

# RESUMENES DE LAS PRESENTACIONES DE MIEMBROS DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL RAMON SARDA AL V CONGRESO ARGENTINO DE PERINATOLOGIA

¿Sigue siendo un problema la ictericia en el recién nacido de término sano (RNTS) alimentado a pecho (AP) con las cifras actuales de tratamiento?

**Otheguy L, García HO, Aspres N, Pomata J, Martínez J, Larguía M**

**Objetivos:** determinar según fuesen anictéricos o ictéricos al alta de Internación Conjunta (IC) 1) número de controles de bilirrubina (Bi) sérica y tiempo requerido hasta Bi -13 mg/dl, 2) porcentaje de niños que alcanzan niveles elevados de Bi y requieren tratamiento.

**Diseño:** prospectivo, observacional, descriptivo. Población: en forma consecutiva *incluimos*: RNT (38-41 sem de EG), sanos (examen clínico normal), AP, peso adecuado para EG, producto de un embarazo normal, parto espontáneo (no inducido) normal (vaginal no instrumental); *excluimos*: anomalía congénita, infección, complicación neonatal, Hto venoso  $\geq 65\%$ , hematomas y/o cefalohematomas, enfermedad hemolítica, incremento del nivel de Bi sérica  $\geq 0,05$  mg/dl/h. aún de causa indeterminada. *Los criterios de inclusión y de exclusión expresan lo que entendimos por RNTS para los objetivos de este estudio.*

**Material y métodos:** Se determinó Grupo, Rh y Coombs en todos los RN de sangre de cordón. Se determinó RNTS por historia clínica y examen físico y se valoró la presencia de ictericia. Anictérico al alta de IC control en 7-10 días, si anictérico alta definitiva. Ictérico tanto en IC como en consultorio externo: -Bi y Hto,- nuevo control según Bi y horas de vida.

Nivel de Bi	Días de vida	control en
< 15 mg/dl	-5 días	48 horas
	> 5 días	96 horas
$\geq 15$ mg/dl	> 5 días	24 horas
	> 5 días	48 horas
> 17 mg/dl	—	24 horas

*Se los siguió hasta Bi -13 mg/dl, dos valores en descenso.*

**Resultados:** Entre el 23/1/95 y el 18/2/95 nacieron 195 RNTS AP. Desertaron 31 (15,9%), quedando con una n= 164 RN. No se encontraron diferencias según fuesen anictéricos o ictéricos al alta en: \*horas de internación (x 53 y 59 horas), \*hijos anteriores ictéricos y \*sexos.

n= 164	Anictéricos (n= 102)	Ictéricos (n= 62)
<i>Nº de controles</i>		
x $\pm$ DS (max-min)		
mediana	2,5 $\pm$ 1,6 (1-8) 2	3,95 $\pm$ 2 (1-10) 4
no requirieron controles	74 (72%)	
<i>Día/Bi -13 mg/dl</i>		
x $\pm$ Ds (max-min)		
mediana	13,6 $\pm$ 5,9 (6-30) 12	11,2 $\pm$ 6,4 (3-33) 10
Bi max:	n (%)	n (%)
$\geq 15$ mg/dl	8 (7,8)	28 (45)
$\geq 17$ mg/dl	5 (4,9)	15 (24)
$\geq 20$ mg/dl	1 (0,98)	4 (6,4)

**Conclusiones:** la ictericia continua siendo un problema dado el número de controles y tiempo requerido hasta alcanzar Bi -13 mg/dl, y si fijamos un nivel de Bi sérica de 17 mg/dl para considerar fototerapia entraría el 12% de la población estudiada y, aproximadamente el 5% del grupo de anictérico al alta.

Relación entre citoquinas y glucosa en líquido amniótico con cultivos endocervicales y del líquido amniótico y lesiones inflamatorias placentarias en embarazadas con amenaza del parto prematuro y membranas intactas.

