir en la transición entre el aporte continuo de glucosa durante la vida fetal y la homeostasis independiente de los carbohidratos que ocurre a partir de la interrupción del aporte transplacentario inmediatamente después del nacimiento. Su diagnóstico y tratamiento precoz son esenciales para prevenir secuelas neurológicas.

El objetivo de esta presentación es reportar un caso de HNTC y describir la morbilidad neurológica asociada y los diagnósticos diferenciales.

Presentación del caso clínico: Recién nacido de término, 40 semanas de edad gestacional, peso adecuado 3480 g. Embarazo controlado con serologías negativas, HTA inducida por el embarazo. Antecedente de 2 cesáreas previas.

Paciente que nace por cesárea, varón, con APGAR 9/10 al nacimiento, LAC. Pasa a internación conjunta, a las 20 hs de vida comienza con taquipnea y pasa a UCIN con diagnóstico de hipoglucemia, poliglobulia y dificultad respiratoria.

Aspecto respiratorio: sin requerimientos de oxígeno, con buena evolución clínica.

Aspecto hematológico: Hto inicial 71%, por lo que se realiza exanguino dilución isovolumétrica, con un Hto control de 61%. Aspecto metabólico y endocrinológico: presenta hipoglucemia persistente durante los primeros 5 días de vida requiriendo altos flujos de glucosa, máximo alcanzado 9 mg/kg/minuto durante 3 días.

Dosaje hormonal: GH 19,5 ng/dl; insulina 1,6 U/ml; cortisol 2,6 u/dl; LH 1,77 U/ml; FSH 0,55 U/ml; prolactina 175 ng/ml; tiroxina total 14,5 ug/dl; amonio 83 ug/dl. Acido láctico en sangre y LCR normales. No presentó acidosis metabólica. Los resultados de laboratorio no fueron concluyentes para un diagnóstico de origen endocrinológico ni metabólicos.

Aspecto neurológico: estadios de somnolencias alternantes con irritabilidad, Ecografía cerebral normal, EEG normal, con potenciales auditivos y visuales alterados.

Identificación nosológica:

Existen 4 categorías clínicas de hipoglucemia neonatal:

- Hipoglucemia transicional adaptativa (DBT gestac.).

- Hipoglucemia secundaria (catab., estrés, asfixia).

- HNTC

- Hipoglucemia recurrente grave (hiperinsulinismo, deficiencias endocrinas, metabólicas).

Conclusión: La transición del pasaje de flujo continuo de glucosa intraútero a flujos intermitentes luego del nacimiento puede llevar a alteraciones en la adaptación de los mecanismos enzimáticos necesarios para mantener niveles de glucemia normales. La HNTC es un cuadro clínico poco frecuente y corresponde al 6-25% del total de las hipoglucemias, incluye principalmente lactantes de término, en general varón que en ocasiones presenta policitemia y la hipoglucemia comienza al final del primer de vida y resuelve luego de varios días. Debe ser considerada en pacientes sin factores de riesgo pero con síntomas compatibles tratándose de una urgencia metabólica y así evitar los severos trastornos neurológicos secundarios.

INCERTIDUMBRE DE MEDICIÓN Y ERROR TOTAL. GESTIÓN ANALÍTICA DE LOS RESULTADOS

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

* Bioquímica. Jefe de Departamento de Diagnóstico y Tratamiento

** Bioquímica

*** Bioquímica. Ex Jefe de División Laboratorio.

Hospital Materno-Infantil "Ramón Sardá". G.C.B.A. Buenos Aires. Argentina.

Introducción: Los laboratorios clínicos poseen recursos para demostrar que sus actividades analíticas relativas a la calidad son sistematizadas y confiables y producen resultados médicamente útiles.

En los últimos años se incorporó el concepto de "Incertidumbre" para evaluar todas las fuentes posibles de error y su contribución a la certeza de los resultados finales.

La Incertidumbre de Medición (U) es una herramienta analítica que permite valorar cuantitativamente la calidad del resultado de una prueba de laboratorio y su conocimiento facilita la interpretación de un cambio. Muestra un intervalo alrededor del valor estimado dentro del cual se encuentra el valor considerado verdadero.

"Un parámetro asociado con el resultado de un mensurando que caracteriza la dispersión de los valores que razonablemente pueden atribuirse al mensurando" (ISO: 15189).

La U analítica se describe mediante tres estadísticos: U estándar (Uest); U estándar combinada (Ucomb) o U expandida (Uexp). Uest: la de un resultado afectado por una sola fuente de medida.

Ucomb: por combinación de valores observados.

$UComb^2 = uCAL^2 + uQCP^2 + uB^2$

uCAL: incertidumbre del calibrador

uQCI: inherente a la medición: CV%.

uB: del sesgo. Control de Calidad Externo.

U exp: el intervalo del mensurando para un nivel de confianza (95%).

Uexp: $k \times Ucomb$ Para 2 DS, k: 2.

Error total (ET): $(1.65 \times CV \%) + bias \%$

Objetivos:

1. Determinar las Uest, Ucomb y Uexp de los resultados de análisis de Química Clínica.

2. Expresar U en las unidades del analito medido (Uua) al Nivel de Decisión Médica (NDM).

3. Determinar ET al NDM y compararlo con los ET Máximos Deseables (ETd) y Tolerables (ETa) de tablas de Variabilidad Biológica.

Material y métodos: Las determinaciones se efectuaron con el equipo automático ADVIA 1200, Siemens y calibradores y controles ADVIA de valor cercano al NDM.

Datos de Controles de Calidad Interno y Externo (CEMIC) obtenidos en octubre, noviembre y diciembre de 2008 y valores de los calibradores suministrados por el fabricante.

Resultados: Tabla I: datos de ET obtenidos a los NMD comparados con ETd y ETa y sus correspondientes Ucomb, Uexp y Uua. **Conclusiones:** Nuestros resultados están dentro de las especificaciones deseables y tolerables de ET para el Nivel de Decisión Médica.

La U proporciona clara idea del intervalo en que se encuentra el valor verdadero del mensurando y depende del comportamiento particular de cada analito.

No existen criterios comparativos para las U y nuestros resultados resultaron concordantes con valores de bibliografía.

En consecuencia, juzgamos satisfactoria la performance analítica de las determinaciones estudiadas, lo que nos permite asegurar la satisfacción de las necesidades médicas en nuestro ámbito de influencia.

INDICACIONES PREVALENTES EN OPERACIÓN CESÁREA.

AYER Y HOY

Estiu MC, Repetto J, Guanella T, Campos Flores J.

Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Buenos Aires.

