

Utilización de la pulsera de identificación en el recién nacido. ¿Un método seguro?

Use of the identification bracelet in the newborn. A safe method?

Dra. María del Carmen Covas^a, Enf. Brenda Salvatierra^a, Lic. Valeria Velázquez^a y Dr. Ernesto R. Alda^a

RESUMEN

Introducción: La colocación de pulseras es la conducta más utilizada en la identificación del recién nacido en Argentina.

Objetivos: Evaluar su permanencia durante la estadía institucional según el lugar de colocación.

Población. Todos los recién nacidos de término que permanecieron con su madre. Diseño observacional, prospectivo, tipo cohorte, aleatorizado: antebrazo, pierna.

Resultados: Casos observados: 914; antebrazo: 457; pierna: 438. Al momento del alta, un 67% del grupo de antebrazo y un 72% del de pierna conservaban la pulsera en el mismo lugar.

Conclusiones: La tercera parte de los recién nacidos no tenía la pulsera en el mismo lugar en que se había colocado al nacer. La permanencia fue mayor en la pierna.

Palabras clave: recién nacido, sistema de identificación de pacientes, pulseras, seguridad del paciente.

ABSTRACT

Background: The placement of newborn bracelets is the most widely used method for patient identification in Argentina.

Objectives: To evaluate the permanence of the identification bracelets during the hospitalization.

Population: All the term newborns who remained with their mother. *Design:* observational, prospective study, cohort type, randomized: forearm, leg.

Results: Cases observed: 914. Forearm: 457, leg: 438. At the time of discharge, the frequency of permanence of the identification bracelets as originally placed was 67% in the forearm and 72% in the leg.

Conclusions: A third of newborns lacked the bracelet as originally placed at the time of discharge. The permanence was higher in the leg.

Key words: newborn, patient identification system, bracelets, patient safety.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2018.72>

Cómo citar: Covas MC, Salvatierra B, Velázquez V, et al. Utilización de la pulsera de identificación en el recién nacido. ¿Un método seguro? Arch Argent Pediatr 2018;116(1):72-77.

a. Servicio de Neonatología, Hospital Privado del Sur (HPS), Fundación Médica de Bahía Blanca, Bahía Blanca, Buenos Aires.

Correspondencia:

Dr. Ernesto R. Alda: eralda@criba.edu.ar

Financiamiento: Ninguno.

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 14-3-2017

Aceptado: 11-8-2017

INTRODUCCIÓN

Argentina ha desarrollado, en los últimos 100 años, descubrimientos trascendentales en la identificación de individuos: desde Juan Vucetich,¹ argentino por adopción, con el sistema dactiloscópico para la identificación de personas (a comienzos del siglo XX) hasta el Dr. Víctor Penchaszadeh,² científico argentino y miembro del equipo que desarrolló el "índice de abuelidad", método que permitió definir la filiación e identidad de niños ilegalmente apropiados durante la última dictadura cívico-militar en nuestro país (1976/83). Ambos hitos universales han centralizado su objetivo en considerar la identidad de una persona como un derecho inalienable.

La seguridad de los pacientes es un objetivo prioritario de las organizaciones de salud, referente de la calidad de atención y centro de discusión en políticas sanitarias en todo el mundo. La creación de estructuras hospitalarias capaces de analizar y reducir el error, como también de ampliar el número de prácticas seguras, es un claro ejemplo de una preocupación generalizada en ambientes hospitalarios.^{3,4}

Los cambios propuestos se basan en las metas de seguridad del paciente formuladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS),⁵ la primera de las cuales es una correcta identificación del paciente.

Cuando esta normativa involucra a recién nacidos (RN), se transforma en una tarea sensible y base de una adecuada asistencia perinatal.