**Grandi C, Illia R, Dimarco I, Presta E, Perego M, Briozzo G, Botto L, Fuksman R, Lanzillota A, Cervetto M.**

**Objetivo:** determinar si la concentración de citoquinas (IL-1, IL-6 y TNF) y glucosa en líquido amniótico (LA) se asocia con colonización endocervical, invasión microbiana del LA y lesiones placentarias en la ame-

naza del parto prematuro (APP) con membranas íntegras.

**Antecedentes:** evidencias crecientes sostienen el rol de las citoquinas en el parto humano en presencia de infección.

**Diseño:** a 38 embarazadas con APP y membranas intactas entre 24 y 34 semanas que consultaron al H. Sardá se les extrajo LA por amniocentesis y realizó hisopado del endocervix. IL-1, IL-6 y TNF se dosaron por método de ELISA y la glucosa por el test de glucosa-oxidasa. Se cultivó para aerobios, anaerobios y Mycoplasmas. La placenta se examinó por métodos convencionales.

**Resultados:** la concentración (pg/ml; mediana) según EG (-36 vs  $\geq 37$ s) fue: a) IL-1: 1,5 vs 1; b) IL-6: 70 vs 12; c) TNF: 18 vs 25 y d) glucosa: 36,5 vs 49 (Mann-Whitney NS). No se encontró relación con los cultivos positivos o lesiones placentarias.

**Conclusiones:** la mayor positividad de IL-6 y TNF en LA sugieren un proceso inflamatorio/infeccioso y/o trabajo de parto.

---

Valor predictivo de las interleukinas y glucosa el líquido amniótico para la predicción del parto dentro de los 7 días o antes de las 37 semanas en embarazadas con amenaza del parto prematuro y membranas intactas.

**Grandi C, Illia R, Dimarco I, Presta E, Perego M, Briozzo G, Botto L, Fuksman R, Lanzillota A.**

**Objetivo:** evaluar si la concentración de interleukinas (IL-1, IL-6, TNF) y glucosa en líquido amniótico (LA) son de valor en la predicción del parto dentro de los 7 días o antes de las 37 semanas en la amenaza del parto prematuro (APP) con membranas intactas.

**Antecedentes:** evidencias sugieren que las interleukinas y glucosa en LA son útiles para tomar decisiones terapéuticas en la PP.

**Diseño:** a 38 embarazadas con APP y membranas íntegras entre 24 y 34 semanas que consultaron al H. Sardá se les extrajo LA por amniocentesis. Las interleukinas se dosaron por el método de ELISA y la glucosa por glucosa-oxidasa. Los resultados se analizaron por curvas R.O.C.

**Resultados:** a) período latente (-7 días desde la punción del LA al parto): IL-1 (Sens. 75%; VP- 91,5%); IL-6 (Sens. 75%, VP- 95,5% [ $p=0,058$ ]); TNF (VP- 91%) y glucosa (Esp. 64%; VP- 91,3% [ $p<0,025$ ]) b) parto < 37 semanas: IL-1 (Sens. 74%), IL-6 (VP+ 70) y glucosa (VP+ 75%).

**Conclusiones:** las determinaciones de interleukinas y glucosa en LA podían ser de utilidad clínica en el manejo de la APP.

---

Evaluación sistemática del desarrollo psicomotor y social en la atención pediátrica primaria (Primera parte)

**Dras. Roy E, Schapira I, Cortigiani MR**

**Objetivo:** este video fue realizado con fines didácticos, a fin de facilitar al pediatra asistencial un método sencillo y rápido de Evaluación sistemática del desarrollo Psicomotor y Social, en la consulta pediátrica habitual, tal como se han incorporado gráficas para evaluar el crecimiento físico por mediciones antropométricas.

**Antecedentes:** desde 1979/80, y luego de una investigación-acción se ha incorporado en la consulta pediátrica un examen neuromadurativo básico, que contempla las distintas etapas del desarrollo del S.N.C., así como el cognitivo y la adaptación social y emocional del niño además del vínculo familiar. Asimismo se lleva a cabo un Plan de Intervención Oportuna para Niños Sanos de Riesgo Ambiental a fin de favorecer, facilitar y acompañar el desarrollo de las potencialidades de los pequeños pacientes, con el apoyo de su familia, en una tarea que se hace multidisciplinaria.