Objetivo: Conocer y comparar la prevalencia de las indicaciones de cesárea, con un intervalo de diferencia de 10 años, en una maternidad pública de Buenos Aires.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional de corte transversal en la población de pacientes atendidas en el Servicio de Urgencias de la Maternidad Sardá para finalización de su embarazo. Se analizaron dos períodos de seis meses, con intervalo de 10 años (1998-2008). La muestra (n= 6199) estuvo constituida por todas las pacientes atendidas en este servicio desde: 01/02/98 al 31/07/08 (período 1) n= 2910 pacientes, y desde: 01/02/08 al 31/07/08 (período 2) n= 3289 pacientes. Las variables analizadas fueron las diferentes indicaciones de cesárea en los dos periodos. Análisis estadístico uni y bivariado. Test de hipótesis: Chi cuadrado o Fisher según correspondiera. Cálculo de tasas de prevalencia.

Resultados: Del total de las pacientes (6199), 603 y 872 finalizaron en operación cesárea durante los períodos 1 y 2 respectivamente. Tasa de prevalencia 20,73 y 26,51/100 nacimientos. Se encontró una disminución estadística significativa en alteración de la vitalidad fetal intraparto 7,48% (n25) vs 1,83% (n 16) valor p 0,000, y cesárea iterativa 21,72% (n131) vs. 14,97 (n131) p= 0,001. Por el contrario se observó un aumento estadísticamente significativo en indicaciones como, restricción de crecimiento fetal intrauterino 1,33% (n 8) vs. 3,43% (n30) p= 0,012, rotura prematura de membranas 1,82% (n11) vs. 3,77% (n33) p= 0,030, oligoamnios 2,32% (n=14) vs. 4,34% (n38) p= 0,044, y embarazo de 41 semanas 0,17% (n=1) vs. 1,60% (n=14) p= 0,006. El análisis descriptivo mostro oscilación en indicaciones como: macrosomía fetal, antecedente de cesárea previa con o sin patología agregada, presentación pelviana, colestasis, y una disminución en embarazo cronológicamente prolongado, a pesar de no ser estas estadísticamente significativas.

Conclusiones: Concordante con los aumentos globales de tasa de cesárea encontrados en la literatura mundial, nuestro índice de cesárea aumentó en los últimos años hasta llegar a una tasa de 26,5 cada 100 nacimientos en el año 2007. Revisando las indicaciones que motivaron las cirugías observamos una significativa reducción de la indicación “compromiso de vitalidad intraparto” e incremento en otras de tipo electivo centradas en la disminución de la morbimortalidad perinatal. Nuevos procedimientos diagnósticos y terapéuticos, junto a la implementación de nuevas políticas sanitarias, coinciden temporalmente con las diferencias encontradas en las indicaciones que motivan hoy las cirugías. Remarcamos estas diferencias en las indicaciones, con los beneficios potenciales a corto y largo plazo en la salud perinatal.

LIGADURA TUBARIA EN MUJERES GRAN MULTÍPARAS: MOTIVOS DE CONSULTA PARA SU REALIZACIÓN Y RESULTADOS

Charalambopoulos JT, Moschella RG, Pawlowicz MP, Naddeo SJ, Rodríguez PG.

Objetivo: Describir los motivos que explicitan las mujeres gran múltiparas para solicitar la ligadura tubaria.

Material y método: El diseño fue exploratorio-descriptivo y la metodología cualitativa. Se realizaron Entrevistas en Profundidad a una muestra intencional de 30 usuarias gran múltiparas (≥ 5 partos) que solicitaron la anticoncepción quirúrgica durante el período julio-diciembre de 2008, en el Área de Salud Sexual y Reproductiva del HMI Ramón Sardá de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Resultados: La mayoría (86,6%) era argentina y la edad promedio fue de 34,6 años. Los principales motivos de solicitud fueron: evitar un embarazo inesperado y temor a sufrir complicaciones en la salud por cesárea iterativa, edad materna, diabetes gestacional e hipertensión arterial. El 70% manifestó tener dificultades socioeconómicas, el 66,6% expresó tener motivos relacionados con la cantidad de hijos y problemas de salud de los mismos, y el 13,3% justificó su elección en la elevada eficacia atribuida a la práctica, en relación a otros métodos anticonceptivos.

Conclusiones: Si bien se identifican factores de riesgo biológico entre los principales motivos de consulta para la realización de ligadura tubaria, también adquieren gran relevancia las razones socio-económicas y las relativas a la crianza de los hijos. Los hallazgos permiten describir las necesidades concretas en salud sexual y reproductiva de la población estudiada y conducen a reflexionar sobre las prácticas de consejería y asesoramiento para el uso de métodos anticonceptivos con el fin de mejorar la calidad de vida de las beneficiarias de los Programas de Salud Sexual y Reproductiva de la Argentina.

El presente trabajo de investigación fue realizado con el apoyo de una Beca “Ramón Carrillo-Arturo Oñativia” a nivel de Servicios de Salud, Categoría Iniciación, otorgada en 2008 por el Ministerio de Salud de la Argentina, a través de la Comisión Na-

cional Salud, Ciencia y Tecnología. Becaria: Lic. Romina G. Moschella. Director: Dr. Jorge T. Charalambopoulos. Co-Directora: MS. María Pía Pawlowicz.

MARCADORES SEROLÓGICOS PARA HEPATITIS B EN EMBARAZADAS MIGRANTES CHINAS

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

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

Introducción: La hepatitis B (HB) afecta a 400 millones de personas en el mundo, siendo la principal causa de hepatocarcinoma. Si bien Argentina es considerada región de baja prevalencia, el arribo de inmigrantes provenientes de regiones de alta prevalencia (principalmente China y África subsahariana) plantea nuevos desafíos que no han sido aún debidamente ponderados en embarazadas, dado que se infiere que la coinfección VIH/VCH/VHB es una problemática cada vez más frecuente.

Objetivos: Determinar la seroprevalencia de marcadores para HB en una población de gestantes de origen chino estudiadas en nuestro Servicio.

Materiales y métodos: entre julio de 2007 y junio de 2010 se efectuaron marcadores serológicos para HB a todas las gestantes de origen chino: ELISA-HBsAg y ELISA-anti-HBcore, (Heptest-Biomerieux y Enzygnost-Dade Behring respectivamente) de acuerdo a las especificaciones de los fabricantes.

Resultados: (HBsAg, anti-HBc) a gestantes de origen chino, resultando 32,1% (34/106) reactivo para HBsAg y 80,8% (84/104) reactivo para HBsAg y/o anti-HBc.

Conclusión: Los resultados obtenidos demuestran la necesidad de poner especial atención en el cuidado y seguimiento de esta población, y evaluar estrategias que impliquen el estudio y seguimiento de sus respectivos entornos familiares.

MEDIO AMBIENTE Y SALUD MATERNO INFANTIL

Der Parsehian S.

