



**FACULTAD DE CIENCIAS EXACTAS Y  
NATURALES**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PAMPA**

**TESINA PRESENTADA PARA OBTENER EL GRADO  
ACADÉMICO DE LICENCIADO EN ENFERMERIA**

**SITUACION DE LA PESQUISA DE ESTREPTOCOCO B HEMOLITICO  
GRUPO B EN PUERPERAS DEL HOSPITAL MOLAS, LA PAMPA**

María Elvira Muñoz

SANTA ROSA (LA PAMPA)

ARGENTINA

2010

**Prefacio:**

Esta Tesina es presentada como parte de los requisitos para optar al grado Académico de Licenciado en Enfermería de la Universidad Nacional de La Pampa, y no ha sido presentada previamente para la obtención de otro título en esta Universidad ni en otra Institución Académica. Se llevó a cabo en el Establecimiento Asistencial Lucio Molas de Santa Rosa, la Pampa, Servicio de Neonatología, durante el período comprendido entre el 21 de agosto de 2009 y el 29 de Abril de 2010 (fecha de presentación de la Tesina), bajo la dirección de la profesora Villarreal Marina.

Agradezco al personal del Hospital, a las pacientes entrevistadas y a la directora de tesina.

29 /04 /10

FIRMA: .....

HOSPITAL LUCIO MOLAS

FACULTAD DE CIENCIAS EXACTAS Y NATURALES

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PAMPA

## RESUMEN:

La pesquisa de estreptococo B (EGB) en embarazadas es universal y gratuita en la provincia de La Pampa desde 2006. Pero en un estudio en el Hospital Molas en 2009, se describió que el 31 % de embarazadas en trabajo de parto no tenían realizada la pesquisa EGB. En el presente estudio se evalúan los conocimientos de las puérperas, los motivos por los cuáles no se realizaron la pesquisa, y se les provee información sobre el tema. **Población y métodos:** se realizaron entrevistas a puérperas de partos a término realizados en el Hospital Molas, La Pampa, entre noviembre de 2009 y febrero de 2010. **Resultados:** Se realizaron 87 entrevistas. El 67 % de las mujeres respondieron que tenían conocimiento sobre el tema pesquisa de EGB, y el 57 % conocían para qué se realiza. No hubo ningún caso de embarazo sin control. El 66 % del total de entrevistadas tenían realizada la pesquisa EGB durante el embarazo. En 53 casos (91 %) el resultado estuvo disponible al momento del parto. El principal motivo por el cual refirieron no haberse realizado pesquisa EGB 29 mujeres (34 %), fue que no se les habló del tema.  $P < 0.000$ . **Conclusiones:** El 34 % de puérperas de la muestra no tenía realizada pesquisa EGB, a pesar de haber controlado su embarazo. El principal motivo por el cual refirieron no haberla realizado, fue que no se les habló de la pesquisa EGB. Cuando se les informó durante este estudio, manifestaron gran interés.

## II

### SUMMARY:

The universal group B streptococcal (GBS) screening during pregnancy was attached in La Pampa province since 2006. One study in Molas Hospital in 2009, described that 31 % of pregnant women in labour did not have the EGB screening. This study evaluated women knowledge about screening, reasons for not having EGB screening, and provided information about this theme. **Material and methods:** 87 women who had term deliveries, were interviewed during puerperium between November 2009 and February 2010 in Molas Hospital, La Pampa. **Results:** During this study, 87 interviews were done. 67 % women answered that had knowledge about EGB screening, and 57 % knew the reasons to do it. There was no case without pregnancy control. EGB screening was done in 66 % during pregnancy, 91 % of them had available results during labour. The principal reason why 29 women (34 %) weren't screened, was referred by them as they weren't informed about it.  $p < 0.000$ . **Conclusions:** although having a controlled pregnancy, 34 % women hadn't EGB screening. The principal reason why 34 % women weren't screened, was lack of information. When they were informed during this study, they showed great interest.

## III

## Indice:

Prefacio.....	Pág-I
Resumen.....	Pág- II
Summary.....	Pág- III
Indice.....	Pág- IV
<u>Capítulo 1</u> .....	Pág-1
1.1 Introducción.....	Pág-1, 2, 3
1.2 Objetivos.....	Pág-4
<u>Capítulo 2</u> .....	Pág-5
2.1 Hipótesis.....	Pág-5
<u>Capítulo 3</u> .....	Pág-6
3.1 Población, materiales y métodos.....	Pág-6, 7
3.2 Resultados.....	Pág-8, 9
<u>Capítulo 4</u> .....	Pág-10
4.1 Discusión.....	Pág-10, 11, 12, 13, 14, 15
4.2 Conclusiones.....	Pág-16, 17
4.3 Bibliografía.....	Pág-18, 19, 20, 21, 22, 23
4.4 Anexo I.....	Pág-24, 25, 26
4.5 Anexo II.....	Pág-27, 28
4.6 Anexo III.....	Pág-29, 30, 31
4.7 Anexo IV.....	Pág-32

## Capítulo 1:

# SITUACION DE LA PESQUISA DE ESTREPTOCOCO B HEMOLITICO GRUPO B EN PUERPERAS DEL HOSPITAL MOLAS, LA PAMPA

## 1.1 Introducción

El *Streptococcus agalactiae*, un estreptococo  $\beta$  hemolítico del grupo B (EGB), puede encontrarse como colonizante en el aparato digestivo del ser humano y en aparato genital de las mujeres, sin causar síntomas o provocar daños. Pero también es uno de los gérmenes que producen con mayor frecuencia infección bacteriana perinatal (1-2).