La práctica habitual en Argentina es la colocación de pulseras de identificación (PI) en la madre y el RN con numeración coincidente. En algunas instituciones, se utiliza la triple pulsera para la madre y el RN (antebrazo y pierna); en otras, en la madre, el RN y padre o familiar/amigo designado. La incorporación de un broche de cordón con numeración coincidente con la PI se aconseja en las actuales normas del Ministerio de Salud de la Nación (MSN).⁶

La misma guía agrega que "la huella o impresión plantar por sí sola no asegura la identificación, pues la dificultad de obtenerlas en

forma correcta condiciona que solo sean útiles en menos del 30% de los casos y, además, no permite una permanente identificación del binomio madre-hijo”.

Sobre la utilidad y seguridad de las PI en los RN, poco se conoce en nuestro país; su adherencia se ignora y la metodología sugerida solo la explicita el fabricante de las pulseras.

El personal de Enfermería del Servicio de Neonatología del Hospital Privado del Sur (HPS) observó errores en la permanencia de las PI en los RN en internación conjunta con su madre.

OBJETIVOS

Evaluar la permanencia de la PI durante la estadía institucional del RN de término junto con su madre, según el lugar de colocación asignado al nacer y las posibles causas de su ausencia al momento del alta hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Población. Criterios de inclusión: todos los recién nacidos de término (RNT) derivados a internación conjunta luego del nacimiento. Criterios de exclusión: los que, por alguna patología, debieron ser trasladados a Cuidados Intensivos o Especiales.

Período de estudio. De diciembre de 2013 a septiembre de 2014 (10 meses).

Diseño. Estudio observacional, prospectivo, tipo cohorte, aleatorizado en la sala de recepción según la tabla afín. Grupo A: antebrazo-muñeca; grupo P: pierna.

La enfermera a cargo de la recepción colocaba la PI en la sala de partos, el quirófano o la sala de recepción del RN (centro obstétrico) y asignaba el grupo (A o P) según una tabla de números aleatorios; además, completaba una ficha ad hoc donde registraba datos filiatorios de la madre y el RN, como así también antecedentes perinatales.

La importancia de la PI se reforzaba en cada habitación con el siguiente adhesivo recordatorio:

Sres. padres:
 LA IDENTIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO
 ES UNA RESPONSABILIDAD COMPARTIDA
 ENTRE EL EQUIPO DE SALUD Y USTEDES.
 POR NINGÚN MOTIVO, RETIREN LAS
 PULSERAS IDENTIFICATORIAS DE LOS BEBÉS
 ANTES DEL ALTA INSTITUCIONAL.
 ROGAMOS SU COLABORACIÓN;
 ES POR LA SEGURIDAD DE VUESTROS HIJOS.

(Texto original del Dr. Antonio Giuliano¹)

Al momento del alta institucional, el personal de Enfermería constataba la presencia de la PI; en el caso de que no estuviese en el lugar asignado al nacer que figuraba en la ficha, interrogaba a la madre sobre las probables causas de su salida, como también su recolocación o las razones de su ausencia.

Durante el período del presente estudio, no se realizaba el control de identificación a la salida del Hospital por personal de seguridad.

La desaparición o extravío de la PI durante la internación requería un nuevo juego identificatorio (RN, madre y padre o designado); en este caso, se registraba como pérdida de la PI original.

Su identificación era numérica y se adjuntaba a la historia clínica del RN. La ficha era archivada en forma anónima para su análisis posterior.

El estudio fue aprobado por el Comité de Docencia e Investigación de la Institución (HPS). Dadas sus características (observacional, en una práctica rutinaria y anónima en la recolección de los datos), no se consideró necesaria la solicitud de consentimiento informado a los padres ni su evaluación por el Comité de Bioética.

El análisis estadístico fue realizado por personal de la Universidad Nacional del Sur (MG y LG), para lo cual se utilizó el software SPSS 15.0. La similitud de los grupos se concluyó a partir de pruebas de hipótesis para medias o proporciones, prueba de hipótesis de independencia; valor de referencia $p < 0,05$.

El cálculo del tamaño muestral fue de 438 RNT para cada grupo, estimado a partir de una prueba de hipótesis para comparación de proporciones, con potencia 0,90 para detectar diferencia de 0,1 cuando las proporciones fueran, aproximadamente, 0,3 con $\alpha = 0,05$, mediante software Statgraphics Centurion XV.

