

# RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES

Los resúmenes de los trabajos libres son reproducción exacta  
de los enviados por los autores.

La Sociedad Argentina de Pediatría no tiene  
responsabilidad alguna sobre sus contenidos.

**PO:** Presentación Oral

## RESPUESTA A LA VACUNACIÓN PARA EL VIRUS DE LA HEPATITIS B (VHB) EN TRABAJADORES DE LA SALUD Y SU PERSISTENCIA

PO 2

Ferrario C.<sup>1</sup>; Rial M.<sup>2</sup>; Cabello Quiroga C.<sup>3</sup>; Aloisi N.<sup>4</sup>; Salomone A.<sup>5</sup>; Stanganelli C.<sup>6</sup>; Fink S.<sup>7</sup>  
HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE<sup>2,3</sup>; ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA<sup>4,5,6,7</sup>  
<clauferrario@yahoo.com.ar>

### INTRODUCCIÓN

La infección por el virus de la hepatitis B (VHB) es uno de los mayores problemas de salud a nivel mundial. Para controlar su transmisión se cuenta con una vacuna basada en el antígeno de superficie del virus (HBs). El título de anticuerpos (Acs) anti-HBs, que correlaciona con la protección, se evalúa a los 30 días de la tercera dosis. La población general se considera protegida con títulos >10 mUI/mL. Como el riesgo de infección es mayor en trabajadores de la salud (TS), muchos autores sugieren que adquieran títulos >100 mUI/mL.

### OBJETIVO

Evaluar la protección contra el VHB en TS voluntarios con esquema de vacunación completo, pertenecientes a dos instituciones de la ciudad de Buenos Aires, midiendo el título de Acs anti-HBs.

### MÉTODOS

Diseño descriptivo, longitudinal. Los TS participantes firmaron un consentimiento informado. Este estudio fue aprobado por los comités de Ética de ambos centros. Los niveles séricos de Acs anti-HBs se evaluaron por MEIA (AxSYM de Abbott).

### RESULTADOS

Se evaluaron 228 individuos de 25 a 69 años. Se clasificaron los resultados según los títulos obtenidos en tres grupos: Grupo 1 (G1): <10 mUI/mL, Grupo 2 (G2): 10-100 mUI/mL y Grupo 3 (G3): >100 mUI/mL. Del total de los casos analizados el 84,2 % presenta título >10 mUI/mL, siendo 17,5% del G1, 36% del G2 y 48,2% del G3. El porcentaje de hombres en el G1 fue mayor que en mujeres (20,3% vs 14,5%). En la literatura está descripta una tasa de no respondedores (NR) (<10 mUI/mL luego de 2 ciclos de vacunación) del 5-20%. No se halló diferencia significativa en los títulos cuando se analizó el tiempo post-vacunación (<5 años vs >5 años).

### CONCLUSIÓN

Los trabajadores de la salud estudiados, en su mayoría, están protegidos contra el VHB mediante la vacunación.

## MORTALIDAD INFANTIL REDUCIBLE Y CONDICIONES DE VIDA EN SANTA FE (2007 - 2011)

PO 3

Galende S.<sup>1</sup>; Gerlero S.<sup>2</sup>; Augsburger C.<sup>3</sup>; Taboada E.<sup>4</sup>; Nessier C.<sup>5</sup>; Moyano C.<sup>6</sup>  
CEMAR- SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA<sup>1</sup>; INSTITUTO DE LA SALUD JUAN LAZARTE<sup>2,3,4,5</sup>;  
MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE SANTA FE<sup>6</sup>  
<s\_galende@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La mortalidad infantil representa un suceso de alta sensibilidad para medir la situación epidemiológica de una población y enfatiza los modos desiguales con que afecta a los distintos grupos sociales. El análisis de la reducibilidad describe el comportamiento de defunciones infantiles en función de las posibles intervenciones tendientes a su disminución.

### OBJETIVOS

Analizar el perfil de la mortalidad infantil y ponderar las causas de muerte consideradas reducibles según condiciones de vida en el territorio de la provincia de Santa Fe (2007-2011).