Aunque la mujer embarazada por EGB puede sufrir infecciones invasivas, la mayoría de las veces es portadora asintomática. La incidencia de infección neonatal depende del número de mujeres colonizadas, y oscila entre el 0.3 y el 3/1000 recién nacidos vivos. Puede presentarse desde el nacimiento hasta los 3 meses de vida (raramente después) (1-2).

La mayoría de los casos de infección neonatal por EGB son de inicio precoz, es decir, los síntomas aparecen dentro de la primera semana de vida. El 90% de los neonatos con sepsis precoz presentan síntomas en las primeras 48 horas de vida, y casi todas las infecciones mortales suceden en el primer día de vida (1-2-3-4).

Existen en el mundo controversias importantes, acerca de cuál es la mejor forma de prevenir los casos de infección neonatal. Hay acuerdo en que la profilaxis antibiótica materna en el momento del parto reduce en un 60-80 % la infección neonatal precoz (no así la tardía).

El problema que genera controversia mundial es cómo identificar a las madres portadoras para indicarles el antibiótico. Se plantean dos estrategias posibles, que pueden utilizarse en combinación:

1. Tratamiento a las madres si presentan factores de riesgo de EGB ((fiebre intraparto  $\geq 38$  grados, prematuridad, rotura prematura de membrana  $\geq 18$  horas, bacteriuria EGB, hijo previo afectado por EGB).
2. Identificación de las madres portadoras mediante pesquisa con hisopados vaginal y anal (2-4-5-6-7-8).

En Argentina 1996, el Ministerio de Salud en consenso con Sociedades Científicas, recomienda utilizar la estrategia de factores de riesgo, y sugiere revisar la utilidad de la pesquisa ante nuevas publicaciones (1-8).

En 1998 en España se universaliza la pesquisa en embarazadas, porque muchos neonatos infectados con EGB nacen de partos sin factores de riesgo (9).

En 2002, el Centro de prevención y control de enfermedades de Estados Unidos (CDC) modifica sus recomendaciones a favor de realizar la pesquisa en embarazadas, por demostrarse que esta estrategia es un 50 % más eficaz que la estrategia de factores de riesgo (3-4).

En el Centro Latino Americano de Perinatología en Uruguay (CLAP, OMS) 2004, se decide que la estrategia más recomendable para Latinoamérica es la profilaxis intraparto a mujeres con factores de riesgo, postura ratificada en un estudio argentino publicado en 2006 (1-10).

En la provincia de La Pampa, utilizando la estrategia de tratamiento ante factores de riesgo, la incidencia de infección neonatal precoz por EGB fue de 0.8/1000 en 2004 y

2005 respectivamente. Los neonatos habían nacido en partos sin factor de riesgo, de madres adolescentes (11-12).

En 2006 se comenzó a realizar en la provincia de La Pampa la pesquisa universal y gratuita de EGB en embarazadas, anexándola a la estrategia de factores de riesgo. Desde entonces no se han registrado más casos de infección neonatal precoz por EGB, similar a los que han reportado diferentes centros del mundo (12-20).

A pesar de disponerse de manera gratuita en el sector público, y que desde 2008 se sancionó en Argentina la Ley número 26369 de detección universal y obligatoria de EGB en el embarazo, en un estudio recientemente concluido se detectó que el 69 % de las embarazadas que ingresan a partos en el Hospital Molas tienen la pesquisa EGB realizada durante el embarazo. Es decir, el 31 % de embarazadas que ingresan al Hospital Molas en trabajo de parto no tienen realizada pesquisa para EGB (21). En ese estudio no se evaluaron los motivos por los cuales no se la realizaron, dato fundamental para poder mejorar el nivel de pesquisa y evitar infecciones neonatales precoces.

Dado que entre las acciones de enfermería en la atención materna se encuentra el objetivo de prevención primaria denominado promoción de la salud, y que el estrecho contacto entre personal de enfermería y los pacientes lo coloca en una situación privilegiada para conocer los motivos por los cuáles las mujeres no se han realizado estudios, para detectar su nivel de expresión y conocimientos, y para responder a sus dudas, se realiza este estudio con el objetivo de contribuir a mejorar los niveles actuales de realización de pesquisa de EGB en embarazadas (22).



## **1.2 Objetivos**

1. Evaluar si las puérperas asistidas en el Hospital Molas tienen conocimiento sobre la pesquisa para EGB.
2. Describir los motivos por los cuales no se realizó en algunos casos la pesquisa para EGB en el embarazo.
3. Realizar comparación de diversas variables entre puérperas con y sin pesquisa EGB.
4. Dar información a las puérperas sobre los motivos por los cuáles se realiza pesquisa para EGB.

## Capítulo 2

### 2.1 Hipótesis

- a. Las puérperas asistidas en el Hospital Molas tienen poco conocimiento sobre la pesquisa para EGB
  
- b. Uno de los motivos por los cuales no se realizan la pesquisa EGB algunas embarazadas es porque no tienen conocimiento del tema
  
- c. Si se les provee información y asesoramiento, las mujeres van a estar dispuestas a realizarse el estudio en próximos embarazos, y de recomendarlo a sus conocidas.

### Capítulo 3

#### 3.1 Población, Materiales y Métodos:

La institución donde se realizó esta investigación es el Establecimiento Asistencial “Dr. Lucio Molas” de Santa Rosa, La Pampa, un Hospital general público, de nivel VIII, centro de derivación de partos y neonatos de riesgo. Se realizan aproximadamente 1300 partos por año; contabilizando el área de influencia, abarca 1900 partos / año (12).