**Diseño:** se emplea la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (E.E.-D.P.) de Rodríguez y Arancibia (Chile), con el agregado de algunos ítems de un diagrama propio. Población: Muestra de niños de consulta ambulatoria de 0 a 12 meses (1ra. parte).

**Conclusiones:** el control sistemático del desarrollo psicomotor y social permite la detección precoz de alteraciones ligadas a la falta de oportunidades en algunos niños y/o trastornos del vínculo y facilita la intervención apropiada. Esta actividad debe formar parte de la atención integral del niño y su familia.

Evaluación del uso de IgG E.V. a altas dosis en embarazadas con isoimmunización severa por factor RH

**Frayluna MA, Spinelli S, Rey P, Barrete M, Otheguy L.**

**Introducción:** La isoimmunización RH sigue teniendo una incidencia importante persistiendo las formas graves. Surge la IgGEV como alternativa de tratamiento.

**Objetivos:** Evaluar el uso de IgGEV a altas dosis en la isoimmunización RH.

**Diseño:** estudio retrospectivo, controlado.

**Población:** Se incluyeron consecutivamente las embarazadas sensibilizadas grado II (afectación fetoneonatal severa previa y marido homocigota para el antígeno D) que concurren al hospital por primera vez antes de las 18 semanas de EG.

**Material y métodos:** Se revisaron los registros realizados por el equipo de seguimiento de madres RH negativas del hospital. Variables: 1) predictora: IgGEV administrada a razón de 0,4 grs/Kg/día, durante 5 días en 5 series repetidas cada 21 días comenzando la primera serie entre las 18 y 20 semanas de EG, según disponibilidad de la medicación. 2) Resultantes: a) Prenatales: Requerimiento de TIU-TP (se indicó por alarma espectrofotométrica y ecográfica), presencia de ascitis hidrops, mortalidad fetal. b) Postnatales; EG, asfixia al nacer ( $Ph < 7,15$ ), Bi y Hb de cordón, SDR y ARM, número de exanguíneotransfusiones, días de luminoterapia y superación de la anemia.

**Resultados:** Durante el período 1990/94, 49/500 pacientes RH negativas sensibilizadas (9,8%) presentaron grado III de afección.

a) Prenatales:

	IgGEV		P
	Si n=12	No n=37	
Requerimientos de TIU	2 (16,6%)	37 (100%)	0,0000
Presencia de Ascitis Hidrops	3 (25%)	18 (49%)	0,0004
Muerte fetal	3 (25%)	8 (22%)	0,61 (NS)

Evaluación estadística: test de  $\chi^2$  y exacto de Fisher.

b) Postnatales: No se encontraron diferencias significativas en los datos analizados salvo el grupo de TIU que presentó valores más altos de Hb de cordón.

**Conclusiones:** La IgGEV si bien sugiere tener eficacia para disminuir los requerimientos de TIU y la presencia de ascitis hidrops (para esto último se requerirían 78 pacientes en cada grupo para una  $\delta = 0,05$  y  $\beta = 0,90$ , dos extremos), no muestra diferencias en los resultados postnatales. Esta observación nos impone a seguir utilizando la IgGEV a altas dosis en una evaluación prospectiva y randomizada.

Bacteriemias neonatales por streptococcus beta hemolítico grupo B (SGB): diez años de experiencia

**Sarubbi M, Dinerstein A, Paganini H, Botto L, Larguía M**

Para describir la características clínicas y epidemiológicas de las bacteriemias neonatales por SGB, se efectuó un estudio prospectivo, observacional, entre 1/85 y 12/94. Incluyó todos los recién nacidos (RN) con hemocultivo y/o líquido cefalorraquídeo positivos.

La incidencia global fue 0,8 por 1.000 RN vivos. De 50 RN, 43 (86%) presentaron infección precoz (IP) y 7 (14%) infección tardía (IT). La incidencia y la mortalidad de IP fueron más altas a menor peso de nacimiento (PN). De las IP, 65% presentaron factores de riesgo (prematurez, corioamnionitis, rotura de membranas > de 12 horas o antes del término, embarazo gemelar).