### POBLACIÓN

Comprendió la totalidad de las muertes de menores de un año registradas en el período, cuyas madres residían habitualmente en localidades del territorio provincial.

### MÉTODOS

Estudio epidemiológico con diseño ecológico y transversal. La causa básica de las muertes adoptó la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (CIE 10). La reducibilidad se basó en criterios del Ministerio de Salud de la Nación (2011). Las condiciones de vida se ponderaron con 5 indicadores demográficos, socio-económicos, educacionales y sanitarios, de base censal. Se empleó la metodología

del "Valor Índice Medio" para estratificar las localidades de la provincia en cuatro estratos. Las desigualdades intraprovinciales sobre reducibilidad se analizaron tomando por referencia el estrato con mejor condición de vida.

### RESULTADOS

Ocurrieron 2904 muertes infantiles, con una tasa 10,9‰. El 60% (1750) de los fallecimientos podrían haberse evitado. Los eventos considerados difícilmente reducibles ocuparon el segundo lugar con 662 defunciones (22,8%), los no clasificables alcanzaron 287 fallecimientos (9,8%) y 205 (7%) los mal definidos.

Las chances de sufrir el evento de muerte evitable se expresa en la razón de la tasa mortalidad infantil de 1.4 entre el mejor y el peor estrato social; y con valores semejantes para el componente neonatal con una razón de 1.4 y de 1.3 para el posneonatal.

### CONCLUSIONES

Santa Fe ha presentado tasas favorables de mortalidad infantil respecto a valores nacionales; sin embargo, se describe la distribución heterogénea de los eventos y de la reducibilidad de las causas de muerte que no pueden explicarse por atributos individuales de los niños, sino a las particulares características de espacios sociales. Monitorear las muertes reducibles es útil para planificar políticas que compensen las desventajas de esos grupos.



## VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE MENINGITIS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO

**PO 10**

Ferrario C.<sup>1</sup>; Bokser V.<sup>2</sup>; Miño L.<sup>3</sup>; Sevilla M.<sup>4</sup>; Carrizo J.<sup>5</sup>; Baich A.<sup>6</sup>; Svartz A.<sup>7</sup>; Pereda R.<sup>8</sup>; Rial M.<sup>9</sup>

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE<sup>123456789</sup>

<clauferrario@yahoo.com.ar>

### INTRODUCCIÓN

La meningitis bacteriana es producida por una amplia variedad de agentes etiológicos, cuya incidencia y distribución es necesario conocer para orientar las estrategias de prevención y control, así como el monitoreo de aquellas meningitis causadas por agentes inmuno-prevenibles.

### OBJETIVOS

1) Describir el número de casos de Meningitis y la edad en pacientes internados en la Institución durante el período 2009-2012. 2) Conocer la distribución por edad y por agente etiológico en cada año. 3) Describir la proporción de secuelas y fallecidos en cada uno de los años analizados.

### MÉTODOS

Diseño descriptivo, transversal, observacional, retrospectivo. Fuente de datos: fichas epidemiológicas de notificación de meningoencefalitis.

### POBLACIÓN:

Se incluyeron pacientes internados con diagnóstico de Meningoencefalitis durante el período 2009-2012.

Criterios de exclusión: pacientes menores de un mes. Variables: edad en meses, agente etiológico, secuelas, mortalidad. Nivel de significancia estadística  $p < 0,05$ . Análisis estadístico: Stata 8.00.

### RESULTADOS:

Se incluyeron un total de 233 casos en los años 2009-2012. La distribución de casos por año fue de 51, 55, 58, 69 casos, respectivamente. La mediana de edad de cada año de este período no presentó diferencia estadísticamente significativa (10, 13, 12, 13 meses respectivamente,  $p > 0,93$ )

El germen más frecuentemente hallado en los años 2009 y 2011 fue *Neisseria Meningitidis*, en el 2010 fue *St. Pneumoniae*; y en el 2012 fue Enterovirus.