#### Población:

Criterios de inclusión: puérperas de partos a término realizados en el Hospital L. Molas entre noviembre de 2009 y febrero de 2010.

Criterios de exclusión: negativa a participar

Imposibilidad de responder (UTI, barrera idiomática)

Previo consentimiento informado(23), se realizó una entrevista a las puérperas del Hospital L. Molas, Santa Rosa, La Pampa (anexo 1), durante 2009, para determinar si controlaron su embarazo, si realizaron y qué conocimiento tienen sobre pesquisa para EGB, y los motivos por los cuáles no lo realizaron en los casos que corresponda.

Para la recolección de datos se utilizaron planillas y entrevistas semiestructuradas de propia confección.

Especialmente en las preguntas sobre conocimiento del tema pesquisa EGB, las puérperas pudieron completar sus respuestas

En todos los casos en que no conocían el tema, se dió una explicación pormenorizada al respecto.

Materiales y métodos: estudio descriptivo transversal. Se realizó un muestreo consecutivo hasta alcanzar el número muestral. Cálculo de tamaño muestral n: 54 (24). Para el procesamiento y análisis de datos se utilizó Epi Info 6.0, OMS. Las diferencias entre variables se realizaron con chi cuadrado, por corrección de Yates. Valor de p significativo < 0.05.

Pesquisa de EGB: hisopados vaginal y rectal realizados en semana 35-37 de embarazo, realizados en centros públicos que controlan embarazadas, incluyendo el Hospital.

Procesamiento de muestras por separado en el laboratorio del Hospital Molas. Medio de transporte Stuart, incubación 24 hs en medio Todd Hewitt con colistín y ácido nalidíxico, repique a medio sólido, observación, pruebas bioquímicas y confirmatorias (25). Ver anexo II.

### **3.2 Resultados:**

Entre noviembre 2009 y febrero de 2010 se realizaron en el Hospital Molas 438 partos, 336 vaginales (77 %) y 102 cesáreas (23 %). En 394 casos (90 %) fueron partos a término.

En ese período se entrevistaron 87 puérperas de partos a término, superando el número muestral requerido. Todas las mujeres aceptaron firmar el consentimiento informado.

#### *a. Datos personales de las puérperas*

La edad promedio de las puérperas fue de 22 años (rango 13 a 38 años).

En tabla 1 se muestra el estado civil. Puede observarse un 63 % de parejas con unión estable.

En la tabla 2 se expone la escolaridad de las mujeres entrevistadas. Sólo 3 % cursó algún nivel superior.

#### *b. Antecedentes y datos del embarazo*

El promedio de gestas fue de 2. El promedio de control de embarazos fue de 7. No hubo ningún caso de embarazo sin control en el período de estudio.

En 24 casos del total de la muestra, la terminación fue cesárea (27 %).

#### *c. Pesquisa de EGB*

Ante la pregunta: ¿Tiene conocimiento sobre qué es la pesquisa de EGB?, respondieron

Sí 58 (67 %) y 29 (33 %) respondieron que no tenían conocimiento.

Cuando las puérperas afirmaron conocer qué es la pesquisa EGB (n: 58), se les preguntó: ¿Para qué se realiza?. Respondieron que sí 50 puérperas (57 %), y que no sabían 37 (43 %).

Ante esta pregunta respondieron con diferentes expresiones: “para evitar infección en el bebé”, “para que el bebé no tenga problemas”, “ para que el bebé no se enferme”, etc.

De las 87 puérperas entrevistadas, 58 (66 %) tenían realizada la pesquisa EGB durante el embarazo. En 53 casos (91 %) el resultado estuvo disponible al momento del parto.

Los motivos por los cuales no se realizó pesquisa EGB en 29 casos (34 %), según la opinión de las puérperas, se exponen en tabla 3.

Ningún caso fue embarazo sin control, pero en 3 casos faltaron al turno acordado para realizar el estudio. Una amplia mayoría refirió que no se le habló del tema.

Una mujer tenía mucho conocimiento sobre la pesquisa EGB porque se lo habían explicado y realizado a su hermana, pero refirió que a pesar de haber concurrido a 13 controles (embarazo de alto riesgo por diabetes), su doctora no se lo solicitó.

Entre los casos sin pesquisa EGB, 7/29 fueron cesáreas (23 %).

En la tabla 4 se muestran diferentes características para comparar a las puérperas que tuvieron pesquisa realizada con quienes no la tuvieron.

## **Capítulo 4**

### **4.1 Discusión:**

El análisis de la opinión de las usuarias de los servicios de salud, en este caso las puérperas, y el análisis de los porcentajes de realización de pesquisa EGB, forman parte de una instancia de evaluación de la atención brindada en salud reproductiva.

Por lo tanto, deben integrarse, como en las instancias de control prenatal, tanto los aspectos biológicos, como los psicológicos, sociales y culturales de las personas. Para lograrlo, los integrantes del equipo de salud deben tener cualidades tanto técnicas como humanas, respetando la autonomía y autoestima del usuario. Los prestadores deben crear un clima cálido, garantizando la confidencialidad, y aprovechando la oportunidad para educar más allá de las preguntas expresadas (26-27).

Las intervenciones educativas pueden mejorar las condiciones sanitarias de una población, especialmente si se atiende a los detalles de la buena comunicación (28). Este aspecto es una debilidad en la formación integral de profesionales de la salud (29).

