

BOLETÍN

Del grupo cooperativo
Iberoamericano de Medicina
Transfusional

GCIAMT



GCIAMT

Junta Directiva 2005 - 2007

Presidenta	Dra. Ana del Pozo (Argentina)
Vicepresidente	Dr. Miguel Ángel Rodríguez (Costa Rica)
Secretaria	Dra. Graciela León (Venezuela)
Tesorera	Dra. Elida Di Ciaccio (Argentina)
Vocales	Dr. Jesús Linares (Presidente saliente) (Venezuela) Dra. Elizabeth Vinelli (Honduras) Dr. Ernesto Manrique (Perú) Dr. Ewald Schmee (Argentina) Dr. José Ramiro Cruz (Representante de la OPS) Dr. Mauricio Beltrán (Colombia) Dra. Miriam Juárez (Guatemala)

Comité de Admisión

Coordinadora	Dra. Graciela León (Venezuela) Dra. Regina Bolaños (Guatemala) Dr. Sergio Jaramillo (Colombia)
--------------	--

Comité de Finanzas

Coordinadora	Dra. Elida Di Ciaccio (Argentina) Dra. Nelly Vásquez de Martínez (Venezuela). Dr. Daniel Romero (México) Dr. Jorge Chávez (Costa Rica)
--------------	---

Miembros Benefactores

Gambro
Baxter
Johnson and Johnson

Comités

Comité Asesor de la Junta Directiva

Dr. Jesús Linares (Venezuela)
Dr. Bernardo Camacho (Colombia)
Dr. Antonio Marín (México)

Comité de Ética

Por el Comité Asesor:

Dr. Jesús Linares (Venezuela)
Dr. Bernardo Camacho (Colombia)

Por la Junta Directiva:

Dra. Elizabeth Vinelli (Honduras)

Representantes de los miembros:

Dra. Carmen Martín-Vega
Dr. Roberto Del Castillo

Comité Editorial y Publicaciones

Coordinadora: Dra. Malhi Cho (Paraguay)

Dra. Ana del Pozo (Argentina)
Dra. Eva Calderón (México)
Dr. Benjamín Lichtiger (EEUU)
Dr. Jesús Linares (Venezuela)
Dr. Germán Leparc (EEUU)
Dr. Bernardo Camacho (Colombia)
Dr. Oscar Rabinovich (Argentina)
Lic. Flavia Cimillo (Argentina)
Dra. Elizabeth Vinelli (Honduras)
Dra. Araceli Malagón (México)
Dr. Oscar Echeverría (Paraguay)

Comité de Educación Continua

Coordinadora: Dra. Marina Gudiño (EEUU)

Dr. Eduardo Muñoz-Díaz
Dra. Ana del Pozo (Argentina)
Dra. Silvina Kupeman (Argentina)
Dr. José Magariños (Argentina)
Dra. Graciela León (Venezuela)
Dra. Amalia Bravo (México)
Dra. Christiane Saltiel (Venezuela)
Dra. Miriam Juárez (Guatemala)
Dr. Arfilio Mora (Venezuela)
Dr. Luiz Amorim (Brasil)

EDITORIAL

En Septiembre del año 2005 la Asamblea General del GCIAMT, reunida en Buenos Aires designó a Costa Rica como la sede del siguiente congreso. A partir de ese momento asumí la responsabilidad de organizar una actividad científica donde los latinoamericanos nos reuniéramos a compartir nuestras experiencias en el quehacer diario: asegurar que las transfusiones de nuestros conciudadanos sean lo más seguras posibles. El momento ha llegado, estamos preparados para recibirlos y dar inicio a una nueva actividad científica.

La historia de la Medicina transfusional nos cuenta cómo, profesionales en salud a través de los tiempos, con su espíritu científico y el deseo de contribuir con los sistemas de salud de los pueblos, fueron creando las bases del mundo laboral en el que hoy nos desenvolvemos. Ninguna de esas historias habla de exceso de recursos, pero sí de un gran deseo por mejorar y descubrir cuál es la base científica de los eventos que diariamente nos ocupan. Todas ellas incluían la gran responsabilidad de colaborar en el tratamiento de pacientes y conocedores de los riesgos de la transfusión, se fue creando la conciencia que nuestro trabajo debía hacerse enfocado a perseguir la

excelencia, sólo así tendríamos nuestra conciencia tranquila frente aquellos a quienes nos debemos, los pacientes. No solo bastó la ciencia para lograr llegar al nivel que alcanza hoy la Medicina transfusional, a eso se le debió agregar la necesidad de que los productos generados de la donación de sangre, tuvieran las características necesarias, para que los pacientes se vieran beneficiados. Fue necesario tocar las puertas de los responsables de los sistemas de salud de los gobiernos para que el esfuerzo individual fuera reconocido por las leyes de los países y que se desarrollaran normativas de acatamiento obligatorio, de manera tal que la calidad de nuestro trabajo justificara inversión en el campo.

La conceptualización de las necesidades de los pacientes y el comprender que las donaciones por sí solas no son necesarias y que la calidad del donador es fundamental en el proceso, son pivotes para el progreso de nuestra especialidad. Nuevamente los Iberoamericanos nos reunimos para escuchar de aquellos que van a la vanguardia en la seguridad del proceso de donación y transfusión de sangre y componentes, además para ver a través de los trabajos científicos cómo se encuentran nuestras realidades frente a las de los demás colegas.

En esta ocasión, además, a través de la gestión de la Presidenta del Grupo tendremos la posibilidad de escuchar cuáles son las posibilidades de establecer alianzas estratégicas con personeros de la Asociación Americana de Bancos de Sangre, entidad que sin duda alguna reconoce el esfuerzo del trabajo que realizamos los latinoamericanos en el ámbito de la transfusión. Asimismo logramos tener una directa relación con la ISBT que representa a todos los profesionales de nuestro campo en el mundo.

Hemos escogido en esta oportunidad al Dr. Jesús Linares, por su larga y prolífica trayectoria en su país, Venezuela, y el resto de Latinoamérica. A él le dedicaremos este Congreso, por cuanto como grupo debemos reconocer a todas las personas que desprendidamente han sentado las bases de nuestra organización.

Sin duda el compartir enriquece y además podremos hacerlo en el ámbito de la calidez de un país que se ha caracterizado por la democracia y la paz, y que hoy abre las puertas para que todos puedan aprovechar del V Congreso del GCIAMT, III Congreso Centroamericano y Nacional de Medicina Transfusional

Los espero a todos y reciban de parte del comité organizador y de mi persona una cordial bienvenida a San José Costa Rica.

Dr. Miguel A Rodríguez Pineda
Presidente del Congreso
Costa Rica

TRABAJOS PRESENTADOS EN EL CONGRESO DE COSTA RICA

PÚRPURA TROMBÓTICA TROMBOCITOPÉNICA (PTT). RECAMBIO PLASMÁTICO. 5 AÑOS DE EXPERIENCIA.

A. GONZALEZ, C. AGUILAR, S. COSANO, N. ESPARZA, M. CLAVO, J. MUÑOZ, A. RUBIO.
BANC DE SANG I TEIXITS - BST - HOSPITAL DE BELLVITGE. BARCELONA - ESPANA.
anggonzalez@vhebron.net, bluebird_98@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La PTT es una entidad clínica poco frecuente, con una incidencia (2-4 / millón hab.) pero con una alta tasa de mortalidad. La etiopatogenia aún no es bien conocida. Se cree que es debido a un déficit congénito o adquirido de una metaloproteasa, Adams 13. Con el recambio plasmático terapéutico (RPT), se pretende eliminar anticuerpos contra esta metaloproteasa y aportar el déficit de dicha proteína a través del plasma infundido.

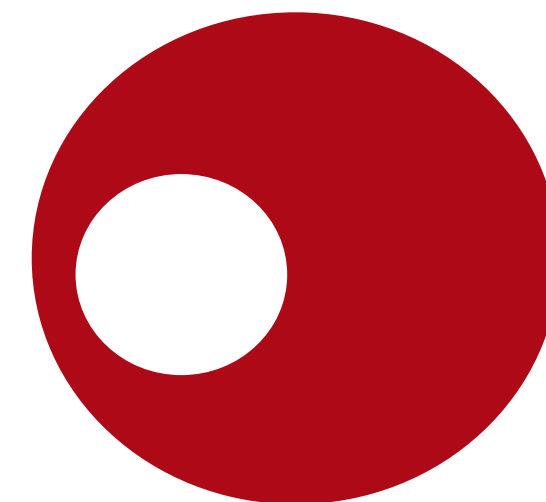
OBJETIVOS

Conocer el número de RPT realizado en pacientes diagnosticados de PTT y clasificar las vías de acceso venoso utilizadas. 2- Conocer los efectos adversos e incidencias más frecuentes durante el proceso de RPT. 3- Determinar la tasa de recaída y mortalidad en estos pacientes. MATERIAL Y MÉTODOS Se revisaron retrospectivamente 341 procesos de RPT, correspondientes a 12 pacientes diagnosticados de PTT, entre el 1 de enero de 2001 y el 31 de diciembre de 2005, en el Hospital de Bellvitge. Los RPT fueron realizados diariamente con plasma fresco congelado. El volumen de plasma recambiado por sesión fue de 35-45ml/Kg, hasta remisión completa (RC). Se utilizó separador celular Cobe-Spectra. Definimos para nuestro estudio reacción leve (no precisa interrupción del proceso), reacción moderada (precisa interrupción momentánea), reacción severa (precisa interrupción definitiva). Los datos obtenidos fueron registrados en una plantilla diseñada para su posterior análisis e interpretación.