** Bioquímica. Jefe Sección Hemocitología Hospital Materno-Infantil “Ramón Sardá”. G. C. B. A. Buenos Aires. Argentina

Introducción: La leche materna es la mejor fuente de nutrición para el Recién Nacido (RN). Contiene la cantidad adecuada de lípidos, hidratos de carbono y proteínas, otorgando un amplio rango de beneficios para el crecimiento, inmunidad y desarrollo del mismo. Durante décadas hubo un empleo inapropiado de los plaguicidas organoclorados (POC) que contaminaron el medio ambiente. Los niveles de éstos en leche materna pueden ser hasta 10 veces más elevados que los de la leche de vaca u otros mamíferos (Colborn T et al, 1997).

Objetivo: Analizar si la leche materna de una muestra de leche de puérperas que atendieron su parto en el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá de Buenos Aires contiene plaguicidas organoclorados.

Material y métodos: En el período 2000-2004 fueron estudiadas 248 mujeres puérperas cuyo parto se había realizado en el HMI Ramón Sardá. Diseño observacional, descriptivo. Muestreo no probabilístico y consecutivo.

Se buscaron residuos de 23 tipos diferentes de POC en el Centro de Investigaciones Tecnológicas de la Industria Láctea (CITIL) empleando Cromatógrafos gas líquido Varian 3300 y 3380 con detector de captura de electrones (ECD), columna capilar y sistema de adquisición y procesamiento de datos Varian Star (computarizado) a-Cromatografía en columna de Florisil parcialmente desactivado y elusión; b- Concentración de los extractos; c-Cromatografía gas líquido (CGL). Una alícuota de la leche humana se mezcló con Florisil calcinado y parcialmente desactivado y fue eluído con una mezcla de cloruro de metileno y éter de petróleo. La identidad de un compuesto se confirmó cuando

éste excedía el Nivel Mínimo Cuantificable (LMR) utilizando otra columna cromatográfica de diferente polaridad. Se investigó diclorodifeniltricloroetano (DDT), (DDE) opDDE, pp´DDE, diclorodifenildicloroetileno op´DDD, pp´DDD, po´DDT, pp´DDT; HCB (hexaclorobenzeno); alfaHCH (hexaclorociclohexano), beta, gamma y delta HCH; Heptaclo (HXT) HXT epóxido; Aldrín; Dieldrín; Endrín; Oxi Clordane, Alfa Clordane and gamma CLD; alfa y beta endosulfan; metoxiclor, mirex.

Resultados: De de las 248 muestras estudiadas se encontraron residuos de POC en el 91,5% [IC: 95% 87,4-94,4]) con la siguiente distribución: p-p´DDE: 86,7% (IC 95% 82-90) Xpp-DDE: 8,98 ng/ml, hexaclorobenzeno:26,6% (IC95% 21,5-32) X HCB: 1,50 ng/ml; heptacloroepóxido: 25,4% (IC95% 10-31) X HXT: 1,27 ng/ml, beta-hexaclorciclohexano: 23,0% (IC 95% 18-28) XHCH: 4,32 ng/ml y Clordane: 15,7% (IC 95% 11,7-20,8) X oxiCLD: 1,49 ng/ml. La concentración media de HXT y la de DDE fue significativamente mayor en las madres de nacionalidad paraguaya y boliviana respectivamente. Las madres que habitaban en las cercanías -no más de 20 cuadras- de establecimientos industriales, medicinales o veterinarios tenían niveles de oxi clordano y DDE significativamente aumentados. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los POC encontrados y la residencia habitual de la madre, la ganancia de peso gestacional, tabaquismo materno, paridad, la provisión de agua domiciliar (de red o de pozo) o la cercanía a ríos.

Conclusión: En un elevado porcentaje de una muestra de leche de puérperas estudiadas en el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá entre los años 2000 a 2001 y 2003 a 2004 se encontraron residuos de POC prohibidos en el país.

Discusión: Esta investigación no demostró relación entre presencia de POC y problemas de salud en el RN, pero asume que la población esta contaminada. La principal fuente podría deberse al consumo de frutas y verduras. El carácter omnívoro de la especie humana y su ubicación en el extremo superior de la pirámide nutricional hacen que el aparato digestivo sea la mayor vía de penetración de los POC en el organismo. El seguimiento de las madres con altos niveles de POC no se llevó a cabo por falta de presupuesto.

MORBIMORTALIDAD ASOCIADA A RECIÉN NACIDOS PRETÉRMINOS TARDÍOS

Meritano, J, Frezza, L², Sanchez, G³, Racchi, L⁴, Spelt, F
Hospital Materno Infantil Ramon Sardá¹; Hospital de Niños "Pedro de Elizalde"^{2,3,4,5}

Introducción: las tasas de prematuridad han ido en aumento en los últimos años, principalmente a expensas de los RNPT-T (nacidos entre las 34 y 36.6 semanas de EG). Estos pacientes son fisiológica y metabólicamente inmaduros.

Objetivos: describir la morbimortalidad asociada a los RNPT-T comparada con los RNT.

Población:

Cohorte en estudio: RN 34-36,6 semanas de EG nacidos en la Maternidad Sardá, periodo 2007 y 2008.

Cohorte control: RN 37-41,6 semanas de EG, nacidos en la Maternidad Sardá en el mismo lapso.

Criterios de exclusión: hijos de madre DBT, síndromes genéticos, malformaciones congénitas, infecciones perinatales, RPM, líquido amniótico meconial.

Material y métodos: Estudio de cohorte retrospectivo.

Tamaño muestral de 500 RN para cada grupo, a partir de la prevalencia descrita de Mortalidad en RNT del 0,66% y del 5,7% en RNPT-T. Para el análisis descriptivo se empleó media, mediana y las proporciones (%; IC 95%).

Se utilizó el test de Student para la comparación de las medias y Mann-Whitney para la comparación de medianas. Para la contrastación de datos ordinales se empleó la prueba de chi cuadrado. Riesgo Relativo (RR) y el intervalo de confianza del 95% para la comparación de ambas cohortes. Se consideraron significativas las diferencias a nivel p<0,05.

Resultados: Se analizaron 1250 HC, 1000 cumplieron los criterios de inclusión. Los RNP-T presentaron 47% de cesárea comparado con el 25% en RNT (p<0,01). Al analizar la morbi-mortalidad comparada, encontramos que los RNPT-T, presentaron mortalidad de 2,9% vs. 0.49% de los RNT (RR: 4,1).

El SDR se presentó en un 18,7% de los casos comparado con un 3% de los controles (RR: 7,3). Se presentó hiperbilirrubinemia en los RNPT-T en un 41% en comparación con un 15% de los RNT (RR: 10,1).

Las dificultades en la alimentación en los RNP-T se presentó en el 50% de las veces a diferencia del 2% de los RNT (RR: 39). Se registró hipoglucemia en el 25% de los casos y en un 2% de los controles (RR 10,9). Los días de internación promedio en los RNPT-T es de 9,8 (DS 7,1) comparado con 3.5 días (DS 2.8) de los RNT (p<0,01).

Conclusiones: En nuestro estudio los recién nacidos pretérminos tardíos presentan mayor mortalidad y morbilidades (SDR, ictericia, dificultad en la alimentación, internación prolongada e hipoglucemia) que los recién nacidos de término.