Al analizar la edad según agente etiológico y año se observó que durante el 2012, para los casos por enterovirus, la mediana fue de un mes y para neumococo de 54 meses, ambas edades con diferencia estadísticamente significativa respecto a lo observado en los años 2009-2011; no se halló esta diferencia para los casos por meningococo.

La proporción de fallecidos fue de 2% en el 2009, 11 % en el 2010, 2% en el 2011 y ningún fallecido en el 2012.

La proporción de secuelas en el período 2009-2012 fue de 9,9 %, 7,2%, 16 % y 6 % respectivamente.

### CONCLUSIONES:

Durante el 2012, a diferencia del trienio anterior se observó un mayor número de casos de meningitis por enterovirus con una mediana de edad significativamente menor, descenso de casos de meningitis por Neumococo con una mediana de edad mayor, menor proporción de secuelas y no hubo fallecidos por meningoencefalitis en este año.

## ENFERMEDADES BACTERIANAS INVASIVAS EN HOSPITAL PEDIÁTRICO. PERFIL CLÍNICO, EPIDEMIOLÓGICO Y DE LABORATORIO. UN AÑO DE LA UNIDAD CENTINELA

**PO 11**

Guarino Barrutia A.<sup>1</sup>; Loizaga. G.<sup>2</sup>; Cepeda M.<sup>3</sup>; Parisi N.<sup>4</sup>; Monzani V.<sup>5</sup>; Morvay L.<sup>6</sup>; Brunotto C.<sup>7</sup>; Rearte A.<sup>8</sup>

HOSPITAL METERNO INFANTIL MAR DEL PLATA<sup>12345678</sup>

<alinaguarino@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

Las Unidades Centinelas de Enfermedades Bacterianas Invasivas se implementan como parte de la estrategia para evaluar el impacto de la introducción de la vacuna contra neumococo 13 valente. Nuestro Hospital es uno de los integrantes.

### OBJETIVOS, POBLACIÓN

Conocer el perfil clínico, epidemiológico y laboratorio de niños menores de 5 años internados en HIEMI con diagnóstico de Enfermedades Invasivas Bacterianas desde 07/2012 a 06/2013.

Material y métodos: estudio prospectivo de vigilancia epidemiológica. La confirmación se realizó por GRAM o cultivo en HIEMI y subtipificación en Laboratorio de Referencia "Dr Carlos G. Malbran".

### RESULTADOS

Ingresan a la vigilancia 184 casos. Neumonías: Casos: 147. Mediana de edad: 12 meses. Rango intercuartílico de 7,5 a 36 meses. El 100% tenía Rx torax y 61,7% hemocultivos. Clasificación final: 108 (73%) probablemente bacterianas; 29 (20%) descartados y 10 (7%) confirmadas. Las confirmadas, 9 fueron *S. neumoniae* (7F (2), 6A, 1, 5 y 4 sin tipificar) y 1 *H. influenzae* no B. Dos casos fueron neumonía sola y 8 con derrame. El rescate fue de 7% en total, en las neumonías solas 1,8% y con derrame de 32%. Estado de vacunación: De los 9 pacientes con *S. neumoniae*, 2 pacientes tenían 2 dosis de PCV13. Fallecieron dos, neumococo con coinfección con VSR y otra con factores de riesgo con rescate de metapneumovirus. Meningitis y meningococcemia:

Casos: 35. Mediana de edad: 4 meses. Rango intercuartil de 1 a 18 meses. El 88,5% tenía hemocultivos y el 97,1% LCR.

Meningitis probablemente bacteriana sin germen rescatado	10
Meningitis probablemente viral	10
Meningitis a meningococo	3
Meningitis a neumococo	3
Meningococcemia	3
Meningococcemia +meningitis	3
Meningitis a herpes tipo 1/2	1
Tbc pulmonar + encefalopatía tbc	1
Meningitis por <i>S. agalactiae</i>	1

Confirmadas (12): los neumococos no se tipificaron aun. Meningitis a Nm (1 B, 2 W135); Meningococcemia (3 B); Meningitis con meningococcemia (2 B, W135) Vacunación: no tenía vacunas meningococcias administradas. Falleció 1 niña con meningococcemia fulminante (B). Bacteriemias ocultas: 2 a neumococo (14 y 19A) 3 y 9 meses. Ésta con 3 dosis de vacuna antineumocócica 13 valente, ambas con buena evolución.