RESULTADOS

Del análisis realizado a 341 RPT correspondieron un total de 12 pacientes, 9 mujeres (75%) y 3 hombres (25%). Edad media de 39 años, límite entre (23-84). 7 pacientes presentaron 1 brote y precisaron una media de 16.7 RPT (3-44) 2 murieron en el 5º y 6º RPT por causa directa de la PTT. 1 paciente recayó a los 22 meses. Media de RPT 27,5 (22-33). 1 paciente presentó dos recaídas. La primera a los 4 meses del diagnóstico, la segunda a los 4 meses de la primera recaída. Media RPT 25.3 (17-40). 1 paciente presentó tres recaídas. La primera a los 9 meses del diagnóstico, la segunda a los 9 meses de la primera recaída, la tercera a los 7 meses de la segunda recaída. Media RPT 20.5 (7-26) CONCLUSIONES 1- El Nº medio de RPT en nuestros pacientes ha sido 28.4 límites de (3-82). Las vías de acceso utilizadas fueron, central en 236 pacientes (69.2%), periférica en 23

(6.7%), ambos tipos de vías 5 (1.5%), no registradas en 77 procesos (22.6%) 2- Los efectos adversos leves y moderados se presentaron en un 6.7% siendo los más frecuentes prurito y exantema. Hipotensión severa en 1 proceso (0.29%). Problemas de presión acceso baja 19 casos (5.8%). 3- Según nuestra serie analizada la tasa de recaída ha sido del 25% y la tasa de mortalidad del 16.7%.



ALOINMUNIZACIÓN POR ANTÍGENO ERITROCITARIO DIA: INFORME DE CASOS

Clapsos, Rosana E.; Carini, Teresa; Dallasta, Gustavo; Margineda, Silvia; Alasi, Fabiana; Casineri, Liliana; DelRío, Mónica; Serra, Norma; Etchenique, Nora.
Instituto de Hemoterapia de la Provincia de Buenos Aires, La Plata, Argentina.
rclapsos@yahoo.com.ar 54- 0221-471-4144, 0221-451-0097, 0221-451-0197

Introducción: El sistema Diego es un importante marcador antropológico ya que la presencia del antígeno Dia en aborígenes americanos puede llegar al 36%, mientras que en caucásicos es excepcional. Su alelo, el antígeno Dib, es considerado de alta frecuencia. Los anticuerpos contra estos antígenos son IgG1 e IgG3, y son probables responsables de Enfermedad Hemolítica del recién nacido (EHRN) y de reacciones transfusionales. Objetivo: Informar tres casos de sensibilización por antígeno Dia en mujeres de raza blanca con el fin de remarcar la importancia clínica de este antígeno en población americana. Material y métodos: Todas las pruebas fueron realizadas utilizando metodología en gel (DiaMed AG) según técnica descrita por el fabricante, con panel identificador comercial de once células (ID-Panel e ID-Panel P) en medio Liss/Coombs y enzimático (papaína). Se realizó también Prueba de Compatibilidad Conyugal, enfrentando los eritrocitos del padre del

niño con el suero de la madre en técnica en gel en medio Liss/Coombs. Resultados: El primer caso de aloanticuerpo anti-Dia asociado a aloanti-S, fue detectado en el screening de anticuerpos irregulares en una mujer donante de sangre, con antecedentes de exposición por embarazos. Pudo ser identificado gracias a la presencia de una célula Di(a+) en el panel identificador. Se congelaron células del cónyuge de la donante, quien resultó antígeno Di(a+) y prueba de compatibilidad conyugal reactiva, con el fin de usarlas como fuente de célula reactivo. Los otros dos casos fueron detectados en el estudio de dos mujeres puérperas que dieron a luz a niños afectados de EHRN moderada y leve. En ambos casos el screening de anticuerpos había resultado negativo pero los recién nacidos presentaban Prueba de Coombs directa positiva (3+) e ictericia. Para la identificación del aloanticuerpo anti-Dia en los sueros maternos y en los eluidos, se utilizaron las células congeladas de la hemo-

teca del servicio ya que el panel identificador comercial había resultado negativo porque no presentaba ninguna célula Di(a+). Se enfrentaron los eluidos de los niños y los sueros maternos con los eritrocitos de los padres con resultado positivos. Ambos padres resultaron Di(a+). Conclusión: Es necesario reconocer la presencia del antígeno Dia en nuestra población y su participación en el diagnóstico inmunohematológico. Consideramos importante revalorizar la técnica de compatibilidad conyugal. Cuando esto no sea posible, por una incompatibilidad ABO, entonces utilizar el eluido de los hematíes del niño. Este trabajo, al igual que otros similares, demuestran la necesidad de incluir células en los paneles identificadores, con la presencia de antígeno Dia.

CAUSAS DE RECHAZO DE DONADORES DE SANGRE HOSPITAL MÉXICO

Xinia Rojas-Camacho, Miguel Rodríguez-Pineda, Lucía Solís-Córdoba, Zoraida Peralta-Chaves, Francini Núñez-Jara, Mayra Campos-Jara - Banco de sangre Hospital México
bancosangrehmex@ccss.sa.cr Tel: 242 6666

OBJETIVO

Determinar las causas de rechazo de donantes entre las personas que intentan donar sangre en el Hospital México.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se analizaron todas las entrevistas de donadores que fueron rechazados durante el año 2006 y se puntualizó la causa de su exclusión y si esta fue o no permanente.

RESULTADOS

De 6866 personas atendidas 618 se excluyeron del proceso. 568 (92%) fueron exclusiones temporales y 50 (8%) permanentes. Las causas de exclusión temporal fueron en orden descendente: Pareja sexual nueva en los últimos tres meses (111), hemoglobinas por debajo de 12 gr/L (72), ingesta de medicamentos (67), entre los más frecuentes los antibióticos y los antidepresivos, presión arterial alta (41), todas las cifras aquí incluidas cursaban con cifras de presión diastólica mayor a 100 mmHg, gripe (35), tatuajes, piercing o acupuntura con agujas no propias en el último año (31), personas que se mostraron nerviosas ante el procedimiento o que no regresaron luego de solicitar ir al servicio sanitario (17), con enfermedad infecciosa al momento de la donación (15), personas con peso menor

de 50 Kg (14), antecedentes de cirugías recientes, no portar identificación y cifras de presión arterial baja (13), en este último caso presión diastólica menor a 70 mmHg, Donación reciente (9), enfermedades de transmisión sexual reciente (8), Vacunación con virus atenuados reciente y cirugías programadas (7), dermatitis seborreica activa, (5), dos casos de implantes de hueso y uno de dismenorrea.

Entre las causas de rechazo permanente están: enfermedad cardíaca (16), antecedentes de Hepatitis B (12), antecedentes de cáncer, enfermedades autoinmunes (4), epilepsia y relación sexual hombre con hombre (3), riesgo de enfermedad de Chagas y uso de drogas (2).

Se determinaron 31 casos de rechazo temporal donde la norma se aplicó incorrectamente y debieron haber sido aceptados.

56 donantes que no presentaron ninguna causa de exclusión y pasaron a la sala de donación, no lo pudieron concluir porque las venas colapsaron.

CONCLUSIÓN

Los criterios de aceptación de donantes deben estar bien establecidos de manera que se pueda asegurar que los esfuerzos que hace el donante y el servicio, en la obtención de unidades de sangre, sea canalizados efectivamente en el tratamiento de los pacientes, no solo con productos suficientes, sino que con un buen nivel de seguridad.

CAUSAS DE RECHAZO A CANDIDATOS A DONACIÓN DEL BANCO DE SANGRE DEL HGZ Y MF NO.1, PACHUCA, HGO.

Dra. Sandra Baca Rodríguez, Dra. Rossmery Cruz González
Banco de Sangre, HGZ y MF No.1 Pachuca, Hgo.

OBJETIVO

Conocer las principales causas de rechazo de los candidatos a donación que acuden al Banco de Sangre del HGZ y MF No 1 de Pachuca, Hgo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, observacional y comparativo. Se incluyeron a los disponibles que acudieron al Banco de Sangre del mes de julio del

2004 a febrero del 2005, se revisándose las historias clínicas de los rechazados.

RESULTADOS

Se atendieron un total de 2488 candidatos a donación de los cuales 769 donadores fueron rechazados, representando el 30.9% del total de disponibles valorados durante los primeros 8 meses posteriores a la reapertura del Banco de sangre del hospital. Las cinco principales causas de rechazo fueron factores de riesgo sexual un

19.1% siendo los hombres el mayor porcentaje, hematocrito bajo un 17.6% siendo las mujeres el mayor porcentaje, infección agregada un 7.28%, lesiones en boca 4.42% y suero lipemico 3.5%.

CONCLUSIONES

El principal motivo de rechazo es el antecedente personal de actividad sexual de alto riesgo, en nuestra población masculina siendo necesaria la concientización de las enfermedades que pueden ser adquiridas por transmisión sexual, los hábitos alimenticios hace que nuestra segunda causa de rechazo sea el hematocrito bajo, la lipemia tiene relación al tiempo de ayuno antes de presentarse a la donación se debe reforzar los requisitos para donar en trabajo social, así como el antecedente de infecciones o lesiones en boca, nos indica que es necesario crear estrategias para fortalecer la información de los requisitos de donación en nuestra población.

DETECCIÓN DE ANTICUERPOS IRREGULARES EN PACIENTES DEL HOSPITAL MÉXICO

Xinia Rojas-Camacho, Miguel Rodríguez-Pineda, John Meléndez-Howell+, Bernard Bonilla-Avenidaño, Sergio Campos –Rodríguez, Carlos Campos-Vargas, Esteban Salas-Solano, Carmen Rojas- Hernández, Ingrid Sanabria Altamirano, Juan Carlos Morera-Arias. Banco de sangre Hospital México bancosangrehmex@ccss.sa.cr Tel 242 6666

OBJETIVOS

Determinar la frecuencia de anticuerpos irregulares en los pacientes del Hospital México

Se detectaron 265 pacientes con estudio de anticuerpos positivos, de los cuales 71(26.8%) son masculinos y 194 (73.2%) son femeninos. 82 pacientes (32%) tenían un historial de transfusiones previas en el Hospital México, de estos un 46.6% habían recibido dos unidades de glóbulos rojos y 60 (68.2%) recibieron tres o cuatro unidades. Con respecto a la especificidad del anticuerpo 39 (14.7%), no se logró identificar, 38 (14.3%) correspondían a Anemias hemolíticas autoinmunes, 140 (52.8%) desarrollaron un anticuerpo, 26(9.8%) correspondieron a mezclas de anticuerpos y 22 (8.3%) a anti D adquiridos pasivamente por profilaxis prenatal o post transfusión de plaquetas. Las especificidades de los anticuerpos en orden decreciente

MATERIALES Y MÉTODOS.