PORCENTAJE DE CESÁREAS EN GUARDIA DEL DÍA DOMINGO DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL RAMÓN SARDÁ

Ingilde M, López Damato F, Campos Flores J, González Bernal M, Denda E, Gargiulo R, Di Pietrantonio E, Repetto J, Vilches A, Rojo A, Giménez A, Camus G.

Introducción: El porcentaje de cesáreas de un servicio es uno de los resultados que pueden tomarse para evaluar la calidad del mismo y es monitorizado periódicamente por organismos internacionales.

Objetivos: Este grupo considera importante analizar el porcentaje de cesáreas para poder conocer nuestra realidad, saber cuan lejos estamos de los requerimientos de la OMS y finalmente modificar, si es necesario, conductas que nos lleven a mejorar nuestra práctica.

Material y métodos: Estudio de cohorte retrospectivo. Se recolectaron de los libros de partos los datos de los nacimientos con recién nacidos mayores a 500 g., asistidos desde el 1° de mayo del 2005 al 30 de abril del 2010, realizados durante la guardia del día domingo en nuestra Maternidad. Se agruparon los datos anualmente y se calcularon los porcentajes de partos, cesáreas y fórceps.

Resultados: La razón cruda de cesáreas en nuestra guardia a lo largo de los últimos 5 años fue del 16,97% en base a 4660 nacimientos. Con una disminución progresiva a lo largo de dicho período.

Conclusiones: Nuestro estudio marca un nivel de resultados aceptable en relación a los objetivos de la OMS así como con respecto al resto de la bibliografía consultada. Además de la disminución del porcentaje de cesáreas se observó un aumento de los partos forçipales estadísticamente no significativo.

PREVALENCIA DE ICTERICIA EN EL PERÍODO NEONATAL EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Spinelli S^{a,b}, García H^{a,c}, Aspres N^{a,c}, Boccaccio C^d, De Luca J^e, Tovo A^e, Molina R^f, Ferreira M^f, Martínez J^{a,c}.

^a. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá (HMIRS). División Neonatología,

^b. Médica de planta a cargo de Internación Conjunta,

^c. Jefe de Unidad Neonatología,

^d. Jefe de Promoción y protección de la Salud,

^e. Bioquímicos Laboratorio Central HMIRS,

^f. Enfermeras HMIRS.

Introducción: En la población de recién nacidos sanos la ictericia constituye uno de los problemas más frecuentes, implicando alto costo económico y emocional.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de diferentes niveles de bilirrubina (Bi) en el período neonatal.

Población: Incluimos en forma consecutiva a los niños nacidos en el HMIRS, asistidos en Internación Conjunta, con EG \geq a 35 semanas (s), examen físico normal, de peso adecuado para edad de gestación y alimentados a pecho exclusivo.

Material y Métodos: estudio prospectivo, longitudinal y descriptivo.

Cumpliendo con los procesos de atención en todos los recién nacidos se realizó Grupo, RH y Coombs en sangre de cordón y monitoreo diario de bilirrubina transcutánea (TC) hasta el alta y luego en los controles por Consultorios Externos (CE).

Cuando por TC la Bi era \geq 11 mg/dL se realizaba una muestra por laboratorio, valor utilizado para los fines de este estudio. Para definir los controles clínicos y las indicaciones de tratamiento se utiliza rutinariamente la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de la Hiperbilirrubinemia (Hiperbi) del RN \geq 35 s de EG. Para la citación por CE, además, se tuvo en cuenta la curva de peso y las dificultades en la técnica de amamantamiento. Definimos Hiperbi prolongada: Ictericia clínica o Hiperbi \geq 8 mg/dL y 15 días o más de vida.

Todo este proceso, que cumple con las rutinas hospitalarias, fue protocolizado. Para la obtención de los resultados se utilizó el programa Statistix.7.

Resultados: Entre el 21/4 y el 8/5 de 2007 nacieron 345 niños en el HMIRS, fueron excluidos 30 niños. Entre 40 y 72 horas de vida valoramos 315 niños presentando hiperbi \geq 6: 209/ 315 (66,3%), entre 73 y 120 horas de vida valoramos 280 niños presentando Bi \geq 14: 29/280 (10,3%). Requirieron tratamiento con luminoterapia (LMT) 26/315 (8,25%). Al dividir a la población en dos grupos 1) de EG \leq 38 s y 2) \geq 39 s, la necesidad de tratamiento con LMT fueron: grupo 1) 14/95 (14,7%), grupo 2) 12/ 220 (5,4%) obteniéndose diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,01$). Presentaron hiperbi prolongada 14/280 (5%). 12/14 fueron niños con EG \leq 38 s.

Conclusión: La prevalencia de hiperbi es coincidente con la bibliografía. Nuestros datos sugerirían la probabilidad de asistir al RN de 38 s de EG como prematuro tardío, por lo que consideramos necesario llevar a cabo trabajos de investigación que confirmen estos datos, para mejorar la calidad de atención de estos niños y sus familias.

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA. MONITOREO DEL REGISTRO Y TIEMPOS DE ADMINISTRACIÓN EN OPERACIÓN CESÁREA

Dra. Estiú MC, Di Pietrantonio E, Semerdjian L, Arnaldo Dabrescia F, Enf. Villalba ME, Jerez R.

Introducción: La operación cesárea es el factor de riesgo más importante para la infección materna post parto, aumentando 20 veces el riesgo de endometritis.

Las infecciones maternas luego de una operación cesárea son una importante causa de morbilidad materna severa afectando órganos pélvicos, sitio quirúrgico y tracto urinario; además de estadías hospitalaria prolongadas con impacto negativo en la madre y su familia.

Una revisión sistemática que compara la efectividad de la utilización de antibióticos en forma profiláctica antes de la cesárea concluyó que la administración rutinaria de antibióticos previo a la cesárea reduce el riesgo en forma significativa de fiebre puerperal, endometritis y complicaciones infecciosas severas en la madre, no se encontraron efectos adversos en la madre ni en recién nacido.

Respecto al momento de la administración se recomienda que se realice antes del procedimiento quirúrgico, para la prevención de infección del sitio quirúrgico sin efectos adversos en el recién nacido.

La administración de profilaxis ATB es un procedimiento efectivo y seguro para la reducción de la morbimortalidad materna asociada a infecciones postquirúrgicas. El registro en la historia clínica materna es la fuente de información para conocer que el

procedimiento ha sido realizado en tiempo y forma según las recomendaciones vigentes.

La observación de un procedimiento con alto impacto en la salud de la madre, pasible de ser realizado en todos los casos nos permitirá conocer la forma en la cual se realiza y si fuera necesario realizar ajustes para mejorar la prevención de complicaciones.