RESULTADOS

Ingresaron al estudio 914 RNT. La descripción de la población analizada se desarrolla en la Figura 1. En el grupo A (antebrazo), se analizaron 443 RN y, en el grupo P (pierna), 424 RN.

Ambos grupos fueron similares en antecedentes maternos, peri- y neonatales; valor de $p > 0,05$ en todos los casos.

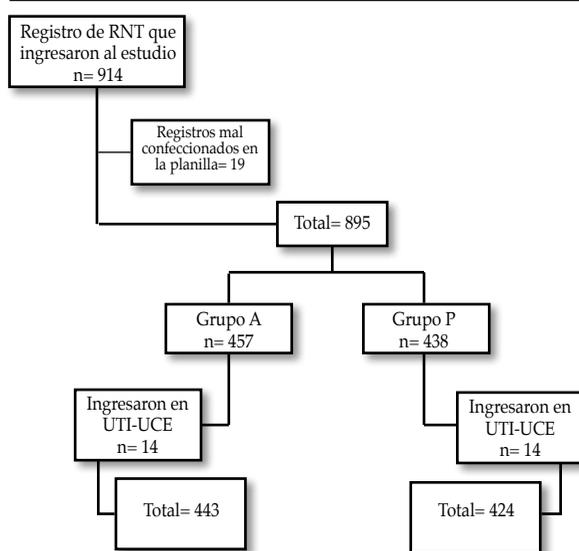
El sector hospitalario más utilizado para la colocación de la PI (sala de partos, quirófano o sala de recepción) fue la sala de recepción, y se registró, en el grupo A, 92% y, en el grupo P, 91%.

Al momento del alta, tenían colocada la PI en el mismo lugar asignado al nacer 601 RN (69%),

67% del grupo A y 72% del grupo P, OR 0,80 (IC 95%: 0,59-1,08) (Tabla 1).

Los RN que no tenían la PI en el mismo lugar asignado al nacer o no la tenían colocada fueron 266 (31%); la causa más frecuente fue su deslizamiento por una fijación inestable (“estaba floja”) en 166 RN; las restantes causas referidas fueron el retiro voluntario por los familiares en 6 RN (“lastimaba la piel”) y durante el cambio de ropa en 23 RN. No se logró establecer la causa en 71 RN: 33 del grupo A y 38 del grupo P (Tabla 2).

FIGURA 1. *Flujograma de la población estudiada*



RNT: recién nacidos de término; Grupo A: antebrazo; Grupo P: pierna; UTI: Unidad de Terapia Intensiva Neonatal; UCE: Unidad de Cuidados Especiales.

Estos hallazgos fueron diferentes entre ambos grupos estudiados, con una mayor permanencia en el grupo P (pierna), OR 0,59 (IC 95%: 0,41-0,85).

No se registraron casos de pérdida o extravío de la PI; no fue necesaria la reidentificación del RN y sus padres. La presencia de la PI se circunscribía al ambiente familiar (mesa de luz, bolsos, libreta sanitaria).

DISCUSIÓN

La correcta identidad de las personas desde su nacimiento es un derecho inalienable que fija nuestra Constitución: “Todo niño nacido vivo o muerto y su madre deben ser identificados de acuerdo con las disposiciones de la Ley 24540”.⁷

Esta Ley sobre Régimen de Identificación de RN –promulgada y sancionada el 9 de agosto de 1995– expresa claramente la necesidad de confeccionar una ficha para cada RN con calcos dactiloscópicos de la madre y su hijo, en el momento del nacimiento y del alta institucional, con resguardo archivado.

La metodología empleada está desarrollada en “Identificación del Recién Nacido: Un Derecho a la Identidad”.⁸ En su escrito, Marcelo Rivera realiza una sinopsis histórica de la dactiloscopia para la identificación de los RN, cuyo estudio se remonta a los inicios del siglo XX con Juan Vucetich como precursor de dicha metodología (1915).