Se analizaron todos los registros transfusionales de los años 2005 y 2006, detectando los pacientes que presentaron anticuerpos irregulares, se obtuvo el sexo, la especificidad y el historial de transfusiones en nuestro centro de trabajo. La detección de anticuerpos fue realizada con el sistema de gel Diamed, utilizando tres células y la identificación con la misma herramienta con un panel de 11 células con y sin tratamiento con enzima. Resultados

fueron: anti E (50), anti Kell (17), anti c (13), anti Jka (12), anti Lea (9), anti D (8), anti e (79), anti Fya (6), anti C (6), anti M y anti S (4) anti P, Leb, I y s (1). Y de las mezclas fueron D+C (6), Jka+E (3), Fya+E (2), Jka+E (2), y las siguientes con uno C+e, c+E, E+K, E+C, M+Fya, D+Jka, Fya+c, M+S, D+S, S+c, D+E, D+C+E, P+Fyb+c+e, P+C+Jka.

CONCLUSIÓN

La detección de anticuerpos irregulares pre-transfusionalmente generan un trabajo extra para obtener sangre compatible independientemente si la solicitud es para transfusión o reserva para sala de operaciones. En esta casuística el 465 de los anticuerpos involucrados fueron los antígenos C,c,E,e,Kell. La introducción del tamizaje de

ANTICUERPOS IRREGULARES CONTRA ERITROCITOS EN DONANTES DEL BANCO NACIONAL DE SANGRE.

Autores: Jimmy Villalobos-Venegas, Maritza Wittingham-Quirós, Cinthya Vargas-Castro
Lugar de Trabajo: Banco Nacional de Sangre - E mail: jvillalve@ccss.sa.cr - Teléfono: 280-98-93

OBJETIVOS

Describir la distribución de los principales anticuerpos contra eritrocitos identificados en el Banco Nacional de Sangre durante Junio 2006 a Enero 2007.

MATERIALES Y MÉTODOS.

Se realizaron durante el periodo de junio 2006 a enero 2007, 15834 estudios por anticuerpos irregulares contra eritrocitos, utilizando células rastreadoras I, II y III DIAMED, suspendidas en solución de baja fuerza iónica, según recomendaciones del fabricante. La identificación de los anticuerpos se realizó utilizando el panel de 11 células y el panel papainizado, DiaMed, según recomendaciones del fabricante.

RESULTADOS

De los 15834 estudios realizados, 30 resultaron positivos. La distribución encontrada fue de 7 anti Lea (23.3%),

4 anti D (13.3%), 4 estudios no concluyentes (13.3%), 3 anti Cw(10.0%), 3 anti E (10.0%), 3 anti Kell (10.0%), 3 anti M (10.0%), 1 anti Fya(3.3%), 1 anti Lua (3.3%) y 1 anti S (3.3%).

CONCLUSION

Los anticuerpos irregulares contra eritrocitos encontrados en los 15834 donadores del Banco Nacional de Sangre de Costa Rica, durante el periodo comprendido entre junio 2006 y enero 2007, presentan una tasa de aparición de 1 por cada 527 estudios realizados. Principalmente corresponden a las siguientes especificidades por orden de frecuencia descendente: anti Lea , 4 anti D, anti Cw, anti E, anti Kell y anti M que representan más del 77% de los eventos. Anticuerpos dirigidos contra los antígenos Fya , Lua y S, representan solo el 10% de los hallazgos. Estos anticuerpos se relacionan con embarazos o aparición natural en los donantes de sangre.

PERFIL DE MARCADORES DE HEPATITIS B EN DONADORES DEL BANCO NACIONAL DE SANGRE.

Autores: Jimmy Villalobos-Venegas, Cinthya Vargas-Castro, Hayleen Campos-Arguedas, Danny Cabezas-Garita, Rosa Cento-Muñoz, Lázaro Guerra-Piñeiro - Lugar de Trabajo: Banco Nacional de Sangre - E mail: jvillalve@ccss.sa.cr - Teléfono: 280-98-93

OBJETIVOS

Identificar los principales perfiles de marcadores de Hepatitis B en los 652 estudios realizados en el Banco Nacional de Sangre durante el año 2006.

MATERIALES Y MÉTODOS.

Se realizaron durante el año 2006, un total de 652 estudios por los marcadores de hepatitis B a las muestras positivas por Core Total y/o HBsAg. Los marcadores que se estudiaron fueron: anti HBs, HBeAg, anti HBe y Core M, en el equipo automatizado AxSYM Plus, Abbott Healthcare S. A, según recomendaciones del fabricante.

RESULTADOS

Se lograron identificar 8 patrones de los cuales su distribución por orden ascendente de frecuencia se presenta

a continuación: Infección Recuperada, Infección Recuperada o falso positivo, Portador Crónico HBsAg variante, portador crónico, Transición de Infección aguda a recuperación, Infección convalescente temprana / portador crónico temprano, Infección aguda muy temprana y Infección aguda en vías de recuperación.

CONCLUSION

El 90,3% de los estudios corresponden a solo dos patrones: Infección Recuperada un 72.9% e Infección Recuperada o falso positivo un 17.5%. Los patrones restantes se distribuyen en el 9.7% de los estudios restantes. Solo 5 de los 652 estudios realizados, presentan el marcador Core Total negativo. En el 82.5% de los estudios realizados el marcador Core Total se acompaña por uno o más marcadores positivos, lo cual confirma la importancia del mismo como indicador de riesgo transfusional de hepatitis B.

CONTROL DE ESTERILIDAD DE LOS POOLES DE PLAQUETAS. HOSPITAL MÉXICO

Xinia Rojas-Camacho, González-Rojas Paulina, Soto-Quirós Carlos, Miguel Rodríguez-Pineda, Banco de sangre Hospital México - bancsangrehmex@ccss.sa.cr Tel: 242 6666

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de pooles de plaquetas contaminados con bacterias. Materiales y métodos. Las transfusiones de plaquetas en el Hospital México se preparan los pooles de seis concentrados en el banco de sangre. Luego el pool se somete al proceso de leucoreducción utilizando filtros Pall y del producto se obtiene una muestra, para inocular un frasco de hemocultivo de Bact-Alert3B. Dicho frasco se traslada al Laboratorio de Bacteriología para su respectivo trámite. En caso de que el autoanalyzer de la alerta del que el cultivo está positivo, se procede a realizar una tinción de Gram para dar parte al médico tratante. Resultados: De 1206 pooles de plaquetas que se prepararon durante el año 2006, se obtuvieron 40 positivos (3.3%).

Los gérmenes aislados fueron:

Staphylococcus epidermidis	15
Staphylococcus wanneri	5
Staphylococcus aureus	4
Staphylococcus hominis	3
Staphylococcus cohnii	2
Staphylococcus capitis	2
Comamonas testateoni	3
Bacilos Gram Positivos	6

CONCLUSION

El 96.7 % de las transfusiones de plaquetas, en el año 2006 en el hospital México se respaldaron con un cultivo bacteriano negativo, del 3.3% de transfusiones donde

el cultivo resultó positivo, solamente dos casos presentaron sintomatología asociada: uno con un absceso en el sitio de infusión de la transfusión donde el cultivo de la lesión demostró el mismo germen y otro donde el paciente desarrolló hipotensión, fiebre y escalofríos. Ambos recibieron antibiótico terapia. El resto de pacientes no reportó un evento clínico asociado a la transfusión. Esta discordancia clínica y laboratorio se puede explicar de dos maneras, la contaminación se dio a la hora de inocular el frasco de hemocultivo o el concentrado de plaquetas estaba contaminado pero por el soporte de antibióticos que el receptor usualmente tiene el cuadro clínico no se hizo manifiesto.

BANCO PÚBLICO NACIONAL DE REFERENCIA DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL

Autores: del Pozo A* - Gamba C* - Marcos MA* - Van del Velde J** - Remesar M*, Trevani H** - Kuperman S – Marcos Yanina***Lugar de Trabajo:*Banco Nacional Público de Sangre de Cordón Umbilical, Servicio de Hemoterapia Hospital de Pediatría Prof. Dr. JPGarrahan ** Hospital Materno Infantil Ramón Sardá *** Hospital de Clínicas General San Martín
Correo Electrónico del autor principal: adelpozo@speedy.com.ar o adelpozo@garrahan.gov.ar

OBJETIVOS

Comunicamos la actividad del Banco Nacional Público No Relacionado de Argentina, describiendo los procedimientos y resultados relevantes.

MÉTODOS

Incorporación de maternidades y obstetras individuales al programa. Capacitación de los participantes. Captación de las embarazadas para donar la SCU. Obtención de Consentimiento Informado, evaluación clínica y cuestionario sobre conductas de riesgo de la donante. Luego del parto, personal entrenado, clampea el cordón y, previa asepsia, colecta la SCU in útero por gravedad, en una bolsa especialmente diseñada. Las unidades (U) se mantienen a 20-25° C hasta el procesamiento dentro de las 34 horas. Si reúnen los criterios se les retira el plasma y los GR (Protocolo Sepax UCB-HES) y son criopreservadas con una concentración final de DMSO al 10%. Se congelan y almacenan en el Sistema de BioArchivo. Se caracterizaron para: Células Nucleadas Totales (CNT), CD34+, Infecciones Transmisibles por Transfusión (ITT), contaminación microbiana, HLA (A, B y DR) y se evaluó un frotis. Los resultados se expresan como mediana (rango) o media \pm DS.