Objetivo: Conocer el porcentaje de registro en las Historias clínicas de la de la administración de profilaxis antibiótica y el intervalo de tiempo transcurrido entre la administración y la incisión de piel.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se seleccionaron 46 Historias clínicas (HC) correspondientes a operaciones cesáreas realizadas en el HMMIRS. Se monitorizó la semana comprendida entre el 14 de junio y el 21 de junio de 2010. Total de cesáreas 43. Se seleccionaron aleatoriamente 23 HC. Este grupo fue comparado con un número igual de historias clínicas, seleccionadas de igual modo de una base de datos de registro de operaciones cesáreas del año 2009.

Resultados: Los porcentajes de registro de administración de profilaxis ATB hallados en las historias clínicas fueron para el periodo 2009: 69.57 (n16/23) y 91.3% (n 21/23) en el periodo 2010. Se analizó si la cirugía realizada correspondía a cesáreas electivas, intraparto o urgencias. Se discriminó el porcentaje de registro de profilaxis ATB en cada caso. En el año 2010, las dos HC en la cuales no se encontró registro de administración fueron una cesárea electiva y otra intraparto. En el año 2009 la falta de registro se dividió en partes iguales entre cesáreas intraparto y cesáreas de urgencia. Otro de los puntos de análisis estudiado fue el tiempo transcurrido entre la administración y la incisión de piel. Se encontró que en el 2010 un 23.81% (5/21) vs 12.50% (2/16) en el 2009 de las administraciones fueron hechas con diferencia $>$ a los 60 minutos.

Conclusiones: Desde diciembre de 2009 a la fecha se han realizado diferentes acciones tendientes a optimizar el adecuado registro y administración de la profilaxis ATB. Reuniones con médicos residentes, jefes de guardia, solicitud en pases de sala de hora de profilaxis antibiótica.

Si bien, el registro de administración de profilaxis es mayoritario en nuestras HC y ha aumentado su porcentaje en relación 2009-2010 se puede mejorar. Todas las historias clínicas deberían tenerlo. El personal médico y de enfermería debe tomar conciencia de ello. Es necesario mejorar el tiempo transcurrido entre la administración y la incisión de piel o la administración intraoperatoria.

Establecer pautas de monitoreo en estos procedimientos con alto impacto en la morbilidad materna post operatoria, nos permite conocer y prevenir en consecuencia, desviaciones en los protocolos establecidos y/o realizar posibles ajustes en las guías de procedimientos. La prevención de complicaciones infecciosas asociadas a la operación cesárea es posible. La administración de profilaxis ATB es clave en la prevención de las mismas.

PRONÓSTICO DE LAS VENTRICULOMEGALIAS EN PRETERMINO DE MENOS DE 1500 g

Vita C, Brundi M, Schapira I, Aspres N, Benitez A, Kasten L, Balanian N, Feld V.

Hospital Materno-Infantil Ramón Sardá

Objetivo: Es evaluar la ventriculomegalia (VMG) en prematuros menores a 1500 g al nacer, en nuestra población y considerar su pronóstico neurocognitivo.

Material y método: estudio descriptivo, retrospectivo, de prematuros menores de 1500 g, con y sin VMG leve, moderada y grave en el período comprendido entre enero del 2004 a diciembre del 2006, analizando su evolución cognitiva a los 12 y 24 meses de vida (Escala de neurodesarrollo de Rodríguez).

Resultados: En dicho período nacieron 217 prematuros. Los recién nacido vivos en nuestra maternidad fueron: 2004: 7036; 2005: 7101; 2006: 7220.

Comparación de ambas muestras con Test de Kruskal Wallis. (CD: cociente de desarrollo)

CD	VMG	SIN VMG	P
12 m	84,5	95,6	0,0038
24 m	95,9	96,4	0,8355

Características de los tres grupos de VMG

	N	CD 12M	24M
leve	20	90	97
moderadas	10	91	109
severas	7	64	84

Conclusiones: Hay diferencias significativas en el neurodesarrollo (P) a los 12 meses de vida.

No se encuentran diferencias significativas a los 24 meses de vida lo que puede vincularse con las medidas de seguimiento y rehabilitación. La VMG es presuntamente evidencia de la vulnerabilidad del sistema nervioso central. Sin embargo, en nuestros hallazgos al igual que lo que marca la literatura las VMG leve y moderadas pueden tener un buen pronóstico. No así las graves. La prueba de neurodesarrollo de Rodríguez utilizada y estandarizada en nuestro medio es un adecuado instrumento para la predicción evolutiva de los prematuros.

PROYECTO PARA OBTENER DATOS ESTADÍSTICOS EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN

Policaro A, Pérez G, Castaño P, Calderón G.

Objetivo: Conocer el estado actual en cuanto a producción del Servicio de Esterilización, plantear indicadores con el fin de comparar períodos en el futuro. Ponderar las actividades.

Introducción: Es importante traducir la producción del Servicio de Esterilización en datos estadísticos con el fin de reflejar la actividad desarrollada en ella.

El objetivo de los indicadores es evaluar si la producción del sector es acorde a la demanda de los distintos servicios y a la complejidad de la Institución.

Los mismos permitirán además determinar el uso racional del material estéril en cada área.

Para ello debemos conocer la producción diaria de todos los materiales que se procesan en el sector.

Las actividades a las que se hace referencia son recepción, corte, doblado, acondicionamiento, esterilización, control, registro, almacenamiento y entrega.

Materiales y métodos: Se confeccionaron planillas en formato Word y Excel donde se anotan los materiales que se procesan diariamente.

La frecuencia de la evaluación es mensual. El método es retrospectivo.

Para la ponderación de las actividades se calculan el número de pasos que se siguen desde la recepción hasta la entrega según el tipo de material a procesar. De ello surge la unidad mínima operativa (U.M.O.). El valor de la U.M.O. permite aproximarse al valor tiempo necesario para procesar cada unidad de material. Teniendo en cuenta las horas efectivamente trabajadas en un mes y el número de unidades estériles obtenidas se calcula el indicador de producción general. Se presentan planillas y fórmulas. No se han tenido en cuenta en este trabajo recepción, entrega y registro de material que se procesa por óxido de etileno.

Resultados: Los resultados se presentan en planilla mensual por material y son preliminares, quedan planteados los indicadores y las actividades ponderadas.

Conclusiones: Para implementar cambios que lleven a la mejora continua debemos conocer cuál es el punto de partida, en este caso sobre el tema producción.

La ponderación se realizó según el número de pasos que se siguen; está relacionada con el tiempo que llevan los procedimientos y es una medida comparable para estadísticas posteriores. Obtener un indicador de producción general nos permitirá analizar posibles subas y bajas, sus motivos y plantear modificaciones.

RELACIÓN ENTRE LA COMPOSICIÓN BIOQUÍMICA DE LA LECHE MATERNA Y EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL. ESTUDIO PRELIMINAR.

Der Parsehian S*, Briozzo G**

* Bioquímica. División Urgencias

** Bioquímica. Jefe de Departamento de Diagnóstico y Tratamiento

Hospital Materno-Infantil "Ramón Sardá". G. C. B. A. Buenos aires. Argentina.