### CONCLUSIÓN

La edad de presentación y el porcentaje de rescate de gérmenes fueron coincidentes con la literatura. Los neumococo rescatados se encuentran en la vacuna 13 valente. No cirulo meningococo C.

## FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO PARA ALTERACIÓN DEL NEURODESARROLLO EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CIRUGÍA COMPLEJA NEONATAL

**PO 14**

Giúdice L.<sup>1</sup>; Bokser V.<sup>2</sup>; Perelli A.<sup>3</sup>; Franco C.<sup>4</sup>; Eiben F.<sup>5</sup>; Ferrario C.<sup>6</sup>  
HOSPITAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE<sup>123456</sup>  
<feiben@intramed.net>

### INTRODUCCIÓN

En nuestro Programa de Seguimiento de Recién Nacido de Alto Riesgo (PS) evaluamos los pacientes con escala CAT/CLAMS hasta 3 años de edad. No abundan informes sobre factores biológicos postnatales asociados a ND a largo plazo, en recién nacidos con cirugías complejas por malformaciones congénitas (CC)

### OBJETIVO

1) Describir la población CC en cuanto a sexo, diagnóstico quirúrgico (DQ), Edad gestacional (EG), Peso de Nacimiento (PN), Días de internación (DI); Desnutrición postnatal (DP); 2) Describir proporción de alteraciones del ND en pacientes CC; 3) Identificar factores de riesgo biológico postnatales asociados a alteración del ND

### MÉTODO

Estudio analítico, observacional, retrospectivo. Criterios inclusión: pacientes CC asistidos en el PS, evaluados con escala CAT/CLAMS a los 3 años; Exclusión: Prematurez extrema (EG < 32 sem); Síndromes genéticos y malformaciones del SNC. Variables: ND normal/anormal; Prematurez (EG<37s); Enfermedad quirúrgica neonatal; PN<2500; DP (Peso de egreso en percentilo < ó = 3, OMS); DI en UCIN > 45 días. Procesamiento de datos: descripción a través de proporciones,

medidas de tendencia central y dispersión. Para evaluar diferencias en la proporción de alteraciones del ND en los diferentes grupos se utilizó test de chi cuadrado. Análisis de variables cuantitativas: test no paramétrico de Mann Whitney. Análisis estadístico: Stata 8.0.

### RESULTADOS

Se incluyeron 49 pacientes; Masculinos/femeninos: 29/20; DQ: Gastroquisis: 12 (24%); Atresia de esófago: 7(14%); Atresia de intestino:11(22%); Enfermedad de Hirschprung: 3(6%); Hernia diafragmática: 3(6%); Malformación anorrectal: 5(10%); Otros: 8(18%); EG media:37.5 semanas;PN <2500gr:18/49(36.7%);DI media:40.5; DP: 16/49(32.6%) Alteraciones de ND:34/49(69%); tasa más alta, pacientes con Atresia de esófago (6/7).No se encontraron diferencias significativas en cuanto a Prematurez, PN <2500 grs y DP entre pacientes CC con y sin alteración ND. La frecuencia de alteración de ND en pacientes con DI >45 fue de 88% vs 59% en DI <45(p 0,037)

### CONCLUSIONES

Más de dos tercios de la población con CC presentaron alteración de ND. La mayor frecuencia de alteración ND se observó en pacientes con Atresia de Esófago. Prematurez, PN <2500 grs y desnutrición postnatal: no hubo diferencias significativas. Se observó asociación estadísticamente significativa entre alteración ND a los 3 años y DI >45.