RESULTADOS

Desde agosto de 2005 a febrero de 2007, enrolamos 1304 donantes provenientes de 11 maternidades. En este trabajo analizamos 140 U de una sola maternidad. El volumen medio colectado fue de 66 ml (rango 22-166). Las U procesadas (n=99) rindieron $74 \pm 7\%$ de las CNT colectadas, con un recuento final de $0,84 \pm 0,36 \times 10^9$ CNT y $2,56 \pm 2,11 \times 10^6$ CD34+ (n=82) y la media del recuento de GR nucleados (n=61) fue de 6% (rango 0-20 %). ITT: 1 U HBcore reactivo con HBsAg negativo y otra Chagas reactiva. No hubo reactivos para HCV, HIV y Sífilis. Estos concordaron con los de las U. Tres U presentaron cultivos microbianos positivos (E coli, Bacteroides fragilis y una con Enterococo y Citrobacter freundii), éstos pueden atribuirse a flora normal de piel, vagina y fecal. El HLA de 56 unidades mostró variantes comunes en la población Argentina (ej: A68, B3519, DR08) además de alelos poco frecuentes como el A80. Conclusiones: Estos resultados son similares en eficiencia a los comunicados en la literatura y muestran que podemos desarrollar con éxito un Banco Público y lograr unidades con perfiles de pueblos originarios poco frecuentes en los registros internacionales.

PREVALENCIA DE GENOTIPOS DE LA HEPATITIS C EN DONADORES DE SANGRE.

Autores: Dra. Marielos San Román Johanning, Dra. Elizabeth Rojas Cordero
Laboratorio de Biología Molecular, Laboratorio Clínico Clodomiro Picado T. Hospital San Juan de Dios
Correo electrónico, del autor principal. eliroj@costarricense.cr
Tel 223 92 50, 257 59 94

El presente trabajo tiene como objetivo la determinación del genotipo más frecuente del virus de la Hepatitis C en donadores de sangre. El estudio se realizó de enero 2005 a diciembre 2006 con un total de 129 muestras de plasma de individuos portadores del virus de la Hepatitis C y con cargas virales > 500 UI/ml. El análisis se realizó en el equipo P7000 (Applied Biosystem) por medio de la técnica de PCR en Tiempo Real y reactivos de ABBOTT Laboratorios. Del total de muestras (129) solo 10 (8%) son donadores: Hospital México (4) y Hospital San Juan de Dios (6), obteniéndose los siguientes resultados: 5 individuos 1b (50%), 3 son 2a (30%) y 2 son 1a (20%). De lo anterior se concluye que el genotipo más frecuente es el 1 (1a y 1b) 70% siendo este genotipo el de menor respuesta al tratamiento. Genotipos VrsHospital

	1b	2a	2b	3	4	5	6	
1a								
H.Mexico	2	2	0	0	0	0	0	0
H.S.J.D.	0	3	3	0	0	0	0	0
Total	2	5	3	0	0	0	0	0

PRESCRIPCIÓN RAZONADA DE CONCENTRADOS ERITROCITARIOS EN LOS SERVICIO DEL HGZ Y MF NO. 1.

Dra. Rossmery Cruz González, Dra. Sandra Aideé Baca Rodríguez.
HGZ y MF No 1, Pachuca, Hgo.

OBJETIVOS

Determinar si la prescripción de concentrados eritrocitarios se efectúa en forma razonada acorde a la NOM-003-SSA2-1993 y a las recomendaciones para la terapia transfusional de sangre y sus componentes sanguíneos., en los servicios del HGZ Y MF NO 1.

MATERIALES Y MÉTODOS.

Se realizó un estudio prospectivo, transversal, observacional y descriptivo. Se incluyeron solicitudes de concentrados eritrocitarios enviadas por los servicios. Estas se compararon con los expedientes clínicos así como con las indicaciones correspondientes a cada caso comparándose con las descritas en la NOM-003-SSA2-1993 y con las recomendaciones para la terapia transfusional de sangre y sus componentes sanguíneos.

RESULTADOS

Se incluyeron un total 400 solicitudes enviadas, siendo 75 urgencias, 120 medicina interna, 90 cirugía general, 35 pediatría y 80 ginecología y obstetricia de las cuales 320 estaban bien requisitadas y 80 mal requisitadas en base a la NOM-003-SSA2-1993. Solo se transfundió el 73.5 % (294) de lo solicitado, de los cuales solo 78% (229) cumplió con las recomendaciones para la terapia transfusional de sangre y sus componentes sanguíneos. De los 294 expedientes de pacientes transfundidos el 76%(223)

fueron acorde a lo establecido por la norma y el 24 % (71) se encontraron fuera de norma.

CONCLUSIONES

La importancia de los resultados radica en que aun contamos con una deficiencia por parte de algunos médicos para llevar a cabo la terapia transfusional y el desconocimiento por los mismos de la NOM-003-SSA2-1993 y de las recomendaciones para la terapia transfusional de sangre y sus componentes sanguíneos., conlleva a solicitar y transfundir de manera incorrecta, por lo que es de vital importancia continuar con la capacitación constante por parte de nuestro servicio ya que parte importante de la terapia transfusional la llevan a cabo los médicos tratantes.

IMPORTANCIA DE LA INMUNOPROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD HEMOLÍTICA PERINATAL POR ANTI-D

Torres, OW, Oliveto F, Direne M. Servicio de Hemoterapia e Inmunohematología. Hospital Materno-Infantil Ramón Sardá. Ciudad de Buenos Aires. Argentina - owt@ciudad.com.ar 5411-4308-0802

MARCOS DE REFERENCIA

La incompatibilidad Rh afecta aproximadamente al 5% de las parejas. Entre 1 y 10% de las madres D negativo se sensibiliza luego de su primer embarazo; 30% luego del segundo, y 50% con posterioridad al tercero. El riesgo de sensibilización post aborto es de 2%, y se eleva a 4-5% después de un aborto provocado. En nuestro país la inmunización Rh sigue teniendo una incidencia importante y con persistencia de las formas graves de Enfermedad Hemolítica Perinatal (EHP).

OBJETIVO

Conocer el porcentaje de gestantes D negativo sensibilizadas que concurren a nuestra institución, las causas de inmunización y demostrar la importancia de la profilaxis anti-D.

METODOLOGIA

De una población de 4798 gestantes D negativo estudiadas entre el 01/01/96 y el 31/12/05, 585 (12,19%) estaban sensibilizadas al antígeno D. La edad promedio fue de 31 años. Durante la primera consulta se investigaron las probables causas de sensibilización, edad gestacional, títulos de anti-D inicial y antecedentes de riesgo para EHP. Los estudios inmunohematológicos (ABO, Rh, fenotipo Rh, detección e identificación de anticuerpos irregulares, título y score) con técnicas de aglutinación en columnas de gel de sephadex (DiaMed)®, según especificaciones del fabricante.

RESULTADOS

Esta investigación nos permitió conocer que la principal

causa de sensibilización fue la falta de profilaxis anti-D y se comprobó que un elevado porcentaje de nuestra población concurre tardíamente al control inmunohematológico de primera vez. (48,71% en el segundo trimestre de gestación y 38,20% en el tercero). Los títulos de anti-D hallados fueron en su mayoría clínicamente significativos. Entre los antecedentes de EHP: 206 abortos, 64 fetos muertos, 142 exanguinotransfusiones, 258 luminoterapia, 23 hidrops fetal, 59 muertes neonatales.

CONCLUSIONES

A pesar de que las normas y leyes vigentes hacen obligatoria la prevención de la EHP, sigue siendo preocupante el elevado porcentaje de embarazadas sensibilizadas (12,19%) por falta de profilaxis, por eso destacamos la importancia de la profilaxis anti-D en todas sus indicaciones (pre y postnatal) y la necesidad de información y educación a las mujeres D negativo en edad fértil, para lograr que concurren tempranamente al control inmunohematológico de primera vez. De esta manera, se hubieran podido evitar 585 sensibilizaciones en el período analizado en este trabajo.

BIBLIOGRAFIA

La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2006. Oxford, Update Software Ltd. 2-Lopez de Roux MR, Lázaro Cortina R. Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter 2000;16(3):161-83. 3-Guidelines for blood grouping & antibody screening in the antenatal & perinatal setting. Australian & New Zealand Society of Blood Transfusion. 2nd Ed. 2004. 4-Normas Técnicas y Administrativas de Hemoterapia. Res. 865/06. Minist. Salud y Ambiente. Rep. Argentina.

HEMOLISIS GRAVE POR INCOMPATIBILIDAD ANTI-D EN UN CASO DE TRASPLANTE DE PULMON ABO IDÉNTICO. SÍNDROME DEL LINFOCITO PASAJERO.

Castellá MD, Pujol M, Moreno A*, Maroto S, Hurtado M, Salgado M y Muñiz E. BST – Barcelona. Vall d'Hebron. *Servei de Neumologia de l'Hospital Materno-Infantil vall d' Hebron. Ban de Sang i Teixits, Barcelona, España mdcastel@vhebron.net - anggonzalez@vhebron.net

La hemólisis en el contexto de un trasplante puede ser debida a la respuesta inmune de los linfocitos que contiene el órgano trasplantado (síndrome del linfocito pasajero).

CASO CLINICO

Varón de 6 años, grupo A positivo, trasplantado de pulmón de una donante A negativa.