La comunicación es el proceso de intercambiar ideas, creencias, pensamientos y sentimientos, entraña lenguaje verbal y no verbal. Este último incluye símbolos, actos, gestos, sonrisas, ceño fruncido o posturas corporales. La comunicación eficaz debe ser una habilidad del personal de enfermería, esencial para fomentar las relaciones interpersonales positivas (22). Teniendo en consideración que un buen escucha puede proporcionar tranquilidad y respeto, y que en un estudio argentino el 73 % de las mujeres expresaron como negativa la falta de privacidad, las entrevistas se realizaron en un ámbito tranquilo y personal, sin interferencias (22-30-33). En estas condiciones, todas las puérperas autorizaron la realización de la entrevista, y manifestaron interés en el tema.

Está descripto que al observar el uso de las palabras y del lenguaje no verbal, la enfermera puede advertir indicios sutiles de la forma en que se percibe la relación entre enfermera y paciente, y de intercambio de ideas (22). En este aspecto, la experiencia en trabajar en el ámbito hospitalario, con una población vulnerable, facilita el adaptar el vocabulario al nivel de expresión del paciente, factor importante para lograr que las entrevistas sean agradables y positivas.

La población que concurre al Hospital Molas pertenece a grupos socioeconómicos diversos, pero la mayoría no cuenta con obra social. Sólo el 3% de las mujeres entrevistadas tuvieron nivel superior de escolaridad, y un porcentaje de 9 % refirieron tener primaria incompleta. En Ciudad de Buenos Aires, el 5 % de la población tenían primaria incompleta, 5,3 % de 188 mujeres que concurrían al Hospital Sardá tenían primaria incompleta (30-32). En un estudio del Hospital Italiano de Buenos Aires, describen que el 40 % de sus embarazadas tienen estudios universitarios (31).

Pero antes de preguntar a la entrevistada por su nivel de escolaridad, fue posible suponerlo por su modo de expresarse, su vestimenta, su postura, sus preguntas o silencio ante el pedido de firmar el consentimiento.

La variable escolaridad no está descripta en las publicaciones sobre pesquisa de EGB en el mundo, aunque puedan suponerse según el País de origen. En nuestro estudio, el nivel de escolaridad no arrojó diferencias entre quienes tenían realizado la pesquisa EGB y quienes no.

El porcentaje de embarazadas adolescentes de esta muestra fue de 12,8 %, similar al 11,6 % descripto en ciudad de Buenos Aires (30). En un estudio de los determinantes de la falta de pesquisa EGB durante el embarazo (28 % de 1969), un gran número de mujeres no pesquisadas eran adolescentes. Sugieren los autores que para mejorar los



porcentajes, los esfuerzos deben focalizarse en las adolescentes (40). En nuestro estudio, la adolescencia no fue una variable significativa.

La mayoría de las puérperas en el presente estudio refirieron que su estado civil era la unión estable (60 %), y eran solteras el 21 %; en un estudio en maternidad Sardá, de 188 usuarias encuestadas, el 61 % vivían en pareja y 10 % eran solteras (30).

El porcentaje de cesáreas de la muestra (27 %), es mucho menor al 47 % de cesáreas descriptos en un estudio de un centro privado de la Ciudad de Buenos Aires, pero similar al 26 % de otro estudio argentino en que se evalúa datos globales de la Ciudad de Buenos Aires (31-30).

En nuestra muestra todos los embarazos fueron controlados; en particular fue elevado el número promedio de controles, que fue de 7. Datos similares se describen en otro estudio en nuestro Hospital, en que la mayoría de los pacientes tenían control prenatal (21). En un estudio brasilero, el 98.3% de las mujeres tenían control prenatal, con un promedio de visitas de 6 (27). En el Hospital Italiano de Buenos Aires, el control fue adecuado en casi 100 % de las embarazadas (31). Ambos datos son importantes: si se controlaron el embarazo y cuántas veces, ya que en un estudio en que las pacientes tenían control prenatal en 98 % de los casos, detectaron que a menor número de controles, menor era el porcentaje de realización de pesquisa EGB (3). No fue el caso de nuestro estudio, con elevado número de controles, pero sin diferencia significativa entre mujeres con y sin pesquisa cuando los controles eran mayores a cuatro.

Si bien se sugiere que se deben realizar como mínimo 4 visitas prenatales a la mujer con un embarazo de bajo riesgo, también es importante la calidad de los controles (35).

La mayoría de quienes tenían realizada la pesquisa para EGB reconocían como objetivo principal la protección del bebé para evitarle infección.

De las 87 puérperas entrevistadas, el 66 % tenían realizada la pesquisa EGB durante el embarazo. Entre los motivos por los cuales no se realizó pesquisa EGB en 29 casos (34 % de la muestra), siempre según la opinión de las puérperas, se destacó la respuesta que no les hablaron del tema. Este es un motivo que no hemos encontrado descripto en la literatura. El caso en que “la doctora no lo pidió” se mostró aparte, ya que era una madre que conocía la importancia del estudio por su hermana, y se controló en alto riesgo con gran número de controles durante todo el embarazo.

Aunque todos los embarazos fueron controlados, y con un buen promedio de controles, en 3 casos las mujeres refirieron que faltaron al control acordado para realizar el estudio.

En la tabla 4 se observa que la variable “no le hablaron del tema” fue significativamente más frecuente en mujeres sin pesquisa durante el embarazo ( $p : 0.000$ ). Estas mujeres mostraron mucho interés en la información que se les dio durante el presente estudio.

Un 24 % de los casos sin pesquisa fueron en mujeres en quienes los partos se realizaron antes del turno, aunque en esta muestra ninguno fue prematuro.

Entre los casos sin pesquisa EGB, el 23 % fueron cesáreas, aunque no hubo diferencias por esta variable entre grupos con y sin pesquisa. La guías vigentes explicitan que debe realizarse pesquisa EGB a las embarazadas aunque tengan cesárea programada, por la posibilidad de que se realice con trabajo de parto o bolsa rota.