La meticulosa descripción de la técnica para la obtención de las impresiones palmares y plantares del RN permite jerarquizar la tarea de expertos en identificación. Su presencia en grandes maternidades es la conducta adecuada.

TABLA 1. *Presencia de la pulsera de identificación al momento del alta institucional (N: 867)*

	En el mismo lugar	No estaba en el mismo lugar o no la tenía colocada	Total
Grupo A	297 (67%)	146 (33%)	443
Grupo P*	304 (72%)	120 (28%)	424
Total	601 (69%)	266 (31%)	867

* OR 0,80 (IC 95%: 0,59-1,08).

Grupo A: antebrazo; Grupo P: pierna.

TABLA 2. *Salida y justificaciones referidas ante la recolocación de la pulsera de identificación en un lugar diferente al asignado al nacer o su ausencia al momento del alta institucional (N: 266)*

	“Estaba floja y se salió sola”	Durante el cambio de ropa o retiro voluntario por su familia*	No se logró establecer la causa	Total
Grupo A	102 (69,9%)	11 (7,5%)	33 (22,6%)	146
Grupo P**	64 (53,3%)	18 (15%)	38 (31,6%)	120
Total	166 (62,4%)	29 (10,9%)	71 (26,7)	266

* Durante el cambio de ropa en 23 RN; por retiros voluntarios de su familia en 6 RN.

** Diferencia de salida de la PI según la colocación en la pierna (Grupo P) o el antebrazo (Grupo A) al nacer: OR 0,59 (IC 95%: 0,41-0,85).

Ejemplos como la provincia de Tucumán, donde funciona desde 1985,⁹ con base en el Instituto de Maternidad “Nuestra Sra. de las Mercedes” y difundida a otros efectores públicos de la provincia de Tucumán, garantizan la identificación del binomio madre-hijo.

Lamentablemente, razones que exceden los objetivos de este trabajo impiden su implementación en otras regiones.

La identificación del RN desde su nacimiento hasta el alta institucional es base para la seguridad del paciente. Pese a la importancia de este derecho, su implementación no resulta sencilla y adolece de errores, en su mayoría, evitables.

En reuniones comunitarias, cualquiera sea su nivel de instrucción, la mención de “cambios de RN o desapariciones” suelen fomentar la desconfianza de los partos institucionales y los establecimientos donde se asisten.

En 1995, Lomuto y Duverges¹⁰ publicaron una revisión bibliográfica sobre la identificación del RN y medidas de prevención para evitar su robo de las maternidades. En sus conclusiones, jerarquizaron lo siguiente: “la integridad del binomio madre-hijo, o sea certificar que tal niño es hijo de tal madre porque se lo vio nacer de ella, e impedir que este binomio se rompa por error o por dolo mientras ambos se encuentran en la Maternidad”. Se agregó la necesidad de colocar PI con numeración coincidente.

Escasa adherencia a normas o recomendaciones se informan en publicaciones latinoamericanas.

García-Salazar y col.,¹¹ en una Unidad de Alta Especialidad de Ginecología y Pediatría del Instituto Mexicano del Seguro Social, encontraron que, al revisar al RN, solo el 76% de la población portaba las tiras de identificación (pulseras) en la muñeca y el tobillo.

Un informe (no publicado) presentado por Soto Conti¹² en el Primer Congreso Argentino de Neonatología (2010), sobre la permanencia de la PI en 421 casos observados en la Maternidad Ramón Sardá de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), mostró una elevada adherencia a la normativa utilizada (99%).