Durante la intervención se le transfundieron 11 CH, 15 CP y 9 PF. La determinación de anticuerpos irregulares fue negativa en el momento del trasplante. A las cinco semanas postrasplante el paciente presentó palidez e ictericia. La analítica reveló: hemoglobina 65 g/dL (92 g/dL una semana antes), volumen corpuscular medio de 102.2 fL, bilirrubina total 3.9 mg/dL y directa 0.9 mg/dL, lacticodeshidrogenasa 866 UI. La prueba de la antiglobulina directa era positiva por IgG.

En el suero se demostró la presencia de anticuerpos anti-D (título 1/128), anti-C y anti-E. El eluido de los hematíes contenía un anticuerpo de especificidad anti-D. El anti-D del suero se pudo absorber con hematíes D + (pero no con hematíes D -). Se descartó la posibilidad de un D parcial. Con estos resultados se estableció el diagnóstico de hemólisis por incompatibilidad anti-D y se incrementó la dosis de corticoides a 4 mg/k/24 horas durante cuatro días. El paciente requirió la transfusión de 7 unidades de CH A negativo. La hemólisis persistió durante un mes y fue gradualmente desapareciendo a medida que los hematíes del paciente iban siendo reemplazados por los hematíes trasfundidos. El título del an-

ticuerpo en suero fue decreciendo hasta ser indetectable al cabo de tres meses.

CONCLUSION

Conclusión: La hemólisis inmune es una de las complicaciones de los trasplantes de órganos.

El conocimiento de los mecanismos patogénicos implicados en cada caso es imprescindible para un correcto manejo de los mismos.

Barco GE1, Estrada AP1, Londoño LM1, López JA1, Restrepo AC1, Zuleta JJ23 y Jaramillo S.1 Banco de Sangre Hospital Pablo Tobón Uribe. Medellín Colombia. 2 Unidad de Investigaciones Hospital Pablo Tobón Uribe 3 Universidad de Antioquia - sjaramillo@hptu.org.co - (57 4) 4459392

OBJETIVO

Determinar la frecuencia del soporte transfusional en pacientes con lesiones por MAP.

METODOLOGIA

Estudio descriptivo, retrospectivo de 2003 a 2006. Las medidas de resumen se seleccionaron según la distribución de los datos.

RESULTADOS

Hubieron 312 heridos por MAP, 311 (99.7%) de sexo masculino, el 94.9% eran militares, con una mediana en edad de 24.4 años (p25: 21.3 - p75: 26) y una mediana de 13 días (p25: 13 - p75: 28) de estancia hospitalaria. 101 habían tenido atención prehospitalaria. Al ingreso la media de hemoglobina fue 13.0 g/dl (DS 3.1), mediana de presión arterial sistólica de 130 mm Hg (p25: 110 - p75: 140), diastólica de 70 mm Hg (p25: 65 - p75: 80), frecuencia cardiaca 92.9 por minuto (DS 18.3) y frecuencia respiratoria 18 por minuto (p25: 16 - p75: 20). Se transfundieron 425 unidades en 177 pacientes. El número de unidades de los 78 pacientes transfundidos durante la atención inicial fue así: GR: 3 (p25: 2 - p75: 4), PFC: 9 (DS 3.5), CRIO: 1 paciente con 6 unidades, PLAQ: 9 (DS 3.5). Durante la evolución se transfundieron 169 así: GR: 5 (p25: 1 - p75: 8), PFC: 7.2 (DS 5.2), PLAQ: 6.5 (DS 2.8) y ninguno recibió CRIO. 160 pacientes requirieron

amputación de al menos una parte de sus extremidades y uno tuvo amputación en las cuatro. Los grupos sanguíneos O+ (131, 42%) y A+ (58, 18.6%) fueron los más relevantes. El 95.8% fueron dados de alta vivos.

CONCLUSIONES

Conocer las características clínicas y transfusionales de las lesiones por MAP permite establecer protocolos de manejo inicial y quirúrgico. El Banco de Sangre debe tener una reserva de sangre y componentes suficientes para brindar una atención oportuna al paciente.

PLAQUETAFERESIS EN EL HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE

Barco GE1, Estrada AP1, Londoño LM1, Zuleta JJ23 y Jaramillo S.1
1 Banco de Sangre Hospital Pablo Tobón Uribe. Medellín Colombia. 2 Unidad de Investigaciones Hospital Pablo Tobón Uribe 3. Universidad de Antioquia
sjaramillo@hptu.org.co - (57 4) 4459392

OBJETIVO

Describir los procedimientos de plaquetaféresis y analizar: tipo de maquina, volumen sanguíneo procesado, acceso vascular. En los donantes: edad, sexo, tipo y plaquetas previas al procedimiento y complicaciones.

METODOLOGIA

Estudio retrospectivo, descriptivo de 1999 a 2006.

RESULTADOS

Se realizaron 2183 procedimientos distribuidos en las siguientes máquinas: CS 3000 plus 1024 (46.9%), Amicus 644 (29.5%), Haemonetics 502 (23.0%), Cobe Spectra 8 (0.4%) y Trima 5 (0.2%). Hubo 1285 donantes de sexo femenino (58.9%), la mediana de edad 32.7 años (p25: 25.8 - p75: 40.2). Los donantes voluntarios fueron 840 (38.5%) y 1343 (61.5%) fueron de reposición. 198 (9.1%) de los voluntarios fueron repetitivos; con dos donaciones 99 (%), con tres 36 (%), con cuatro o más 63 (%). En 1028 (47.1%) hubo acceso venoso doble. La media de volumen de sangre procesada fue 3746.8 mililitros (DS 731.1). El tiempo efectivo por procedimiento tuvo una mediana de 84.9 minutos (p25: 73 - p75: 95). La mediana de plaquetas previa al procedimiento fue de 319000 por mm³ (p25: 288 - p75: 358). El coeficiente de correlación de Spearman entre el número de plaquetas y tiempo del procedimiento fue de -0.42 (Valor de p = <0.001). Las

complicaciones con el donante se presentaron en 34 casos, siendo ellas mareo (10), hipocalcemia (7), náuseas y vómito (3) y otras (14). Por mal funcionamiento de la máquina fueron 53, en 3 casos se suspendió. Los problemas con el acceso vascular fueron 82, en 13 casos se suspendió. Las pruebas reactivas para infecciones fueron todas de donantes de reposición.

CONCLUSIONES

Los procedimientos de plaquetaféresis son seguros. Contar con donantes voluntarios repetitivos disminuye la probabilidad de descartar unidades por infecciones.

Autores: Dra. Nora Etchenique – Dr. Hugo Luengo – Dra. Alicia Catenaro – Dr. A. Gustavo Dallasta – Dra. Adriana Marino – Dra. Marisa Martino – Dra. Mónica Real – Dr. Carlos Duckardt – Dr. Jorge Rimorini – Dr. Luis Cavallín.
E Mail: hemoba@hemo.ms.gba.gov.ar - Centro y Dirección: Instituto de Hemoterapia – calle 15 esq. Avda. 66 – 1900 La Plata – Pcia. de Buenos Aires, Argentina. - Tel.: 0054 – 0221 - 4518135

OBJETIVO

Presentar los resultados observados en la admisión de potenciales donantes de sangre y plaquetas por aféresis en el transcurso de once años de trabajo.

MATERIAL Y METODOS

Todas las acciones están referenciadas al marco legal y normativo nacional y provincial: Ley Nacional de sangre 22.990, Ley Provincial de Hemoterapia 11.725/95, Decreto Reglamentario 3.716/97 y Normas Técnicas y Administrativas de hemoterapia 2002.

RESULTADOS

Donantes: 354.455 – Descartes Totales: 29.673 – Total descartes permanentes: 7668 (25,84 %) – Total descartes temporarios: 22.005 (74,16 %).

CONCLUSIONES

El proceso de selección del donante en sus variadas actividades reviste una gran importancia para la seguridad transfusional. La Entrevista Médica de Consultorio de Admisión previa a la donación es en la seguridad transfusional un instrumento trascendente. Los motivos de exclusión de mayor número fueron: las relaciones sexuales

de riesgo, el hematocrito o la hemoglobina bajos, la hipertensión tratada médicamente, distintas causas médicas no codificadas, los tatuajes, la gripe, la hipertensión al momento de la donación y la falta de ayuno.

EXPERIENCIA EN EL TAMIZAJE DE SEROLOGÍA INFECCIOSA A LOS BANCOS DE SANGRE DE 5 INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD COMO PROYECTO PILOTO DEL PLAN NACIONAL DE REGIONALIZACIÓN EN MÉXICO, D.F

Sagrario Romero-Estrella, Lilia Infante-Ramírez, Gabriela Díaz-del-Monte, Patricia Berrón-Ruiz, Sergio Miguel Gómez-González y Rafael Antonio Marín-Y-López.
Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea (CNTS) México, D.F. México
Correo electrónico del autor principal: sagrario_romero@hotmail.com
Teléfono. (01 52) 55 51194620, ext. 1310-1313

INTRODUCCION

En los países de América Latina, los Bancos de Sangre son en general pequeños y se encuentran incorporados a los hospitales, lo que conlleva importantes deficiencias técnicas e ineficiencias económicas. La experiencia internacional ha demostrado que los modelos de concentración de recursos son eficaces ya que permiten mejorar la calidad de procesos y productos junto con un incremento en la eficiencia en el uso de los recursos humanos y materiales. Regionalizar corresponde a centralizar la recolección, producción y almacenamiento de sangre y sus hemoderivados en Bancos de Sangre de mayor escala, con tecnología de automatización de procesos y de informatización.

Como proyecto piloto del Plan Nacional de Regionalización de Bancos de Sangre en el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea (CNTS) en la actualidad se trabaja con 5 Institutos Nacionales de Salud: I.N. de Perinatología, I.N. de Rehabilitación, I.N. de Ciencias Médicas y Nutrición, I.N. de Enfermedades Respiratorias y el Hospital Infantil de México, de los cuales se concentró el tamizaje del total de sus pruebas en el laboratorio del CNTS para los marcadores VHC, VHI, AgsHB, T. cruzi, T. palidum y Brucella.