Introducción: El inadecuado estado nutricional de la madre, especialmente en los niveles sociales con menores posibilidades nutricionales tiene consecuencias para ella y para el recién nacido (RN).

La dieta materna es de gran importancia en la composición de la leche humana.

La leche materna es el alimento más completo para el bebé, dado que su composición se va adaptando a los requerimientos nutricionales y aporta anticuerpos que inmunizan al bebé. Las medidas antropométricas son indicadoras del estado de nutrición (reservas proteicas y tejido graso) de las madres y los RN.

Objetivo: Estudiar la relación entre la composición bioquímica de la leche materna (LM) en cuanto a materia grasa, proteínas totales y lactosa y los indicadores antropométricos medidos.

Material y métodos: Diseño observacional, descriptivo.

Población: 54 puérperas entre 7 y 30 días posparto que concurren espontáneamente al Consultorio de Puerperio del HMIR Sardá. Muestreo consecutivo no probabilístico. Las muestras se obtuvieron por la mañana y con extractor de leche.

Variables sociodemográficas y clínicas: edad materna, nivel de educación.

Datos maternos: peso, talla, hábito de fumar, N° de gestas anteriores, ganancia de peso en el embarazo, tipo de parto e Índice de masa corporal (IMC).

Datos recién nacido: edad gestacional, peso.

Se midió el contenido en materia grasa, proteínas totales y lactosa aplicando metodología de infrarrojo. (Milkoscan 4000. Metodología INTI-CITIL).

Estudio estadístico: paquete estadístico SPSS 10 para Windows (1999).

Resultados: Tabla I: Resultados perinatales según concentración de grasa en LM. La única variable que se asoció sistemáticamente con los resultados fue el IMC.

Respecto del contenido en grasa de las leches analizadas, las madres desnutridas (menor IMC) tuvieron concentraciones más altas, mientras que en las con sobrepeso-obesidad (mayor IMC) fue a la inversa, todas estadísticamente significativas. Se deberá determinar la ingesta y los niveles de ácidos grasos constituyentes de la leche materna para relacionarlo con el estado nutricional del recién nacido.

Las madres desnutridas tuvieron menores concentraciones de lactosa, bordeando la significación estadística (atribuible a escaso tamaño muestral).

Respecto del contenido en proteínas totales y el IMC no hubo diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: Las reservas de grasa resultaron mayores en las madres desnutridas respecto a aquellas con sobrepeso.

En la población estudiada, el IMC es inversamente proporcional a la concentración de grasa en LM, por lo tanto no parece ser buen estimador de la calidad de la misma.

CURSO PREPARACIÓN INTEGRAL PARA MATERNIDAD Y PATERNIDAD

Ahek, M, Andrade C, Parentini EV; Perea L, Torres M.

Resumen: El Curso de Preparación Integral para la Maternidad y Paternidad tiene un protagonismo ineludible en la transmisión de información para que las familias logren asumir com-

portamientos preventivos, cruciales en la salud sexual y reproductiva. Pero, a pesar de ser un servicio de salud gratuito otorgado por el Estado a toda la población, no tiene la convocatoria acorde al porcentaje de mujeres que realiza su control prenatal en la Institución.

Objetivo primario: Determinar las causas por las cuales las embarazadas que se atienden en la Maternidad no concurren al Curso y, su relación con la información brindada por el hospital. Objetivos secundarios: ver las causas de deserción, la información impartida por el personal de salud y la información de la embarazada.

Diseño: Estudio descriptivo, observacional y transversal. Período comprendido entre el 1 de febrero y el 31 de marzo de 2009. Descripción de la población: Se incluyó a 186 púérperas internadas que realizaron su control en la Maternidad.

Criterios de inclusión: Toda púérpera internada en las 4 unidades de la maternidad que realizó dos o más controles prenatales en la Institución.

Criterios de exclusión: Toda púérpera que haya realizado un control prenatal o ninguno o si lo ha hecho en otra institución. Variables de estudio: edad, nacionalidad, estado civil, lugar de residencia, escolaridad, paridad, embarazo planificado, cantidad de controles realizados, profesional que realizó su control prenatal, conocimiento de la existencia y de los contenidos del curso y fuente de la información, asistencia al curso, motivos por los cuales no lo realizó.

Materiales y métodos: Recursos humanos para investigar, encuesta y base de datos para volcar la información obtenida.

Resultados: El promedio de edad fue de 26 años. El 54% eran argentinas, el 65% residía en provincia de Buenos Aires y el 68% tenía unión estable. El 43% tenía estudios secundarios incompletos. La paridad se distribuyó en cantidades iguales. El 99% realizó su control prenatal. Los profesionales que atendieron el embarazo fueron médicos de planta en un 50%. El 91% tenía conocimiento acerca del curso y el 66% no tenía conocimientos de los temas que se tratan en el mismo. El 86% no lo realizó, el 82% piensa que le hubiese sido útil realizarlo. El 43% se enteró que se dicta por medio de los carteles, el 25% por medio del profesional que la atiende y el 25% en Admisión. El 38% no lo realizó por presentar dificultad horaria, el 16% porque no le interesaba, el 14% por tener dificultad en el transporte y el 13% por no haber recibido información. El 42% no realizaría ninguna modificación del curso, el 29% propuso que debería haber mayor disponibilidad horaria, el 21% que debería existir mayor información por parte del profesional que la atiende.

Conclusiones: La principal causa de no asistencia al curso es la dificultad para concurrir en los horarios ofertados y la falta de interés de las pacientes, debido a la insuficiente información impartida.

ROL DEL FARMACÉUTICO EN LA SALA DE UTI Y UCI DE NEONATOLOGÍA

Calderón Graciela, Policaro Alicia, Pérez Gladys

Objetivo: Resaltar la importancia de la presencia del farmacéutico en las salas para que los pacientes reciban la dosificación en forma segura y eficaz.

Introducción: El sector de Farmacia, implementó el área de mezclas intravenosas, en un sector especialmente acondicionado para tal fin, en el mismo piso donde funciona la terapia intensiva de recién nacidos.

Para los farmacéuticos de este hospital crear un área de fraccionamiento de medicamentos parenterales fue una tarea que nos brindó la posibilidad de dar un paso más en la intervención en la farmacoterapia de estos pacientes.

En dicho área se encuentran normatizadas la preparación y reconstitución de antibióticos y otros medicamentos de uso parenteral para neonatos.

La tarea del farmacéutico consiste en la toma e interpretación

farmacéutica de las indicaciones médicas, preparación, acondicionamiento y dispensación de la mezcla intravenosa.

Durante el proceso de interpretación es posible detectar errores en la prescripción que son enmendados en el momento por el farmacéutico evitando problemas relacionados con medicamentos.