El *Royal National Health Service* (NHS)¹³ en su guía para la identificación de RN (*Identification of the newborn guideline* – GL859) promueve el uso de PI. Inicialmente, se usan dos PI, una en cada pierna. Las rotulan los asistentes al nacer (obstétricas) y el RN no abandona la sala de partos o quirófano sin sus PI. Luego, un identificador registrado las confecciona en forma electrónica y

las coloca en ambas muñecas, reemplazando las escritas a mano. La guía explicita un seguimiento diario de las PI y su inmediato reemplazo en caso de salida o extravío. El control de las PI incluye a todos los RN; en los especiales casos de internación en unidades asistenciales (Unidad de Terapia Intensiva Neonatal –UTIN– y Unidad de Cuidados Especiales –UCE–), con la necesidad de utilizar los miembros superiores e inferiores para monitoreos (saturación de oxígeno, tensión arterial), colocación de vías endovenosas o extracciones sanguíneas, se verifica la permanencia de la PI en las unidades de aislamiento (incubadoras o cunas).

La fortaleza del presente estudio fue describir en una maternidad no pública, con población controlada durante el embarazo (> 9 controles promedio), 30 años como media de edad materna, pocas madres adolescentes (3%) y adecuado nivel de instrucción (89% con secundario completo y mayor nivel), la escasa adherencia a la recomendación del mantenimiento de la PI como índice de seguridad del paciente. Asimismo, la activa participación del equipo de Enfermería del Servicio, tanto en el planteo de la pregunta como en la decisión metodológica y la recolección de datos al nacer y al momento del alta institucional, resultó una gratificante fortaleza.

Un hallazgo que sorprendió fue la prevalencia del ambiente físico intrahospitalario donde se colocó la PI: más del 90% en la sala de recepción (sector adjunto a la sala de partos y quirófano obstétrico), lo que no se adhería a la Guía para la atención del parto normal, del MSN.⁷ Afortunadamente, en los últimos años, esta conducta ha cambiado: la metodología de favorecer el apego precoz de la madre con su hijo (contacto piel a piel, COPAP)¹⁴ y su permanencia varios minutos en la sala de partos o el quirófano (proceder nada sencillo de implementar) han permitido ganar tiempo en el contacto y posibilitar la identificación del RN junto a su madre, lo que mejora los resultados expresados en el presente estudio.

El uso de tres PI (RN, madre y padre o designado) utilizado en el HPS permite incorporar un testigo presencial del nacimiento como resguardo filial; sin embargo, imposibilita el uso de dos pulseras en el RN, como lo recomienda el MSN.⁷

En el presente estudio, la permanencia de la PI fue mayor cuando se la colocó en la pierna.

Al momento del alta institucional, la inestabilidad en la fijación de la pulsera fue

la causa más frecuente de ausencia del lugar asignado al nacer referida por la madre. Este hallazgo se debe analizar con aspectos metodológicos de la colocación de las PI al nacer. En su confección, las pulseras poseen diferentes puntos de fijación para su cierre inviolable; existe una tendencia natural a una colocación laxa, móvil de la PI, tanto en el antebrazo como en la pierna. El temor a comprimir regiones con irrigación terminal (muñeca, tobillo) podría ser una explicación; su correlato práctico fue: “estaba floja y se salió sola”.

Otro aspecto para considerar fueron los componentes utilizados en su fabricación. En el mercado local, existen pocas alternativas y limitadas opciones prácticas. Comparando materiales utilizados en países desarrollados y/o con ingresos superiores al nuestro, las diferencias son notorias en la calidad y formas de fijación.

La debilidad del estudio es que fue una muestra pequeña, seguramente, no representativa de la población nacional.

Evaluar el cumplimiento de las recomendaciones vigentes en el proceso de identificación del RN y su seguimiento en la internación debe ser objetivo principal para la seguridad del paciente; nada justifica la baja adherencia a las normas nacionales demostrada en el presente estudio.

Seguramente, en un futuro cercano, la identificación de los RN se hará con microprocesadores incorporados a las pulseras y/o métodos biológicos apropiados, confiables y seguros para el paciente. Momentáneamente y a pesar de ser un método que no brinda seguridad absoluta para el paciente, la PI seguirá figurando en las normativas de atención al nacimiento.