## NIÑOS DEPENDIENTES DE TECNOLOGÍA: ENFERMERÍA COMO EDUCADOR DE FAMILIAS DE PACIENTES OSTOMIZADOS

**PO 16**

Perelli A.<sup>1</sup>; Franco C.<sup>2</sup>; Giudice L.<sup>3</sup>; Bokser V.<sup>4</sup>; Eiben F.<sup>5</sup>  
HOSPITAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE<sup>12345</sup>  
<anyvasca@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

El niño ostomizado dependiente de tecnología (NDT) necesitará de la provisión y cuidado de algún tipo de dispositivo que cumpla la función fisiológica de oxigenación, nutrición, eliminación; la falta de provisión o cuidado de los mismos puede poner en riesgo su vida y/o la calidad de la misma. El enfermero cumple una importante función educativa y de contención para lograr la autonomía de la familia en el cuidado del niño desarrollando técnicas y procedimientos requeridos para la atención específica de cada paciente en particular. Las actividades de Enfermería en el del Programa de Seguimiento (PS) de nuestro hospital comenzaron el 28 de marzo del 2008.

### OBJETIVO

Describir las complicaciones que presentaron los ostomas en el contexto de un programa de educación familiar para NDT.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, transversal, observacional, retrospectivo. Fuente de datos: revisión de historias clínicas, observación de pacientes. Variables: describir las complicaciones presentes a partir de la instauración de un Programa de educación para padres en los cuidados de los ostomas de niños DT: infecciones, reacciones alérgicas, deterioro

de la piel por pérdida de contenido asociada mala adaptación de la bolsa, inflamación, granuloma, sangrado. Población: pacientes ostomizados ingresados al PS. Criterio de inclusión: pacientes egresados de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales ostomizados (DT) Periodo: marzo 2008- marzo2013.

### RESULTADOS

Ingresaron al PS 130 pacientes, de los cuales 91 tenían Cirugía Compleja Neonatal, 39 ostomizados: gastrostomía 8; colostomía: 15; ileostomía: 12; traqueostomía: 1; esofagostomía: 3. El total de familias de pacientes ostomizados recibió entrenamiento sobre los cuidados de los ostomas. Se registró un 13% de complicaciones (5/39): 1 reacción alérgica, 3 deterioros de la piel por pérdida de contenido, 1 granuloma.

### CONCLUSIONES

Se ha observado que más de las tres cuartas partes de los niños ostomizados no han presentado complicaciones relacionadas a los cuidados brindados por la familia a partir de la educación que otorgó Enfermería, logrando así una mejor calidad de vida para ellos y quienes lo cuidan.



## INCUMBENCIAS DE ENFERMERÍA EN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO INTERDISCIPLINARIO DEL RECIÉN NACIDO DE ALTO RIESGO

**PO 18**

Perelli A.<sup>1</sup>; Franco C.<sup>2</sup>; Giudici L.<sup>3</sup>; Bokser V.<sup>4</sup>; Eiben F.<sup>5</sup>

HOSPITAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE<sup>1,2,3,4,5</sup>

<anyvasca@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

En el Consultorio de Seguimiento del Recién Nacido de Alto Riesgo de nuestra Institución, Enfermería cumple una función muy importante articulando experiencia y conocimiento de la patología que se reconoce en la UCIN, sumado al manejo del reconocimiento del control del niño en su crecimiento y desarrollo a largo plazo, como uno de los aspectos relevantes dentro del campo de la Enfermería Pediátrica. Objetivos: Describir las intervenciones de enfermería dentro de un Programa de Seguimiento del Recién Nacido de Alto Riesgo en nuestra Institución, durante el año 2012.

### MÉTODOS

Recopilación de actividades y registro de datos incluidos en el libro de reporte diario del servicio durante el año 2012: Vigilancia en la UCIN de pacientes previo al alta, intervenciones en el consultorio (Puericultura, Conserjería, Cuidados del neurodesarrollo, cuidados de ostomas y de heridas quirúrgicas, cambio y entrenamiento a los padres de colocación de sonda orogástrica, vesical, control de cánula etc. Extracción de muestras de laboratorio, seguimiento de resultados. Talleres de prevención para padres sobre los cuidados del niño en el hogar.