Materiales y métodos: El farmacéutico en la sala observa las indicaciones médicas de los pacientes internados en UTI y UCI y registra en una planilla, por paciente, los que reciben antibióticos. En dicha planilla se anotan los siguientes datos: fecha, nombre y apellido del paciente, unidad a la que pertenece, antibiótico con su respectiva posología, peso. Se analizan todos los datos: posología (teniendo en cuenta peso y días de vida del paciente), solvente de reconstitución, dilución, recomendaciones. Cuando se detecta un posible error se contacta al médico tratante para ver si hay un motivo especial de tal indicación o si es error. Luego el Farmacéutico prepara, acondiciona y dispensa la mezcla intravenosa.

Resultados: Los errores que se encuentran frecuentemente son:

- Cálculo de la concentración final después de la reconstitución y/o dilución.
- Frecuencia de dosificación.
- Inadecuado solvente de dilución.

Conclusiones: El objetivo primario de la creación del área destinada a la preparación de productos estériles es lograr que el paciente reciba un medicamento seguro y eficaz acorde a sus necesidades. La manera más efectiva y eficiente de realizarlas, dentro de los hospitales, es junto a los que prescriben y a los que administran: médicos y enfermeros.

Cuando el farmacéutico se involucra activamente en la atención al paciente, puede detectar problemas potenciales o existentes relacionados con los medicamentos e intervenir para resolver dichos problemas.

Las perspectivas de crecimiento son amplias. La próxima meta es llegar a preparar la medicación para todo el servicio de neonatología, durante las 24 hs del día, inclusive sábados, domingos y feriados.

Esto se lograría aumentando el recurso humano abocado a esta tarea.

ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM) EN PRETERMINO. EVOLUCION Y COMPLICACIONES PERINATALES SEGÚN EDAD GESTACIONAL

Laterra C, Susacasa S, Frailuna MA, Flores L, Ramírez Almanza S, Vallebella S, Meritano J, López M, Di Marco I, Valenti E.

La rotura prematura de membranas ocurre en aproximadamente el 3% de los embarazos y constituye una de las tres presentaciones clínicas más frecuentes del nacimiento pretérmino. En la etapa prenatal puede ocasionar la muerte fetal, y en el recién nacido graves complicaciones que comparte con otras causas de prematuridad.

A su vez se agregan otras propias de esta patología como hipoplasia pulmonar y deformidades de miembros superiores e inferiores cuando se desarrolla en etapas tempranas de la gestación.

Objetivos: Comparar la evolución y las complicaciones perinatales según edad gestacional (EG) a la ruptura

Material y métodos: Diseño descriptivo retrospectivo.

Población todos los embarazos únicos con RPM < 34 semanas internados en el hospital Materno Infantil Ramón Sardá en Unidad 3 de obstetricia, entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 2009 cuyos partos se asistieran en la misma institución.

Criterios de exclusión: embarazos múltiples, pacientes RH negativas sensibilizadas. Pacientes cuyos partos no fueron asistidos en la Institución.

Diagnóstico de RPM: visualización directa de salida de líquido amniótico (LA) por orificio cervical externo, cristalización positiva del LA en portaobjeto, valoración ecográfica del volumen

del LA por el índice de LA (ILA). Latencia: tiempo transcurrido desde la RPM y el inicio del trabajo de parto. Oligoamnios severo: ILA <6.

Todas las pacientes fueron tratadas según guías del hospital: tratamiento expectante y antibioticoterapia agregando a partir de las 24 semanas maduración pulmonar con corticoides y útero-inhibición parenteral si así lo requerían.

Análisis de las siguientes variables:

Edad materna, gesta y paridad, complicaciones fetales, volumen de LA, EG a la rotura, tiempo de latencia, depresión, peso y EG al nacimiento, forma de terminación de los embarazos.

Resultados: Sobre un total de 7403 nacimientos ocurridos en el año 2009, se evaluaron 51 pacientes. Se dividió a la población en dos grupos. El G1 integrado por pacientes con RPM <28 semanas de EG y G2 correspondiente a RPM \geq 28 semanas con el objeto de analizar diferencias en la evolución perinatal de ambos grupos. El promedio de Edad materna fue igual en ambos grupos: 27 años.

El tiempo de latencia total fue = 26,3; G I= 40 y GII= 13,2 días.

El porcentaje total de oligoamnios severo fue de 78%, en G I = 88% y GII= 65%.

La EG al nacer fue G I= 31,1 GII 32,5 semanas, y el peso al nacer G I = 1768 y G2= 1830 grs. estas diferencias no fueron significativas.

El G1 presentó 5 fetos muertos y 4 deprimidos graves, mientras que el G2 no presentó ningún caso. Se produjeron 2 hipoplasias pulmonares y dos recién nacidos fallecidos (ambos en el G1). Los porcentajes de terminación cesárea fueron G I= 44,4 y GII= 42,3.

Conclusiones: La RPM continúa siendo una complicación grave. Si bien los dos grupos presentaron escasas diferencias en cuanto al peso y edad gestacional al nacimiento el grupo <28 semanas presentó marcada diferencia en cuanto a la mortalidad fetal y a la depresión neonatal siendo el grupo de mayor riesgo. La hipoplasia pulmonar fue poco frecuente y solo se presentó en ese grupo.

TRATAMIENTO CON LÁSER POR RETINOPATÍA DEL PREMATURO EN SERVICIOS DE NEONATOLOGÍA PÚBLICOS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, 2008-2009

Lomuto C, Galina L, Brussa M (Grupo ROP) y Red Neonatal de la Ciudad de Buenos Aires.

Introducción: La fotocoagulación con Láser es el tratamiento electivo para la retinopatía grave del prematuro.

Objetivo: Evaluar proporción de prematuros < 1500 g que requirieron tratamiento con Láser, nacidos en servicios públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) en los años 2008 y 2009 y comparar resultados.

Población, material y método: Estudio multicéntrico, observacional, descriptivo, retrospectivo. Población: recién nacidos < de 1500 g en 12 servicios en 2008 y 2009.

Variables: lugar, fecha y peso de nacimiento (PN), sobrevida, lugar de tratamiento, pronóstico, casos inusuales (CI) y oportunidades perdidas (OP). Fuente: Red Neonatal de la CABA y registros Láser de Hospitales Gutiérrez y Garrahan

Resultados: Nacieron 34.000 niños/año, menores de 1500 g: 376 (1,1%) en 2008 y 409 (1,2%) en 2009; egresaron vivos 255 (media: 69%, mediana: 67%, RI: 60-75%) y 282 (media: 68%, mediana: 70%, RI: 59-76%) respectivamente. Se registraron 27 casos tratados en 2008 (media 10%, mediana 9%, RI: 0-12%) y 40 en 2009 (media 14%, mediana 9,5% RI 0-13%), estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. CI: 18% en 2008 y 17% en 2009 sólo en 2 servicios. En los niños tratados la mediana de PN fue 880 g (RI: 810-1070g) en 2008 y 950 g (RI: 800-1150 g) en 2009. Mediana de EG: 28 s en ambos años.