En síntesis: la metodología empleada, aunque mejorable, satisfizo la hipótesis planteada por los investigadores. Es tarea del grupo de asistencia perinatal (médicos, obstétricas, enfermeras y auxiliares) el cumplimiento de las recomendaciones vigentes y la concientización de la familia del RN sobre la permanencia de la PI colocada al nacer como seguridad para el paciente.

La permanencia del RNT con su madre o familiar directo desde el nacimiento refuerza la identidad materno-filial.

CONCLUSIONES

La colocación de la PI no resultó un método seguro para la identificación del RN, dado que la tercera parte no la tenía al momento del alta en el

mismo lugar donde había sido colocada al nacer. La salida espontánea fue la causa más frecuente de su ausencia, con una mayor permanencia en la pierna. ■

Agradecimientos

A todo el Servicio de Neonatología del HPS de Bahía Blanca, en especial, al personal de Enfermería por su dedicación y esmero por cumplir con las pautas establecidas en el protocolo de investigación.

A las Esp. María de la Paz Guillón y Liliana A. García del Departamento de Matemática, Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca, por el análisis estadístico de los datos.

A Donald Francis Haggerty, Ph.D., por ayudarnos en la traducción del resumen.

REFERENCIAS

1. GarcíaFerrari M. El Bertillon Americano. Una aproximación a la trayectoria intelectual de Juan Vucetich. [Consulta: 6 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://saberdesdeestado.ides.org.ar/files/2009/04/garcia-ferrari.pdf>.
2. Las abuelas y la genética. El aporte de la ciencia en la búsqueda de los chicos desaparecidos. [Buenos Aires]: Abuelas de Plaza de Mayo; 2009. [Consulta: 6 de marzo de 2017]. Disponible en: http://www.memoriaenelmercotur.educ.ar/wp-content/uploads/2009/03/abuelas_gene.pdf.
3. Ceriani Cernadas JM. El Error en Medicina: reflexiones acerca de sus causas y sobre la necesidad de una actitud más crítica en nuestra profesión. *Arch Argent Pediatr* 2001;99(6):522-9.
4. Barrionuevo L, Esandi M. Epidemiología de eventos adversos en el servicio de neonatología de un hospital público regional en la Argentina. *Arch Argent Pediatr* 2010;108(4):303-10.
5. WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Patient Identification. World Health Organization 2007. [Consulta: 6 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution2.pdf>.
6. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Guía para la atención del parto normal en Maternidades centradas en la familia. 4.^a ed. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2010. [Consulta: 6 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/000000239cnt-g09.guia-atencion-parto-normal.pdf>.
7. Argentina. Ley 24.540. Identificación para los recién nacidos. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires 22 de septiembre de 1995. [Consulta: 6 de marzo de 2017]. Disponible en: http://www.sipi.siteal.org/sites/default/files/sipi_normativa/argentina_ley_nro_24540_1995.pdf.
8. Rivera ML. Identificación del Recién Nacido: Un Derecho a la Identidad. [Consulta: 6 de marzo de 2017]. Disponible en: http://escuelasuperior.com.ar/instituto/wp-content/uploads/2015/03/Identificacion-del-Recien-Nacido_2003.pdf.
9. Ministerio de Salud Pública. Gobierno de Tucumán. Conozca el servicio de identificación del recién nacido. 2016. [Consulta: 6 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://msptucuman.gov.ar/conozca-el-servicio-de-identificacion-del-recien-nacido/>.