La mortalidad entre RN con y sin riesgo no difirió significativamente. Manifestaron síntomas en las primeras 12 horas de vida 85%, predominaron: síndrome de dificultad respiratoria, hipotonía, hipoperfusión, shock y trastornos de la regulación térmica. Tuvieron foco pulmonar 76% y foco meníngeo 25%. La mortalidad fue 27%. Shock y asistencia respiratoria se correlacionaron con mayor mortalidad por análisis multivariado. Las IT presentaron PN  $\bar{x} 1590 \pm 398$  grs, edad al infectarse  $\bar{x} 38$  (r 7-86) días, focos meníngeo 85%, pulmonar 14%. Apnea, hipotonía, hipoperfusión y trastornos de la regulación térmica fueron los síntomas más frecuentes. La mortalidad fue 14%.

**Comentarios**

1) La incidencia observada es similar a la de

México y Canadá, menor que la de EE.UU.

2) Las características clínicas y epidemiológicas no difieren de las reportadas.

3) Shock y asistencia respiratoria fueron predictores de mortalidad.

---

## Anatomía patológica de la placenta en el diagnóstico de chagas congénito

**Sarubbi M, Fuksman R, Young C, Larguía M.**

Presentamos un caso de Chagas congénito en el cual la anatomía patológica de la placenta aceleró el diagnóstico.

Es un prematuro de bajo peso (35s, 1850 g), vigoroso, producto de embarazo controlado sin patología. Presentó dificultad respiratoria, transitoria, hiperbilirrubinemia, hepatoesplenomegalia, mala curva ponderal, transaminasas en aumento. Se estudió para infección intrauterina. Antes de obtener los resultados, se informa placenta con villitis y perivillitis mononuclear, corioamnionitis grado II, vasculitis aguda de corion y cordón umbilical. Nidos de amastigotes en techo placentario, membranas ovulares y cordón umbilical por tinción P.A.S.

Se confirma diagnóstico con strout y xenodiagnóstico. La serología materna fue positiva y la del recién nacido negativa. Se trata con benznidazol, con remisión de los síntomas y negativización de parasitemia.

En Argentina la prevalencia de infección por Chagas en embarazadas varía de 4,4-30%, la tasa de transmisión entre 0,5-3,5% y la presencia de parásitos en placenta no confirma infección pero es altamente sugestiva. Adelantaría la búsqueda de T. Cruzi en el neonato, aumentando la posibilidad de rescate y permitiendo tratamiento precoz.

---

Factores clínicos y bioquímicos asociados a morbilidad fetal en la colestasis gravídica (CG).

**Dres. Illia R, Almada R, Iglesias V, De Diego A, Andina E**

**Introducción:** La CG continua generando morbi-mortalidad perinatal importante con una fisiopatología incierta.

**Objetivos:** Evaluar si existiera, la relación entre

morbilidad fetal y parámetro clínicos y bioquímicos asociados a CG.

**Metodología:** Análisis retrospectivo de una serie de pacientes con CG (n149) donde se evalúa la morbilidad como RNBP en RN de más de 34 y presencia de 3 meconio. Se relacionaron parámetros clínicos y bioquímicos en asociación a estos criterios de morbilidad.

**Resultados:** Asociación significativa de aumento en la Bi total y la directa y el oligoamnios con RNBP ( $p < 0,05$ , Mann Whitney). Asociación significativa de presencia de meconio con incremento de Bi (T, D e I) ( $p < 0,04$ , Mann Whitney).

**Comentario:** En este análisis no hubo asociación significativa de morbilidad fetal en presencia de patología asociada, NST no reactivo, signosintomatología presente, LA meconial y bajo peso al nacer. Con estos dos últimos parámetros se asoció significativamente el aumento de bilirrubina materna y el oligoamnios.

---

Relación entre el nivel de fosfatasa alcalina, bajo peso al nacer y no reactividad del NST en pacientes con colestasis gravídica.