El 100% de los niños fueron evaluados por oftalmólogo. No hubo OP. El 91% se trató in situ con el Láser itinerante del Hospital Gutiérrez y 9% se derivó al Hospital Garrahan en 2008 y 84% y 16% en 2009. El pronóstico fue reservado en 15% en 2008 y 6% en 2009.

Conclusión: La CABA presenta mejor sobrevida en prematuros < de 1500g que el resto el país, pero con una proporción semejante de niños tratados por ROP grave, aunque con menor PN y EG. No hubo disminución de casos tratados y persisten CI, lo que hace suponer deficiencias en la administración recomendada de oxígeno. La evaluación oftalmológica y el acceso al tratamiento fueron adecuados.

TOXOPLASMOSIS CONGÉNITA

Dres. Casale María, Dalbene Abel, López Marta, Ventura Daniela, Balanian Nora, Calo Agustín.

Introducción: La toxoplasmosis es una zoonosis de distribución universal, causada por el *Toxoplasma gondii*. La Ciudad de Buenos Aires presenta una prevalencia del 20%. La seroprevalencia se incrementa con la edad. La forma más común de infección es subclínica, el 75% de los RN (recién nacidos) son asintomático al nacer. Las consecuencias de la infección congénita varían desde la muerte intrauterina a coriorretinitis, ceguera, hidrocefalia, calcificaciones intracraneales, retraso mental o psicomotor. La transmisión placentaria del parásito se incrementa con el avance de la gestación, es aproximadamente del 14%, 29% y 59% para cada uno de los trimestres del embarazo pero la posibilidad de defectos graves desciende a medida que progresa el embarazo. La detección del caso se realiza mediante el tamizaje serológico durante la gestación con las determinaciones de IgG e IgM y luego la confirmación diagnóstica de infección aguda con pruebas complementarias. Ante el diagnóstico de infección aguda materna, la evolución fetal se controla con ecografía. Al nacimiento el RN debe evaluarse clínica y serológicamente. El tratamiento durante la gestación disminuye la morbilidad fetal y la aparición de secuelas a largo plazo en el niño.

Objetivo: Describir las manifestaciones clínicas y las características neurorradiológicas de la toxoplasmosis congénita.

Materiales y métodos: Diseño: Serie de casos.

Se describen tres pacientes con diagnóstico de toxoplasmosis congénita que fueron asistidos en el Servicio de Neonatología del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Se analizaron las siguientes variables: control del embarazo, serología materna, edad gestacional, peso al nacimiento, serología del RN, examen clínico y oftalmológico, ecografía cerebral.

Resultados: Los tres RN fueron de sexo masculino, dos de ellos nacidos de embarazos parcialmente controlados. Solo un caso tuvo serologías el primer trimestre. En los casos 2 y 3 no hubo control del embarazo. Todos presentaron IgG positiva en altos títulos e IgM positiva en el tercer trimestre interpretándose como toxoplasmosis aguda. Los RN presentaron serología positiva (IgG e IgM). Dos pacientes (1 y 3) presentaron imágenes patológicas cerebrales en la ecografía prenatal (hidrocefalia). Todos los RN fueron de peso adecuado y dos de ellos prematuros tardíos. En un caso se halló microcefalia, todos presentaron patología cerebral (calcificaciones, ventriculomegalia). Dos pacientes presentaron coriorretinitis.

Conclusiones: La identificación, el asesoramiento de la mujer susceptible y el seguimiento durante la gestación son el pilar fundamental para prevenir la toxoplasmosis congénita. La manifestación cerebral y ocular dependerá del momento en el cual se afecta el producto de la concepción.

VENTILACIÓN DE ALTA FRECUENCIA EN RECIÉN NACIDOS

Dras. M. Vaihinger, A. Procacci, N. Balanian.

Introducción: La ventilación de alta frecuencia (VAF) es considerada desde hace dos décadas una alternativa de tratamiento de la insuficiencia respiratoria neonatal.

La VAF utiliza pequeños volúmenes corrientes, menores al espacio muerto anatómico, a frecuencias de ventilación extremadamente altas. El objetivo es lograr reclutamiento alveolar o una

capacidad residual funcional adecuada evitando las grandes fluctuaciones de volumen y sobredistención pulmonar. En nuestra unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) se utiliza como ventilación de rescate ante el fracaso de la asistencia respiratoria convencional. Su uso comenzó a ser más extensivo desde el año 2005.

Objetivos: Describir el uso de VAF en nuestra UCIN.

Material y métodos:

Población: Se incluyeron todos los recién nacidos (RN) que ingresaron consecutivamente a VAF entre el 1 de julio de 2009 y el 30 de junio de 2010.

Para la ventilación se utilizaron dos modelos de respirador de HFOV el SensorMedics 3100 A y el SLE 5000.

Diseño descriptivo, de corte transversal.

Resultados: En este período ingresaron a VAF 28 RN, 11 varones (39,2%) y 17 mujeres (60,7).

La edad gestacional media fue de 31,8 semanas (DS \pm 5,65) con un rango de 25 a 42 semanas. El peso medio de nacimiento fue de 1732,5 g (DS \pm 1086,86) con un rango de 440 a 4100 g. El tiempo de permanencia en este modo ventilatorio fue de 2,1 días (DS \pm 2,8) con un rango de 0 a 12 días.

Los principales diagnósticos al ingreso fueron enfermedad de

membrana hialina (EMH) 13 (46,4%), hipoplasia pulmonar 6 (21,4%), síndrome de aspiración de líquido amniótico meconial (SALAM) 5 (17,8%), hipertensión pulmonar persistente (HTPP) 2 (7,1%) y neumotórax 2 (7,1%). Las principales causas de ingreso fueron hipoxemia 16 (64,2%), neumotórax 6 (21,4%), hipercapnia 3 (10,7%) y enfisema intersticial 1 (3,5%).

El 57,1% de los pacientes que ingresan a VAF tuvo un peso de nacimiento menor a 1500 g y de ellos solo un 56,2% recibió MPF completa.

Los pacientes fallecidos fueron 11 de 28 (39%), siendo la mortalidad mayor entre los RN menores de 1500 g. Entre las causas de muerte se destaca la sepsis tardía. La sobrevida en los RNT fue elevada. En dos pacientes se utilizó HFOV en combinación con óxido nítrico.

Conclusiones: La VAF se utilizó como tratamiento de rescate ante el fracaso de la asistencia respiratoria convencional y el diagnóstico principal de ingreso fue EMH con hipoxemia en los RN prematuros y SALAM en los RN de término.

La mortalidad neonatal en los menores de 1500 g estuvo relacionada principalmente a complicaciones como la sepsis tardía. Es necesario el seguimiento a largo plazo de todos los pacientes que reciban este tipo de soporte respiratorio.