OBJETIVO

Reportar los resultados del proyecto piloto del tamizaje

de serología infecciosa a los bancos de sangre de 5 Institutos Nacionales de Salud como parte del Plan Nacional de Regionalización en México.

MATERIALES Y METODOS

Se implementó un Sistema de Gestión de Calidad en el área de Laboratorio para obtener la certificación bajo la Norma ISO 9001:2000. Como primer paso se programó capacitación del personal en el área necesaria unificando criterios y estandarizando los procesos a través de procedimientos técnicos documentados. Se implementó un programa de control de la red fría, el cual nos permite asegurar la integridad y la estabilidad de reactivos y controles internos. Se implementa un programa de Control de Calidad Interno con el uso de controles débiles, elaboración y análisis de gráficas control, complementado con programas de calidad de equipos: mantenimiento, calibración y verificación. Se establecen 14 indicadores del desempeño, entre los cuales se miden la generación de producto no conforme y la aplicación de algoritmos de decisión, monitoreados mensualmente, y cuyos resultados son enviados a los centros de recolección para la implementación conjunta de acciones de mejora. Se estableció logística de recolección de muestras asegurando las condiciones de conservación y trazabilidad de datos, al igual que el envío oportuno de resultados por medios electrónicos manteniendo la confidencialidad

RESULTADOS

Es evidente la optimización de los recursos humanos, organizando y distribuyendo actividades, de igual manera en relación a los materiales. Hasta el momento se ha logrado el tamizaje de 24,526 muestras con un total de 86,673 pruebas realizadas. La concentración de los recursos demostraron la mejora en la calidad de los procesos y los beneficios en la disminución de los costos, los cuales se observan en la gráfica siguiente

CONCLUSIONES

La sensibilización y compromiso del personal, aunado a su experiencia, fue primordial para el logro de la meta. El proyecto piloto del tamizaje de serología infecciosa de 5 bancos de sangre dio la pauta para determinar los puntos críticos del proceso y su logística en el área de serología, así como información importante para el logro de la implementación del Plan Nacional de Regionalización.

PREVALENCIA DE MARCADORES SEROLÓGICOS DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA TRANSFUSIÓN DE SANGRE. 2006 HOSPITAL MÉXICO

Xinia Rojas-Camacho, Miguel Rodríguez-Pineda, Gilberto Méndez-Vargas - Banco de sangre hospital México - bancasangrehmex@ccss.sa.cr Tel: 242 6666

OBJETIVO

Determinar la prevalencia de los marcadores serológicos para los agentes infecciosos relacionados a transfusión de sangre y componentes.

MATERIALES Y METODOS

Se analizaron todos los reportes de la serología donadores que fueron realizadas durante el año 2006. Las pruebas de anticuerpos anti VIH, Anticuerpos anti Core total, Antígeno de superficie de hepatitis B (HBsAg), Anticuerpos anti Hepatitis C (VHC), se realizan utilizando AxSYM de Abbott, la serología de Chagas se realiza con dos kits: el recombinante y el lisado de Wiener, y la determinación para anticuerpos anti HTLV se realizó por Vironostika, Biomerieux. Los sueros reactivos para VIH se enviaron a un centro de referencia para Western blot, los que dieron la prueba reactiva para VHC, se les aplicó un dot blot si la lectura del Elisa fue menor de 2.0 y un PCR si fue mayor. Los sueros reactivos con VDRL se les confirmo con FTA, Los reactivos por HBsAg se les realizó la serología completa por Hepatitis B para relacionar el resultado a la infección. Las pruebas reactivas del tamizaje de Chagas y HTLV, no se les realizó prueba confirmatoria

RESULTADOS

Se tamizaron 4900 donaciones de sangre durante el año 2006.

Marcador serológico	Reactivos	Confirmados
Anticuerpos anti VIH	12 (0.25%)	1 (0.02%)
HBsAg	8 (0.16%)	8 (0.16%)
Anti core Total	172 (3.5%)	-
Anticuerpos anti VHC	35 (0.7%)	2 (0.04%)
Anticuerpos Anti Tripanosoma cruzi	12 (0.24%)	-
Anticuerpos anti HTLV	5 (0.1%)	-
Anticuerpos anti Treponema palidum	1 (0.02%)	1 (0.02%)

CONCLUSIONES

Los marcadores serológicos en donantes de sangre en Costa Rica se encuentran dentro de lo esperado para poblaciones similares. Vale la pena hincar que el resultado de falsos positivos en Hepatitis C es alta y se pierden recursos, donantes y se genera mucha ansiedad cuando el donante recibe el comunicado, a pesar de la indicación por parte del personal del banco de sangre que corresponde a un falso positivo

Arellano-Montecinos Miguel; Maldonado-Rojas Mónica; Vásquez-Rojas Marcela. Departamento de Bioquímica Clínica e Inmunohematología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Talca. Chile. mvasquero@utalca.cl - 56.71-200488

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de donantes de sangre grupo O, del Hospital Regional de Talca, con altos títulos de anticuerpos del sistema ABO.

METODOLOGIA

Entre Julio a Diciembre de 2005 se obtuvieron muestras de sangre de un total de 255 donantes de sangre grupo O, atendidos en el Hospital Regional de Talca. A todos ellos se les determinó título de anticuerpos anti A y anti-B de isotipo IgM y se detectó la presencia de anticuerpos IgG del sistema ABO, previa inactivación de los anticuerpos naturales con ditiotreitól 0,01M. Las muestras que tenían anticuerpos IgG, fueron posteriormente tituladas usando fase AGH. En todos los ensayos se usó el método de hemaglutinación en tubo.

RESULTADOS

Del total de muestras analizadas, 93 correspondieron a mujeres y 162 a hombres, esta muestra representan el 6,5% del total de donantes atendidos durante el año 2005. El 48,2 % de los donantes estudiados presentaron altos títulos de anticuerpos anti-A/B isotipos IgM y/o IgG, considerando como título crítico valores iguales o superiores a 64 para isotipo IgM y 256 para isotipo IgG.

CONCLUSIONES

En la población estudiada se encontró una alta prevalencia de donantes grupo sanguíneo O con títulos de anticuerpos ABO por sobre los valores críticos, cuyos hemocomponentes con un alto contenido plasmáticos podrían, potencialmente, desencadenar reacciones hemolíticas severas en receptores no isogrupo.

USO DE TÉCNICAS ENZIMÁTICAS DURANTE EL CONTROL INMUNOHEMATOLÓGICO DE GESTANTES SENSIBILIZADAS AL ANTÍGENO D

Torres, OW., Direne, M.; López, G., Oliveto F, Di Pangrazio, M. Servicio de Hemoterapia e Inmunohematología. Maternidad “Ramón Sardá”. Ciudad de Buenos Aires. Argentina - owt@ciudad.com.ar – 5411-4308-0802

MARCO DE REFERENCIA

La detección de anticuerpos séricos irregulares (DAI) en embarazadas es una manera eficaz y sencilla para detectar o prevenir la Enfermedad Hemolítica Perinatal (EHP). En nuestra Institución, cuando se detecta un Ac, se lo identifica sistemáticamente empleando dos técnicas de aglutinación en gel, una en medio de LISS-Coombs (L-C) y otra con células papainizadas para investigar otros Acs de importancia clínica para la EHP. Está demostrado que las técnicas enzimáticas (TE) evidencian Acs no detectados por métodos rutinarios.

OBJETIVOS

Demostrar la importancia de efectuar rutinariamente la identificación de Acs con dos técnicas diferentes. Mostrar la relevancia de realizar estos controles en gestantes sensibilizadas por la eventualidad de que Acs sólo detectados con TE puedan, en algún momento del embarazo, reaccionar en L-C, es decir con significado clínico. Conocer la prevalencia de Acs sólo detectados con TE asociados al anti-D.

METODOLOGIA

Entre enero de 2000 y diciembre de 2006 se estudiaron 2517 gestantes D negativo. Se les efectuó ABO, D, D débil, fenotipo Rh, prueba antiglobulínica directa y la DAI con técnica en gel-medio de L-C. Cuando ésta fue positiva, se identificó el Ac con dos técnicas en gel (DiaMed®) (L-C y TE). En las sensibilizadas al antígeno D se realizó el control inmunohematológico mensual siempre empleando ambas técnicas para evaluar si en algún momento de la gestación los Acs reactivos sólo con TE podían detectarse en L-C (clínicamente significativos).

RESULTADOS

De las 2517 muestras D negativo estudiadas, 344 (13.6%) tenían anti-D sólo identificable en medio L-C, y empleando TE (en el primer estudio o en posteriores), se demostró que en 89 (25,8%) existía una asociación con otros Acs cuyas especificidades eran: anti-Kell: 6 (1.8%), anti-C: 68 (19,8%), anti-E 12 (3.5%) y antiC+E 2 (0.6%). Durante los controles periódicos, en 10/89 muestras, se comprobó que algunos de los Acs que sólo reaccionaban con TE ya lo hacían en L-C, e inclusive pudieron ser identificados del eluido globular de los neonatos afectados por EHP causada por la asociación de Acs.

CONCLUSIONES

Los resultados confirman la importancia de investigar Acs séricos irregulares en todas las gestantes D negativo sensibilizadas con una técnica convencional y otra de sensibilidad aumentada. El conocimiento de una asociación de Acs permite tomar conductas diagnósticas y terapéuticas en tiempo y forma. Además, si bien los Acs reactivos sólo con TE son considerados de baja relevancia clínica, está justificada su investigación sistemática en sensibilizadas por la posibilidad de originar o exacerbar la clínica de la EHP.