En un estudio español con 92 % de pesquisas realizadas en partos a término, analizaron los casos de portación EGB desconocida al parto. Obsérvese que es de 8%, mucho menor que nuestro 34 % de falta de resultado de pesquisa. En ese estudio español, en 114 parto sin resultado disponible, el 40,4 % correspondió a casos en que no se había realizado, en 49 % de los casos había sido realizado, pero hacía más de 5

semanas, por lo cual no era considerable. En 7 % detectaron errores de transmisión, con falta de datos en historia clínica, y 3,5 % sin resultado por haber sido realizado en otro centro (9).

En nuestro caso, 24 % el parto fue antes del turno, en el estudio español 49 %, lo que muestra que citan con mayor anticipación a las mujeres a realizar el estudio. En otro estudio en el Hospital Molas, sólo 1 caso se consideró sin resultado al parto por haber transcurrido más de 5 semanas desde su realización (21).

Similar a nuestro estudio es otro estudio argentino, en el que 30 % de casos las mujeres al parto no tenían realizada la pesquisa, mayormente por parto antes de hacer estudio o por omisión médica (39).

Otros estudios en el mundo describen que la falta de pesquisa es debida mayormente a omisión médica (4-19).

En 60 % de los casos de nuestro estudio las mujeres refirieron no haber realizado la pesquisa porque no le habían hablaron del tema EGB. En un estudio en Maternidad Sardá, indagaron la percepción de las mujeres sobre la información recibida referida a temas importantes del control prenatal, como anticoncepción, lactancia y enfermedades de transmisión sexual. La mayoría informó no haber conversado sobre esos temas durante los controles de salud, y en muchos casos refirieron que no entendieron la información que les brindó el personal de salud (30).

En este aspecto, volvemos a destacar la importancia de la comunicación, ya que el hecho de que las mujeres refieran que no se les habló del tema puede significar también que no se les explicó lo suficientemente claro. En este punto es importante reparar en los niveles educativos de esta población.

En nuestro Hospital se observó un importante porcentaje de descenso de la incidencia de infección neonatal precoz, con cero casos en 2007, 2008 y 2009, desde que se comenzó a hacer la pesquisa de EGB universal y gratuita en embarazadas (21).

Pero para mantener los buenos resultados, es necesario lograr mejores porcentajes de hisopados EGB en embarazadas. En un programa de detección universal de embarazadas portadoras de EGB es indispensable contar con: laboratorio que efectuará detección correcta, programa de educación del equipo de salud, personal encargado de los resultados de que los cultivos figuren en la Historia Clínica en el momento del parto, y evalúe si se cumplió con el programa y recursos económicos (2). Por lo evaluado en este estudio, la mayoría de los hisopados no realizados suceden en embarazos controlados donde las embarazadas refieren que no se les habló del tema. Además de la educación al personal de salud, la educación a las embarazadas y la educación comunitaria deben ser prioridades. Debe obtenerse consenso entre quienes brindan control prenatal, y crear conciencia en obstétricas, médicos y enfermeras (35-36).

Es importante mejorar calidad de atención y hacer esfuerzos para educar y comunicar al paciente (37-39).

Propuesta final: la educación del personal de salud, especialmente de obstétricas y enfermeras, debería ser sistemizada.

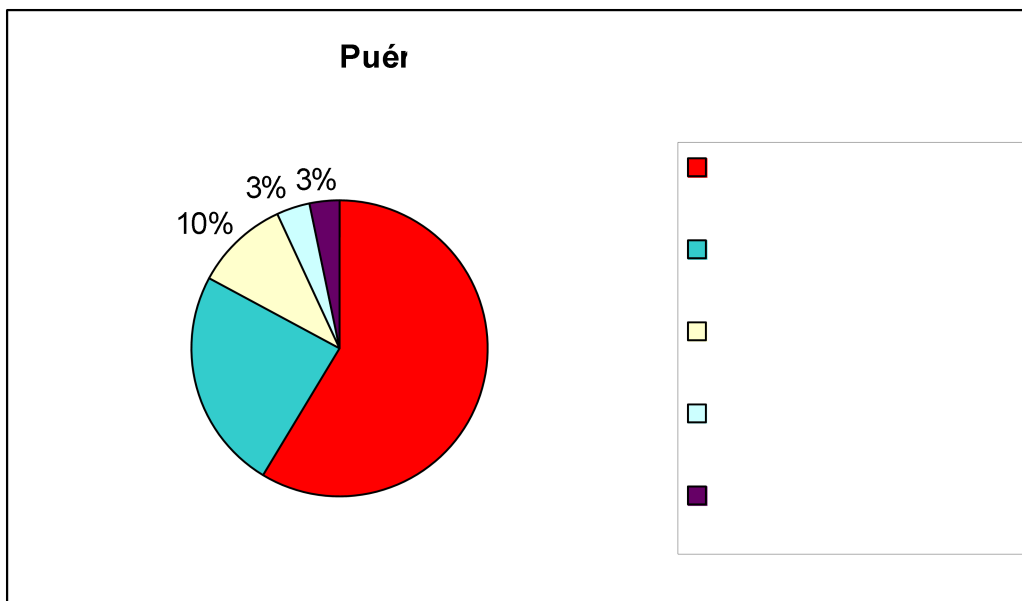
#### 4.2 Conclusiones:

Se realizaron 87 entrevistas a puérperas en el Hospital Molas durante 4 meses 2009-2010. No hubo ningún caso de embarazo sin control en la muestra.