10. Lomuto C, Duverges C. Identificación del recién nacido y medidas de prevención para evitar su robo de las maternidades. Parte I: Revisión bibliográfica. *Rev Hosp Mater Infant Ramón Sardá* 1995;14(3):115-24.
11. García-Salazar R, Cintora-Bermúdez L, Gómez-Flores L, et al. Apego a las medidas de seguridad en el procedimiento de identificación inequívoca del recién nacido. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* 2009;17(3):129-32.
12. Soto Conti C. Identificación y seguridad del recién nacido. 1.er Congreso Argentino de Neonatología. Buenos Aires; 30 de septiembre, 1 y 2 de octubre de 2010. [Consulta: 6 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://csengloba.com/wp-content/uploads/2016/06/2010-ESTUDIO-IDENTIF-MH-ARGENTINA.pdf>.
13. Maternity Guidelines. Identification of the Newborn (GL859) April 2016. [Consulta: 6 de marzo de 2017]. Disponible en: http://www.royalberkshire.nhs.uk/Downloads/GPs/GP%20protocols%20and%20guidelines/Maternity%20Guidelines%20and%20Policies/Postnatal/Identification_of_the_newborn_V6.4_GL859.pdf.
14. Fundación Largaúfa. Prematuros: Contacto piel a piel. [Consulta: 6 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.funlargaufa.org.ar/Que-es-MSCF/Prematuros-Contacto-Piel-a-Piel>.

Éxito del sondaje en la obstrucción congénita de la vía lagrimal. Diez años de experiencia

Success in probing for congenital nasolacrimal duct obstruction. Ten years experience

Dra. Sofía Bravo-Beltranena^a y Dr. Martín A. Zimmermann-Paiz^a

RESUMEN

Introducción. La obstrucción congénita de la vía lagrimal es una patología común, de poca morbilidad, pero no exenta de complicaciones sin el diagnóstico y manejo correcto.

Población y métodos. Estudio retrospectivo de 2005 a 2015 en pacientes que fueron sometidos a un procedimiento de sondaje. Se identificó edad al momento del procedimiento, género, lateralidad y presencia o ausencia de éxito con el procedimiento.

Resultados. Se analizaron 137 ojos. La mediana de edad fue de 17 meses y la tasa de éxito total fue del 85,4%.

Conclusión. La obstrucción congénita de la vía lagrimal con adecuado manejo conservador inicial tiene alta tasa de resolución espontánea y, en pacientes mayores de 12 meses, el sondaje tiene una alta tasa de éxito.

Palabras clave: obstrucción del conducto lagrimal, congénito, epífora, sondaje.

ABSTRACT

Introduction. The congenital nasolacrimal duct obstruction is a common pathology, with low morbidity, but not exempt of complications without the correct diagnosis and management.

Methods. Retrospective study from 2005 to 2015 in patients who were submitted to a probing procedure. We identified age at procedure, gender, laterality and presence or absence of success with the procedure.

Results. One hundred thirty-seven eyes were analyzed. The median age was 17 months and the total success rate was 85.4%.

Conclusion. In congenital nasolacrimal duct obstruction there is a high rate of spontaneous resolution with the proper initial conservative management and, in patients older than 12 months, probing has a high rate of success.

Key words: lacrimal duct obstruction, congenital, epiphora, probing.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2018.77>

Cómo citar: Bravo-Beltranena S, Zimmermann-Paiz MA. Éxito del sondaje en la obstrucción congénita de la vía lagrimal. Diez años de experiencia. *Arch Argent Pediatr* 2018;116(1):77-80.

a. Unidad de Oftalmología Pediátrica, Estrabismo y Neurooftalmología "Dra. Ana María Illescas Putzeys", Hospital de Ojos y Oídos "Dr. Rodolfo Robles V.", Instituto de Ciencias de la Visión, Benemérito Comité Pro Ciegos y Sordos de Guatemala, Guatemala.

Correspondencia:

Dra. Sofía Bravo-Beltranena: sibravo@ufm.edu

Financiamiento: Ninguno.

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 4-4-2017

Aceptado: 17-8-2017

INTRODUCCIÓN

La obstrucción congénita de la vía lagrimal (OCVL) en la edad pediátrica es una afección común (5-20% de los infantes)^{1,2,3} en que la parte distal del conducto nasolagrimal, a nivel de la válvula de Hasner, falla en finalizar su canalización²⁻⁴ hacia el meato inferior, en la nariz. Existen dos tipos de obstrucción descritos según las características intraoperatorias: *membranosa* y *compleja*. La obstrucción es *membranosa* o simple