BIBLIOGRAFIA

1-La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2006. Oxford, Update Software Ltd.2-Issit PD, Coombs MR, Bredehoeft SJ et al. Lack of significance of “enzyme-only” red cell alloantibodies. Transfusion 1993;33:284-93.3-Lapierre Y, Rigal D, Adam J et al. The gel test: A new way to detect red cell antigen-antibody reactions. Transfusion 1990;30:109-13

Calderón-Garcidueñas. Eva.; Millán-Rocha Miriam., Fernández-Torres Javier, Flores-Jiménez Ana., Cruz-Aliphath Armando., Correa-Sandoval Salvador., Ortiz-Calderón Pamela., Marín-López Antonio. Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, Secretaria de Salud, Ciudad de México evadel@servidor.unam.mx, pinguin105@hotmail.com mirimillan@yahoo.com.mx 51-19-46-20 al 28 ext. 1308 y 1312 - mvasquero@utalca.cl - 56.71-200488

Introducción: El Programa Mexicano de Sangre Placentaria CORDMX, inició actividades en junio de 2003 con recursos económicos procedentes de presupuesto federal y del Fondo Sectorial en Salud (CONACYT). El Programa Placentario que tiene como soporte, una colaboración institucional de 7 unidades maternas fijas en 3 estados de la República y un programa de donación en población abierta que ha logrado reunir a más de 100 unidades maternas en todo el país, ha realizado la criopreservación de la unidad número 1000 y ha beneficiado a 37 pacientes de diferentes estados de México y 4 pacientes de origen Latinoamericano que han recibido una unidad para trasplante. Objetivo: Mostrar la evolución de CORDMX al alcanzar las primeras 1000 unidades criopreservadas y mostrar el impacto social que ha representado para la población mexicana y algunos países de Latinoamérica.

Material y Métodos: Se han recolectado 2000 unidades de SCU, de las cuales 1000 han sido criopreservadas y validadas para trasplante. El inventario de CORDMX ha cubierto la necesidad de búsqueda de unidad, en las 200 solicitudes para trasplante que se han recibido, encontrándose unidades compatibles en HLA en el 97.8% de los casos (2.14% 6/6, 24.1% 5/6, 73.76% 4/6). Cuando no se encuentran unidades compatibles en el propio inventario, realiza la búsqueda inmediata en los registros internacionales de NETCORD-FACT. A la fecha se han importado 3 unidades de bancos de cordón gubernamentales de España y Francia. CORDMX cuenta con tecnología automatizada (SEPAX- BIOSAFE, BIOARCHIVE-THERMO-GENESIS) y basa sus procesos en los estándares internacio-

nales de NETCORD. Resultados: Actualmente el inventario de 1000 unidades criopreservadas y validadas, cumplen con los requisitos estrictos que establece NETCORD, teniendo como valores promedio: 9.04 x 10⁸ CN FINALES, 2.47 x 10⁶ CD34+/21mL, 80 % recuperación, 20.7% de E-Clone, 0.72 UFC x 10⁶, las cuales han sido tipificadas por HLA en el laboratorio de histocompatibilidad de CORDMX. (SSP DYNAL BIOTECH). CORDMX ha realizado 37 trasplantes en pacientes mexicanos y 4 en pacientes latinoamericanos. El impacto social del Programa Placentario ha permitido que el 37% de los trasplantes hayan estado exentos de pago, por ser pacientes de bajos recursos, en el resto de los pacientes, el costo de la unidad se ha establecido de acuerdo al nivel socioeconómico, en un rango de (0 a 6000 US). Una unidad de SCU a nivel internacional ronda los 25 000 US, lo que supone un ahorro del 70% del precio. CordMX fue nombrado miembro asociado de NETCORD en enero de 2006 y cuenta con la certificación ISO 9001:2000, además de participar en el control de calidad externo del Colegio Americano de Patólogos para los estudios de HLA. Conclusiones: México cuenta con un Programa Nacional de Sangre Placentaria, de carácter gubernamental que ha beneficiado mayormente a los pacientes de bajos recursos tanto del país como de Latinoamérica. Su inventario tiene representación de diversos grupos étnicos del país, lo que facilita encontrar unidades compatibles para los pacientes. El índice de efectividad de CordMX (número de unidades trasplantadas con respecto al inventario) es de 4.5% lo que coloca a México en el cuarto lugar mundial en trasplante.

PLAQUETAFÉRESIS EN EL HOSPITAL MÉXICO

Xinia Rojas-Camacho, Miguel Rodríguez-Pineda. - Banco de sangre Hospital México
bancosangrehmex@ccss.sa.cr Tel: 242 6666

OBJETIVOS

Determinar la efectividad de las donaciones de plaquetas y el impacto en la práctica transfusional del Hospital México.

MATERIALES Y METODOS

Se analizaron todas las donaciones de plaquetas durante el año 2006, dichos procedimientos se realizaron con una máquina TRIMA de Gambro BCT. Los donantes para este tipo de procedimiento, se reclutaron en la sala de donación de sangre, donde se valoró la calidad de la vena, luego se citaron conociendo el estatus serológico del donante. Se seleccionaron utilizando los mismo criterios que se utilizan en donantes de sangre, además se interrogó por ingesta de aspirina, y el recuento de plaquetas debió estar por encima de 200 000 Pks/ul. Se puntualizó las dificultades durante el procedimiento, el rendimiento y los resultados de los cultivos bacterianos del producto.

RESULTADOS

Se realizaron 163 procedimientos., de los cuales 105 (64.4%) fueron varones y 58 (35.6%) mujeres. Siete procedimientos resultaron fallidos por mala canalización de la vena. Seis presentaron parestesias, tres presentaron problemas de flujo que no ameritaron suspender el procedimiento, una hipocalcemia severa y una convulsión. De los 156 procedimientos que se concluyeron solo los tres procedimientos que presentaron problemas de flujo no lograron alcanzar en el control de calidad post procedimiento la cifra que se había programado a la máquina. Cincuenta de los procedimientos realizados se pudo obtener doble producto. A todos las recolecciones se les tomó una muestra que se inoculó en el un frasco de hemocultivo del sistema Bact-Alert3B, para asegurarse que No se incurrió en contaminación bacteriana, todos los cultivos dieron resultados negativos.

CONCLUSION

Los procedimientos de donación de plaquetas por aféresis han venido a solventar la alta demanda de este componente en nuestro Hospital, dado a la calidad del producto obtenido, que se respaldó en poscontroles de calidad y en los cultivos bacterianos. A pesar de que el costo de este procedimiento pueda verse elevado el hecho de poder recolectar doble producto en un solo donante hace que los costos disminuyan. El éxito del procedimiento depende de una buena punción, y ello depende también de la selección del donante consideramos que la promoción de este procedimiento debe hacer en la sala de donación luego de valorar la disposición y las venas del donante para asegurarse el éxito

Gómez Hernández Gregório, Vargas Vite Eduardo, Zavala Pineda Manuelita.
Instituto Mexicano del Seguro Social, Banco de Sangre, Hospital General de México

OBJETIVO

Ofrecer al personal de salud que participa en la terapia transfusional, una guía visual para la identificación y manejo del paciente con efectos adversos a la transfusión.

MATERIALES Y METODOS

Análisis de la literatura relacionada a la identificación y manejo de los efectos adversos a la transfusión, y la aportación de experiencias clínicas del personal médico que atiende a pacientes en terapia transfusional.

RESULTADOS

La guía presenta los diferentes tipos de efectos adversos a la transfusión que se presentan como consecuencia de la terapia con componentes sanguíneos, indicando su etiología, prevalencia, signos y síntomas, manejo, observaciones y prevención específica para cada una de ellas.

CONCLUSION

La propuesta de una Guía para la identificación y manejo de las reacciones transfusionales, facilitará en los servicios clínicos: a) una identificación temprana de las reacciones transfusionales, b) iniciar su manejo oportuno, y c) incrementar la prevención específica de cada una de ellas para brindar a los usuarios una experiencia transfusional más segura y confortable con rumbo hacia la hemovigilancia como estándar de atención.

DESARROLLO DE UN SITIO WEB EDUCATIVO PARA LA ENSEÑANZA Y BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN EN HEMOTERAPIA

Osvaldo M. SPINELLI 2; Mónica E. FITTIPALDI 2,1; Nora A. ETCHENIQUE 1
1) Instituto de Hemoterapia de la Provincia de Buenos Aires – Ministerio de Salud – Gobierno de la Provincia de Buenos Aires – Argentina. 2) Departamento de Informática Médica – Facultad de Ciencias Médicas – Universidad Nacional de La Plata – Buenos Aires – Argentina. ospineli@med.unlp.edu.ar ospineli@netverk.com.ar · pph@hemo.ms.gba.gov.ar 00 – 54 – 221 – 4823148 00 – 54 – 221 – 4573313

INTRODUCCION

La Internet y las nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) representan una poderosa herramienta para los educadores en el área de las ciencias de la salud. El uso combinado en la Web de textos, imágenes, audio y video permite contar con un medio ambiente propicio de aprendizaje online para que docentes y alumnos puedan obtener, procesar y usar información relevante para su formación.

OBJETIVO

El objetivo del presente trabajo fue desarrollar un sitio Web en forma de tutorial que centralice y facilite el acceso a las diversas fuentes de información y recursos educativos online de utilidad en Hemoterapia.

MATERIALES Y METODOS

El sitio Web se diseñó y construyó con tecnología Web Standard mediante lenguaje HTML, utilizando como editor de páginas Web el programa Microsoft® FrontPage® 2002. Como sitio de hosting y administración se utilizó el servicio gratuito de Cabspace Free Hosting.

RESULTADOS

Se elaboró un sitio Web de acceso libre ubicado en la siguiente URL: <http://hemoterapia.cabspace.com>. Dicho sitio permite el acceso directo a la base de datos referencial PubMed y sus tutoriales, vínculos a los principales sitios de Hemoterapia, revistas científicas y libros gratuitos, material didáctico y conferencias online. Posee además un módulo sobre aspectos básicos de la búsqueda de información. Los contenidos del sitio son de actualización constante y posee un contador de visitas que permite visualizar en forma gráfica el perfil de los usuarios.