El 67 % de las mujeres respondieron que tenían conocimiento sobre el tema pesquisa de EGB, y el 57 % conocieron para qué se realiza, expresando: “para evitar infección en el bebé”, “para que el bebé no tenga problemas”, “ para que el bebé no se enferme”, etc.

El 66 % del total de entrevistadas tenían realizada la pesquisa EGB durante el embarazo. En 53 casos (91 %) el resultado estuvo disponible al momento del parto.

El principal motivo por el cual refirieron no haberse realizado pesquisa EGB 29 mujeres (34 %), fue que no se les habló del tema. Ni la edad materna, ni la escolaridad, ni el tipo de parto arrojaron diferencias significativas entre mujeres con y sin pesquisa. Pero la variable “no se les habló del tema” mostró una diferencia muy significativa:  $p:<0.000$ .



Cuando se les informó a las mujeres sin conocimiento de la pesquisa EGB, se manifestaron interesadas en el tema.

Es necesario que el personal de salud reflexione sobre el modo de proveer información comprensible para mejorar los porcentajes de realización de pesquisa EGB en esta población vulnerable desde el punto de vista socioeconómico, pero que concurre a los controles de salud.

### **4.3 Bibliografía:**

1. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Recomendaciones para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección neonatal precoz por estreptococo  $\beta$  hemolítico del grupo B (EGB). Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud; Dirección Nacional de Salud Materno Infantil; Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia; Fundación Centro de Estudios Infectológicos, Sociedad Argentina de Infectología; Sociedad Argentina de Pediatría. Recomendaciones hasta 4 de Octubre de 2004
2. Sarubbi María Alda. Sepsis neonatal por estreptococo beta hemolítico del grupo B. PRONEO. Programa de Actualización en Neonatología. Cuarto Ciclo, módulo 4. 2004. Editorial médica panamericana. 131-157
3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Prevention of perinatal Group B Streptococcal Disease. Revised guidelines from CDC. MMWR 2002;51;1-22 [Disponible en: <http://www.cdc.gov/groupBstrep/> [Consulta: julio de 2009].
4. Schrag SJ, Phil D, Zell ER, Lynfield R et al. A population-Based Comparison of Strategies to Prevent Early-Onset Group B Streptococcal Disease in Neonates. NEJM 2002;347:233-239
5. Boyer KM  
Gotoff SP. Prevention of early onset neonatal Group B Streptococcal disease with selective intrapartum chemoprophylaxis. NEJM 1986;314:1665-1669.
6. Mohle- Boetani JC, Schuchat A, Plikaytis BD, Smith JD, Broome C. Comparison of prevention strategies for neonatal Group B streptococcal Infection. JAMA 1993;270:1442-1448
7. CDC. Prevention of perinatal group B streptococcal disease: a public health perspective. MMWR. 1996; 45 (RR-1): 1-24.

8. Sociedad Argentina de Pediatría: Comité de Infectología y Comité de Estudios Feto Neonatales (CEFEN). Infecciones Perinatales Bacterianas. Arch argent pediatr 1999;97:3
9. Cabreo LI, Miranda J, Larraz J, Salcedo S, Omeñaca F, Andreu A, et al. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Sociedad Española de Neonatología. Recomendaciones para la prevención de la infección perinatal por estreptococo del grupo B. Prog Obstet Ginecol. 1998;41:431-5
10. Lomuto C, Santos N, Messina A, Fatur D, Nigri C, Queiruga M. aproximación a la situación epidemiológica en Argentina de la infección perinatal por estreptococo B hemolítico del grupo B. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2006;25 (1)13-19
11. Villarreal M, Bofelli A. Infección por estreptococo B en neonatos pampeanos, presentado en póster. Jornadas pampeanas del personal de Salud. Facultad de Ciencias Exactas. Universidad Nacional y Ministerio de Salud de La Pampa. Octubre de 2005.
12. Sistema Informático perinatal (CLAP OPS/ OMS), Estadísticas de Terapia Neonatal Hospital Molas, y Estadísticas vitales de la Provincia de La Pampa. Años 2004-2005-2006- 2007-2008.
13. Phares CR, Lynfield R, Farley MM, Mohle-Boetani J, Harrison LH, Petit S, Craig AS, Schaffner W, Zansky SM, Gershman K, Stefonek KR, Albanese BA, Zell ER, Schuchat A, Schrag SJ. Epidemiology of invasive Group B streptococcal disease in the United States, 1999-2005. Active Bacterial Core Surveillance/Emerging Infections Program Network. JAMA. 2008 May 7;299(17):2056-65.
14. López Sastre JB, Fernandez Colomer B, Coto Cotallo GD, Ramos Aparicio A; Grupo de Hospitales Castrillo. Trends in the epidemiology of neonatal sepsis of vertical transmission in the era of group B streptococcal prevention. Acta Paediatr;94(4) 2005; 451-7