**Dres. Almada R, Iglesias V, Villa B, De Diego A, Colombo A.**

**Introducción:** Al no cumplirse en esta entidad la Fisiopatología clásica en el mecanismo de deterioro fetal, disminuye la sensibilidad del NST. Sería importante establecer, si existiera, una relación entre parámetros bioquímicos (nivel de FA) y el resultado perinatal.

**Objetivos:** Evaluar la relación entre nivel de FA y no reactividad del NST en RN de bajo peso.

**Metodología:** Evaluación retrospectiva de una serie de pacientes con Colestasis (CG) (n 149) Elaboración estadística: test T Student.

**Resultados:** No se observó relación entre el nivel de FA asociado a no reactividad del NST en pacientes con CG cuyo RN fue de Bajo peso.

**Comentario:** Se seleccionó este criterio, de morbilidad ya que se presentó en una frecuencia tres veces superior a la población general (21,5% vs 7%,  $p < 0,001$

chi<sup>2</sup>). No se estableció relación entre la elevación de los valores de FA y no reactividad por lo que no solo la sensibilidad del NST se halla menoscabada en la CG, sino que no había relación entre la severidad del trastornos y los niveles séricos de FA.

---

Incidencia de patología asociada en el éxito o fracaso en la uteroinhibición de la amenaza del parto pretermino (APP)

**Dres. Lateral C, Illia H, Presta E, Giannello K, Roca T.**

**Introducción:** Es importante tener en claro la asociación de patología del embarazo asociada a nacimiento pretérmino para implementar las medidas preventivas necesarias en una determinada población y no extrapolar datos de otros estudios cuya base poblacional es diferente de la asistida.

**Objetivos:** Evaluar la asociación de presencia o ausencia de patología asociada y tipo de patología más frecuente en una población de pacientes con APP y uteroinhibición fallida o exitosa.

**Métodos:** Revisión retrospectiva de una serie de 225 pacientes con APP.

**Resultados:** Hubo patología asociada al 44,34% de casos con uteroinhibición exitosa (GI) y al 57,27% de casos con uteroinhibición fallida (GP) (P=0,071 NS). El listado de patologías asociadas a fracaso de tratamiento es encabezado por RPM (24,54%; P=0,009), seguido por hipertensión estacional (15,45%; P=0,256 NS) y con menor frecuencia RCIU (6,36%; P=0,296, NS), genitorragia (5,45%; P=0,361, NS) y colestasis (4,54%; P=0,406, NS).

**Discusión:** En nuestra población hospitalaria, las patologías más frecuentemente asociadas a nacimiento pretermino fueron la Rotura prematura de membranas y la Hipertensión arterial materna.

---

Estado cervical inicial en pacientes con amenaza de parto pretérmino (APP) y uteroinhibición fallida o exitosa.

**Dres. Illia R, Lateral C, Presta E, Giannello K, Roca T.**

**Introducción:** Está claramente establecida la rela-

ción entre éxito en la uteroinhibición y modificaciones cervicales incipientes. Pero dada la influencia de la paridad, es interesante individualizar si tiene mayor importancia el borramiento o la permeabilidad cervicales.

**Objetivo:** Evaluar la asociación entre éxito o fracaso de la uteroinhibición y el estado cervical al inicio de la uteroinhibición en pacientes con APP.

**Métodos:** Revisión retrospectiva de una serie de 225 pacientes con APP divididas en uteroinhibición exitosa (GI) o fallida (GP).

**Resultados:** Con dilatación un dedo ingresaron el 58,25% de GI y el 24,53% de GP. Con dos dedos el 33,91% de GI y 26,36% de GP. Con más de dos dedos ingresaron el 8,86% de GI y el 26,36% de GP. El borramiento cervical fue 50% en el 22,42% de GI y en el 54,11% de GP (P: 0,001). Analizando solo el grupo de pacientes con dilatación inicial de dos dedos en ambos grupos, el borramiento fue del 50% en el 39,47% de GI y 48,27% de GP (P=0,727, NS).