### RESULTADOS

Vigilancia en UCIN: Se capturaron 57 pacientes, ingresaron 45 al PS, 12 fallecidos. Total consultas asistidos en consultorio: 1100. Total de talleres de prevención: 40, Total de padres educados 340, Total de talleres RCP 45. Actividad científica: Presentación de dos trabajos científicos en Congreso y edición anual del Curso de post-grado de capacitación de enfermería en Seguimiento

### CONCLUSIONES

Las intervenciones de Enfermería en Seguimiento RNAR son sumamente abarcativas, incorporando multiplicidad de actividades comenzando con la vigilancia del Recién Nacido en UCIN desde su ingreso, continuando con su seguimiento en el Programa y brindando educación al núcleo familiar, apoyo oportuno a través de la prevención en sus tres niveles de atención. Capacitación permanente y comunicaciones científicas de nuestra experiencia resultante del Programa de Seguimiento de nuestra Institución.

## LUGARES DE RECREACIÓN EN LOS BARRIOS: FRECUENCIA DE UTILIZACIÓN, BARRERAS PERCIBIDAS Y FACTORES ASOCIADOS A SU USO, EN UNA POBLACIÓN INFANTIL DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA

**PO 19**

Lavin Fueyo J.<sup>1</sup>; Berra S.<sup>2</sup>

CENTRO DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y EN SERVICIOS DE SALUD-ESCUELA DE SALUD PÚBLICA-UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA<sup>1</sup>; CENTRO DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y EN SERVICIOS DE SALUD-ESCUELA DE SALUD PÚBLICA-UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA; CONSEJO NACIONAL DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS Y TÉCNICAS (CONICET)<sup>2</sup>

<julietalavin@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

El continente americano es la región del mundo con la prevalencia más elevada de sobrepeso y obesidad infantil, donde aproximadamente el 32% de los niños tiene sobrepeso y uno de cada cuatro tiene obesidad. La exploración de sus causas ha dado interés a la identificación de factores ambientales que influyen en los estilos de vida físicamente activos. Las características de los barrios y la disponibilidad de espacios de recreación pueden favorecer la práctica de actividad física, pudiendo ejercer una influencia sobre la salud de las poblaciones.

### OBJETIVO

Estudiar la relación entre la frecuencia de utilización de los espacios de recreación en los barrios de la ciudad de Córdoba, las barreras percibidas por sus habitantes y el sexo de niños/as en edad escolar. POBLACIÓN: Niños/as de 8 a 12 años de escuelas públicas municipales de la ciudad de Córdoba y sus cuidadores.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal. Se recolectaron datos sobre los niños/as (sexo, estado nutricional, nivel de actividad física y actividades sedentarias) y sus cuidadores (nivel socioeconómico y barreras percibidas para la utilización de los espacios de recreación en los barrios). Se realizó

un análisis descriptivo y una regresión logística multivariada para estudiar la asociación entre dichos factores y la baja frecuencia de utilización de los lugares de recreación en los barrios.

### RESULTADOS

Los lugares de recreación utilizados con mayor frecuencia (1 vez cada 15 días o más) por los niños/as (n=1185) fueron la plaza o parque (43,8%), los espacios públicos al aire libre como terrenos baldíos (27,7%) y la cancha de fútbol (26,8%). A pesar de ello, el 77,6% de la muestra declaró una baja frecuencia en la utilización de los espacios de recreación disponibles en los barrios. Las barreras relacionadas a esta baja utilización declaradas por los cuidadores fueron: "falta seguridad" (66,2%), "falta equipamiento" (63,9%) y "no hay buena iluminación" (63,7%). El tener menos de 5 lugares de recreación cercanos al hogar se asoció a una baja frecuencia en su utilización (OR=3,79; IC: 2,06-6,96) y ser mujer aumentó 3,19 veces la chance de una baja frecuencia de utilización (IC: 1,94-5,25).

### CONCLUSIONES

El ser mujer y el tener pocos lugares de recreación cercanos al hogar se asocia a una menor frecuencia en la utilización de los mismos. Se debe profundizar el estudio de las barreras percibidas para la utilización de estos espacios con un enfoque de género.