15. Guzmán Durán AM, Abarzúa C F, Belmar J C, García Cañete P. resultados de la aplicación del protocolo basado en screening para la búsqueda de streptococcus agalactiae en el tercer trimestre de embarazo: posible impacto sobre la sepsis neonatal precoz por este germen. *Rev. chil. Infectol* 2001;18(3):187-192
16. Puopolo KM, Madoff LC, Eichenwald EC. Early onset group B streptococcal disease in the era of maternal screening. *Pediatrics* 2005; 115(5):1240-6
17. Berardi A, Lugli L, Baronciani D, Creti R, Rossi K, Ciccia M, Gambini L, Mariani S, Papa I y otros. Group B streptococcal infections in a northern región of Italy. *Pediatrics* 2007; 120(3):e487-93
18. Angstetra D, Ferguson J, Giles WB. Institution of universal screening for Group B streptococcus(GBS) from a risk management protocol results in reduction of early-onset GBS disease in a terciary obstetric unit. *Aus N Z J Obstet Gynaecol.* 2007 Oct; 47(5):378-82.
19. Elvedi-Gasparovi V, Peter B. Maternal group B streptococcus infection, neonatal outcome and the role of preventive strategies. *Coll Antropol.* 2008 Mar;32(1):147-51.
20. Lijoi D, Di Capua E, Ferrero S, MistrangeloE, Giannattasio A, Morano S, Ragni N. the efficacy of 2002 guidelines in preventing perinatal group B Streptococcal vertical transmission: a prospective study. *Arch Gynecol Obstet* 2007; 275(5):373-9
21. Pesquisa universal de estreptococo b: adhesión a guías y evolución neonatal en el establecimiento asistencial “ Dr. Lucio Molas” de Santa Rosa, La Pampa. Villarreal Marina; Lazaric Ana, Klor Mario. Enviado para publicación. 2010.
22. Burroughs, Arlene; Leifer, Gloria. Dinámica social y familiar. Atención materna, actual, familia y consideraciones culturales. En *Enfermería maternoinfantil.* McGraw-Hill Interamericana. Editores, S.A. de C. V.; 2001, 4

23. Council for International Organization of Medical Sciences. International Ethical Guidelines for Biomedical research involving human subjects. CIOMS, 2002
24. Epidemiología clínica. Cálculo del tamaño de la muestra, cap. 9 141-162. Dennis R.; Pérez A. Editorial Panamericana 2004
25. Casabona ML, Ruiz MS, Gau MG. Pesquisa universal de estreptococo beta hemolítico grupo b (*streptococcus agalactiae*) en las zonas sanitarias I, III y IV de la provincia de La Pampa. Presentado en póster en las terceras jornadas de extensión relacionada con la Salud y afines. Facultad de Ciencias Exactas y Naturales de la Universidad Nacional de La Pampa. Septiembre de 2009
26. Gestión y desempeño de los recursos humanos en los servicios de salud reproductiva. Rev Panam Salud publica 5 (2), 1999
27. Checa S. La salud reproductiva en la perspectiva de los profesionales de la salud. Foro por los derechos reproductivos. Seminario, Septiembre 1997. Buenos Aires
28. Kattah, W, Coral P, Méndez F. Evaluación el impacto de un programa de tratamiento y educación en la reducción de los niveles de hemoglobina glucosilada en pacientes diabéticos. Acta méd colombiana; 32(4):206-211, oct-dic.2007.tab, graf
29. García Soto L, Molero H, García I. Necesidades de capacitación del personal médico en educación para la salud. Cienc odontol;4(2):159-167, jul-dic.2007
30. Uriburu, Graciela; Mercer, Raúl; Romero Mariana; Zamberlin Nina y Romero Belén. El modelo de maternidad centrada en la familia: experiencia del Hospital Materno infantil Ramón Sardá: estudio de buenas prácticas. 1ª edición. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud- OPS, 2008.
31. Nacimiento por cesárea al término en embarazos de bajo riesgo: efectos sobre la morbilidad neonatal. Ceriani Cernadas, José M.; Mariani, Gonzalo; Pardo, Amorina y otros. Arch Argent Pediatr 2010;108(1):17-3

32. Larguía M, Lomuto C, Tortosa G, Naddeo S, González MA. Detección de interferencias y evaluación cuali-cuantitativa de actividades para transformar el Hospital Materno-infantil Ramón Sardá en una Maternidad centrada en la familia. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá* 2003, 22(2).
33. WHO principles of perinatal care: the esencial antenatal, perinatal and postpartum care course. *Birth* 2001;28:202-207
34. Villar J, Khan-Neelofour D. Patterns of Soutine antenatal care for low risk pregnancy. (Cochrane Review). En *The Cochrane Library*, Issue 3, 1998. Oxford: update software.
35. Merkitich KW, Schauburger CW, Fruetchte BA. Preventing early-onset Group B streptococcal sepsis: efforts to measure and improve compliance with guidelines. 2006 Dec; 105(8): 67-70.
36. Carbonell-Estrany X; Figueras –Aloy J; Salcedo-Abizanda S; de la Rosa-Fraile M; Castrillo Study Group. Probably early onset group B streptococcal neonatal sepsis: a serious clinical condition related to intrauterine infection. *Arch Dis Child Fetal neonatal* Ed 2008;93(2):F85-9
37. Jessop AB, Watson B, Mazar R, Andrel J. Assesment of screening, treatment and prevention of perinatal infections in the Philadelphia bird cohort. *Am J Med Qual.* 2005 Sep-Oct; 20 (5):253-61.
38. Dupont C; Touzet S; Cao D; Prunaret-Julien V; Audra P; Putet G; Dupuis O; Rudigoz RC. Compliance with a protocol of prevention of neonatal group B streptococcal sepsis in the Aurore perinatal network. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2005;34(6):589-99
39. Larcher JS, Capellino F, Colonización por estreptococo B hemolítico del grupo B durante el embarazo y prevención de enfermedad neonatal. *Medicina* 2005;65:201-206

40. Cárdenas V, Davis RL, Hasselquist MB, Zavitkovsky A, Schuchat A. Barriers to implementing the group B streptococcal prevention guidelines. *Birth* 2002;29(4):285-90
  
41. Alsina-Manrique L, Iriondo M, Muñoz-Almagro C, Borrás M, Pou J, Juncosa T, Jimenez R. Evaluación de la aplicación del cribado de estreptococo del grupo B para la prevención de la infección perinatal en un hospital de tercer nivel. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2006 Oct;24(8):505-8.