**Discusión:** Si bien ambos factores mostraron asociación con éxito o fracaso en la uteroinhibición, como en el resto de la literatura, es claro el éxito en la uteroinhibición a menor modificación cervical. En los casos de dilatación relativamente avanzada dentro del rasgo correspondiente a APP, hay una tendencia a peor resultado con mayor borramiento, pero parece ser más importante en este caso la dilatación cervical.

---

Epidemiología asociada al fracaso o éxito en la uteroinhibición de la APP

**Dra. Illia R, Lateral C, Giannello K, Presta E, De Diego A.**

**Introducción:** Si bien hay algunos factores asociados al nacimiento prematuro en general, sería interesante analizar si estos factores tienen similar incidencia en pacientes con uteroinhibición exitosa o fracasada.

**Objetivo:** Evaluar la asociación de datos epidemiológicos de madres con nacimiento pretérmino.

**Método:** Revisión retrospectiva de 225 pacientes con nacimiento pretérmino divididas en 115 casos de uteroinhibición inicialmente exitosa (GI) y 110 casos con fracaso en la uteroinhibición (GP).

**Resultados:** La edad materna promedio en GI fue 27,4 años y en GP 24 (P=0,045; T Student). Fueron menores de 20 años el 18,25% de los casos de GI vs el 27,26%, en GP (P=0,099 NS,  $\chi^2$ ). A su vez tuvieron 31 o más años el 31,25% de GI vs el 18,16% de GP (P=0,099 NS,  $\chi^2$ ). El antecedente de RNPT previo fue positivo en el 45,21% en GI y 30% en GP (P=0,027,  $\chi^2$ ) y no hubo diferencias entre los grupos en el número de pretérminos previos (P=0,999 NS,  $\chi^2$ ).

**Discusión:** Los datos evaluados permiten observar una relación entre menor edad materna y fracaso en la uteroinhibición. A la inversa, en el grupo de mayor edad materna fue menor el fracaso o en el tratamiento. Fue importante el porcentaje de pacientes con APP y antecedente de pretérmino previo, pero no hubo relación entre este antecedente y el fracaso éxito en la uteroinhibición. Tanto la edad materna menor de 20 años como RNPT previo se asociaron a un nuevo nacimiento pretérmino. Pero la falta de asociación contundente entre estos factores y el éxito y fracaso en la uteroinhibición hacen pensar que hay más elementos en juego en estos casos como por ejemplo la infección ovular.

El 56,8% (25/44) fue prematuro (-36 s.). Los cultivos endocervicales fueron positivos en el 66% (29/44) y en el LA en el 5,2% (2/44) [Ureoplasma y Chlamydia]. El RR del PP con cultivo positivo del endocervix fue 1.01 (0,62-1,62) y con cultivo positivo del LA 1,61 (1,25-2,07).

**Conclusiones:** El PP se asocia con elevada colonización endocervical ( $p > 0,05$ ) e invasión de la cavidad amniótica ( $p < 0,05$ ).

---

Relación entre la infección del líquido amniótico y del endocervix con el parto prematuro en embarazadas con amenaza del parto prematuro y membrana intactas.

**Grandi C, Illia R, Dimarco I, Presta E, Perego M, Briozzo G, Botto L, Fuksman R, Cervetto M, Lanzillotta A.**

**Objetivo:** evaluar la asociación entre el aislamiento de gérmenes en el líquido amniótico (LA) y el endocervix con el parto prematuro (PP).

Antecedentes: el PP es la principal causa de mortalidad perinatal, neonatal tardía y post-neonatal en nuestro medio. Evidencias crecientes sugieren una asociación entre la infección intrauterina subclínica y el PP espontáneo.

**Diseño:** observacional analítico. A 44 embarazadas con amenaza del PP y membranas intactas entre 24 y 34 semanas que consultaron al H. Sardá entre mayo de 1993 y enero de 1995 se les extrajo LA por amniocentesis y realizó hisopado del endocervix. Se cultivó para gérmenes aeróbicos y anaeróbicos y Mycoplasmas.

**Resultados:** la EG al ingreso fue de 30+/-2,6 semanas.