CONCLUSION

El desarrollo de un sitio Web con muy bajos costos centralizando el acceso a las diversas fuentes de información y educación es una útil herramienta para la enseñanza y práctica médica diaria facilitando y reduciendo de manera significativa el tiempo de búsqueda.

Osvaldo M. SPINELLI 2; Mónica E. FITTIPALDI 2, 1; Nancy NIZZO 1; Gloria ROLÓN LUNA 1; Nora ETCHENIQUE 1.
1) Instituto de Hemoterapia de la Provincia de Buenos Aires – Ministerio de Salud – Gobierno de la Provincia de Buenos Aires – Argentina. 2) Departamento de Informática Médica – Facultad de Ciencias Médicas – Universidad Nacional de La Plata – Buenos Aires – Argentina.
ospineli@med.unlp.edu.ar ospineli@netverk.com.ar
pph@hemo.ms.gba.gov.ar · 00 – 54 – 221 – 4823148 00 – 54 – 221 – 4573313

LA WEB PROFUNDA (Deep Web) COMO FUENTE DE INFORMACIÓN EN HEMOTERAPIA: Estrategias de búsqueda

INTRODUCCION

La complejidad del campo de acción de la Hemoterapia y el rápido avance del conocimiento científico hacen del proceso de búsqueda y manejo de la información un importante desafío. La mayor parte de la información con valor académico y científico se encuentra en la Web Profunda, cuyo tamaño se estima 500 veces mayor al de la Web Superficial. La Web Profunda es el nombre que se le asigna a las páginas en la World Wide Web que no pueden ser localizadas por los robots de los motores de búsqueda convencionales y por lo tanto no están indexadas.

OBJETIVO

El objetivo del presente trabajo es mostrar algunos de los recursos médicos útiles, poco conocidos y de interés, disponibles en la Web Profunda en los que se puede encontrar información relevante sobre Hemoterapia.

MATERIALES Y METODOS

Se analizaron 15 URL [PubMed (<http://pubmed.gov>); NIH Video Casting (<http://videocast.nih.gov/>); Scopus (<http://www.scopus.com>); Scirus (<http://www.scirus.com>); Highwire Press (<http://highwire.stanford.edu>); SciELO (<http://scielo.org>) Google Académico (<http://scholar.google.com>); y otras] con diferentes niveles de acceso (libre, restringido a suscriptores y mixto), contenido (referencial, texto completo, libros, conferencias, imágenes, etc.) e idioma (inglés y castellano) de la Web Profunda. RESULTADOS: El empleo de la Web Profunda como fuente de información a su pleno potencial permite optimizar los resultados de una búsqueda bibliográfica, de texto completo, de imágenes, de libros, de videos, tutoriales, etc. minimizando los resultados irrelevantes y la pérdida de tiempo.

CONCLUSION

El conocimiento y difusión de las diferentes bases de datos, estrategias de búsqueda y servicios que se pueden encontrar en la Web Profunda son de vital importancia al momento de buscar información actualizada online.

INTERACCION ENTRE HEPATITIS C Y ALCOHOL EN DONADORES DE SANGRE

VENCES AVILÉS MARCO AURELIO¹, Pérez Luque Elva², Kershenobich Stalnikowitz David³
Banco de sangre HE CMN León¹, Instituto de Investigaciones Médicas, Universidad de Guanajuato²,
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubiran³

OBJETIVO

Determinar la relación entre consumo de alcohol con niveles plasmáticos de RNA del virus de hepatitis C (VHC) y severidad del daño hepático en donadores de sangre con infección por el VHC.

MATERIALES Y METODOS

Se estudiaron los donadores de sangre positivos para anti-VHC y RNA del VHC. Se clasificaron como consumo excesivo de alcohol (>10 g/día) y sin consumo excesivo de alcohol (<10 g/día) en los últimos cinco años; en ambos grupos se determinó la carga viral para VHC, las alteraciones bioquímicas hepáticas y el índice Knodell. Se usó la prueba t de student para comparar medias de grupos independientes y la prueba de Spearman para el análisis de correlación.

RESULTADOS

Se evaluaron 72 personas anti-VHC positivas; se excluyeron 17. La edad promedio fue de 35 años, 60% bebían alcohol en exceso; 32% adquirieron la infección por transfusión, 29% usaban drogas, 22% causa desconocida y 17% otros mecanismos. Los niveles promedio de RNA fueron 5.39 log U/ml en 22 pacientes con consumo excesivo y 5.41 log U/ml en 33 pacientes sin consumo excesivo de alcohol ($p = 0.82$); El índice de Knodell promedio fue 4 (1-10) y tuvo correlación con consumo de alcohol ($R = 0.68$, $p = 0.04$). Las alteraciones bioquímicas hepáticas que difirieron significativamente fueron ALT ($p = 0.004$), AST ($p = 0.003$) y GGT (0.05).

CONCLUSION

No se observó diferencia significativa en niveles de RNA del VHC en ambos grupos. La relación encontrada entre consumo de alcohol con alteraciones histopatológicas y bioquímicas hepáticas parece indicar que el daño es independiente de los niveles séricos de RNA del VHC.

VENCES AVILÉS MARCO AURELIO¹, Pérez Luque Elva², Kershenobich Stalnikowitz David³
Banco de sangre HE CMN León¹, Instituto de Investigaciones Médicas, Universidad de Guanajuato²,
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubiran³

MARCO DE REFERENCIA

Cerca del 85 % de las hemorragias en SNC se producen en pacientes con hemofilia severa, evento de alto riesgo que puede agravarse por la presencia de un inhibidor contra el Factor VIII (INH-FVIII). Los hematomas sub o extradurales pueden evacuarse mediante cirugía, pero en éstos pacientes puede agravarse el sangrado a causa de un inadecuado control hemostático.

OBJETIVO

Mostrar la eficacia del tratamiento con FVII recombinante (Novosevenâ, Novo Nordisk Pharma- rFVIIa) en un hemofílico A severo con INH-FVIII y hemorragia en el SNC.

METODOLOGIA

Paciente de 13 años, hemofilia A severa, con síntomas de hipertensión endocraneana, sin antecedentes de traumatismos, imagen topográfica de hematoma extradural ténporoparietal, edema y efecto de masa. Inicia tratamiento con 100 UI FVIII/Kg peso. Sin evidencias de mejoría (deterioro rostrocaudal, convulsiones motoras en el día +1), se duplica dosis de FVIII. Día + 4, paciente en coma, la TAC de control muestra un hematoma subdural contralateral y desplazamiento de la línea media. Se detecta INH-FVIII: 8,1 UB/ml. Comienza con 120 ug/Kg peso rFVIIa cada 2 horas, mejoría clínica a las 48 horas. Se disminuye la dosis a 90 ug/Kg peso cada 3 horas durante 15 días, y luego día por medio hasta completar 30 días.

RESULTADOS

Las tomografías de control mostraron reducción de los hematomas y edemas ad integrum. Clínicamente quedó una leve afasia de expresión. Descenso del INH-FVII a 0,5 UB/ml durante el tratamiento. A los 6 meses del alta, el título de INH-FVIII fue de 6 UB/ml.

CONCLUSION

Se demuestra la importancia del manejo médico de los sangrados de SNC en hemofílicos, la buena respuesta terapéutica al tratamiento con rFVIIa en dosis e intervalos adecuados y el descenso del título del INH-FVIII durante la terapia con FVII recombinante, hallazgo que ya hemos mencionado en otras comunicaciones. Bibliografía: 1- Mariani G, Konkle BA, Ingerslev J. Congenital FVII deficiency: therapy with recombinant activated factor VII: a critical appraisal. Haemophilia. 2006; 12(1):19-27 (ISSN:1351-8216) 2- Rudisill CN, Hockman RH, Degregory KA, Mutnik AH, Macik BG. Implementing Guidelines for the Institutional Use of Factor VIIa (Recombinant): A Multidisciplinary Solution. Am J Health-Syst Pharm. 2006;63(17):1641-1646. ©2006 American Society of Health-System Pharmacists. Posted 09/21/2006.

CALENDARIO DE EVENTOS

23 al 27 de junio de 2007

XVII Congress International Society of Blood Transfusion

Madrid -España

1-5 junio

ASCO Annual Meeting

Atlanta, Georgia

Web site: www.asco.org

24-27Junio

ISCT 2007

Sydney, Australia

Web site: www.celltherapysociety.org

6-12 Julio

ISTH 2007

Geneva, Switzerland

Web site: www.isth2007.com

26-27 julio

FDA/CBER Cellular Tissue and Gene Therapies Advisory Committee Meeting

Location:TBD

Email: regulatory@aabb.org

13 , 14 y 15 de septiembre

IV Congreso Peruano de Medicina Transfusional y V Curso

Internacional de Tecnologia Emergente en Banco de Sangre

Lima - Perú.

Emails:hemoperu1@hotmail.com y/o

sociedad.hemoperu@gmail.com

Web side: www.hemoperu.org

19-21 septiembre

XI Congreso Argentino de Medicina Transfusional y Simposio Internacional de Sangre de Cordón Umbilical

Hotel Hilton Buenos Aires

Macacha Quemes 351

Buenos Aires – Argentina

Web site: www.aahi.org.ar

26-28 septiembre

7th Annual Somatic Cell Therapy Conference

Bethesda, MD

Web site: www.celltherapysociety.org/

17 -20 octubre

IX Congreso Venezolano de Hematología

Porlamar, Isla Margarita, Venezuela. svhematologia@cantev.net

20-23 octubre

AABB Annual Meeting and TXPO 2007

Anaheim, California

Contact: AABB Meeting Services

Web site: www.aabb.org

15-16 Noviembre

FDA/CBER Cellular Tissue and Gene Therapies Advisory Committee Meeting

Location: TBD

Email: regulatory@aabb.org