#### **4.4 Anexo I**

Tabla 1. Estado civil de las puérperas entrevistadas (n: 87).

Hospital Molas 2009-2010.

	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Unión estable</i>	55	63 %
<i>Soltera</i>	18	21 %
<i>Casada</i>	13	15 %
<i>Separada</i>	1	1 %

Tabla 2. Escolaridad de las puérperas entrevistadas (n: 87).

Hospital Molas 2009-2010.

Nivel máximo de Escolaridad	Número y porcentaje
Analfabeta	0
Primaria incompleta	8 ( 9 %)
Primaria completa	27 (32 %)
Secundaria incompleta	34 (39 %)
Secundaria completa	15 (17 %)
Terciario y universitario	3 ( 3 %)

Tabla 3. Respuestas de las puérperas ante la pregunta: ¿Por qué no se realizó pesquisa EGB? (n: 29). Hospital Molas 2009-2010.

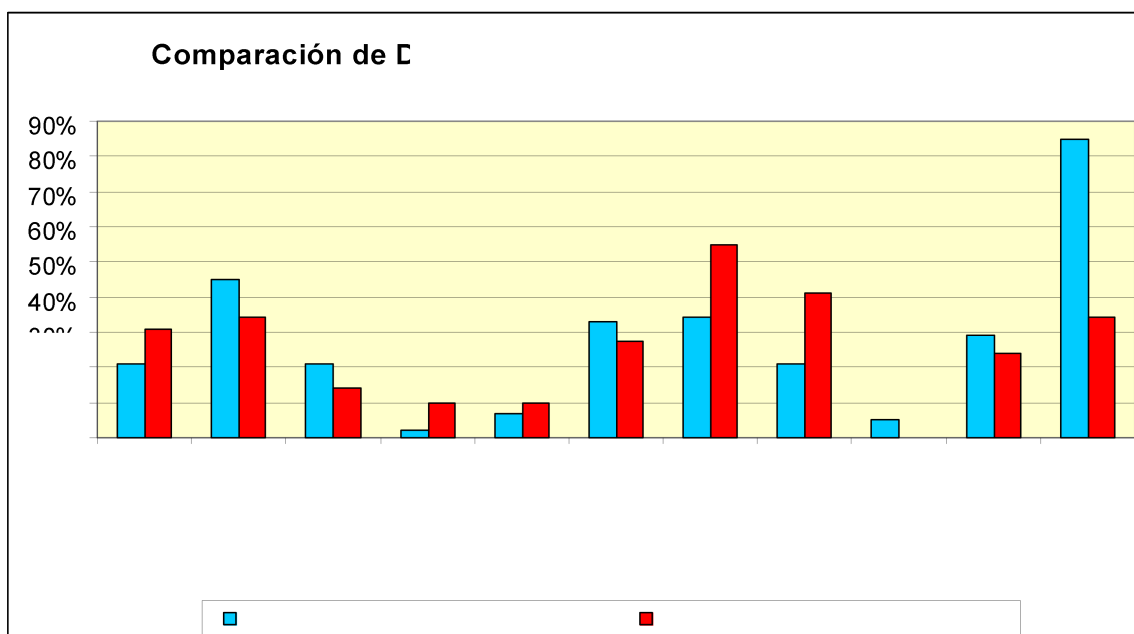
	Número y porcentaje
<i>No le hablaron del tema</i>	17 (60 %)
<i>El bebé nació antes del turno para realizarlo</i>	7 (24 %)
<i>No fue a la citación</i>	3 (10 %)
<i>No sirvió la muestra</i>	1 (3 %)
<i>La doctora no lo pidió</i>	1 (3 %)

Tabla 4. Comparación de datos de puérperas con y sin pesquisa para EGB (n:87)

Hospital Molas 2009-2010

DATOS de las puérperas	Puérperas con pesquisa EGB (n: 58)	Puérperas sin pesquisa EGB (n:29)	Comparación Valor de p
Adolescentes (< 19 años)	12 (21 %)	9 (31 %)	p: 0.425
Primigestas	26 (45 %)	10 (34,5 %)	P: 0.488
Soltera	12 (21 %)	4 (14 %)	P: 0.624
Menos de 4 controles de embarazo	1 (2 %)	3 (10 %)	P: 0.128
Primaria incompleta	4 (7 %)	3 (10 %)	P: 0.429
Primaria completa	19 (33 %)	8 (27,5 %)	P: 0.805
Secundaria incompleta	20 (34,5 %)	16 (55 %)	P: 0.106
Secundaria completa	12 (21 %)	12 (41 %)	P: 0.074
Nivel superior	3 (5 %)	0	P: 0.291
Terminación Cesárea	17 (29 %)	7 (24 %)	P: 0.799
Refirió conocer el tema EGB	49 (85 %)	10 (34,5 %)	<b>P: 0.000001 *</b>

- Diferencia significativa



**4.5 ANEXO II. Entrevista a puérperas**

Autorizo a que me realicen preguntas de manera anónima para un estudio

Firma

Aclaración

Historia clínica del RN:

DATOS MATERNOS:

Edad:

Casada

Estado civil

U. estable

Soltera

Otro

Gesta N°:

N° de control del embarazo:

Lugar del control:

Barrio de residencia:

Escolaridad:

Ninguno

completo

Primario

incompleto

Secundario

Universidad









## CATALASE TEST

**Negative**



**Positive**



#### **4.6. ANEXO IV**

A continuación se presentan copias de algunas entrevistas realizadas.