## ANÁLISIS Y TENDENCIA DE LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIBLES A LA VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN (ESAVIS) EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES (CABA) EN EL PERÍODO 2008-2012

**PO 20**

Curti P.<sup>1</sup>; Califano G.<sup>2</sup>; Magariños M.<sup>3</sup>; Marcos M.<sup>4</sup>; Saia M.<sup>5</sup>; Troisi E.<sup>6</sup>; Arnedo S.<sup>7</sup>

PROGRAMA DE INMUNIZACIONES. DIRECCIÓN GENERAL DE REDES Y PROGRAMAS DE SALUD.

MINISTERIO DE SALUD. GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES<sup>1234567</sup>

<pacurti@yahoo.com.ar>

### INTRODUCCIÓN

La vacunación segura incluye: utilización de vacunas de calidad, prácticas de inyección seguras y monitoreo de ESAVIS. En los últimos años ha aumentado el número de antígenos a administrar y cambiaron presentaciones, la evaluación y el monitoreo deben acompañar esta tendencia. La Vigilancia de ESAVIS es un sistema pasivo que cuenta con una ficha específica para su notificación, modificada en 2010. A partir del año 2006 donde se recibieron en el Programa de Inmunizaciones las notificaciones de 6 ESAVIS, todas con datos incompletos, se decidió fortalecer la vigilancia a través de la capacitación que incluyó conceptos de vacunación segura, calidad del registro, circuito de notificación, e investigación adecuada. La clasificación utilizada en el análisis fue la siguiente: tipo 1 Coincidente; tipo 2a: Relacionado con el proceso de manejo de vacunas; tipo 2b: Relacionado con los componentes propios de la vacuna; tipo 3: No concluyente.

### OBJETIVOS

Analizar las notificaciones recibidas en el Programa de Inmunizaciones de CABA, y cuantificar las capacitaciones realizadas en el período 2008/2012.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión de las fichas de notificación recibidas y de las capacitaciones realizadas durante el período 2008/12

### RESULTADOS

En el período se recibieron 571 fichas de notificación, se excluyó de este

análisis la vacuna pandémica H1N1 del año 2010\* (145/232). Se realizaron 27 capacitaciones, tres sobre nuevas vacunas.

	2008	2009	2010	2011	2012
Notificaciones	27	34	87*	152	126
Fichas completas	24	33	87*	152	126
Capacitaciones	4	4	5	8	6
Tipo 1	2	2	4	11	9
Tipo 2	22 b	27 b	4 a-77 b	4 a-83 b	16 a-72 b
Tipo 3		4	2		2
Tasa ESAVI/10.000	0,21	0,38	0,66	1,17	0,81

La tasa de ESAVIS del período es de 0,68 x 10.000 dosis aplicadas. (426/6.263.210).

La tasa de ESAVIS graves fue 0.10 x 10.000 (67/6.263.210), correspondiendo a la Quintuple-HB (Pentavalente), el 37.3% (25/67).

Conclusión: En los últimos años se observa un aumento en el número de notificaciones. Entre los factores involucrados están las capacitaciones, la rápida interacción con los efectores para la investigación del caso, el cambio de la ficha de notificación y las dudas sobre la seguridad que se presentan ante el uso de nuevas vacunas. El incremento de los errores programáticos desde 2010 puede deberse, entre otros, al uso de nuevas vacunas, cambios de presentaciones, recurso humano inestable, a las capacitaciones y el trabajo conjunto realizado, enfatizando la necesidad de su denuncia, con criterio no punitivo, útil para la prevención.

## COMPOSICIÓN DE LA COBERTURA DE VACUNACIÓN CONTRA LA COQUELUCHE EN NIÑOS RESIDENTES MENORES DE 1 AÑO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES (CABA) EN EL PERÍODO 2009-2012

**PO 21**

Curti P.<sup>1</sup>; Califano G.<sup>2</sup>; Magariños M.<sup>3</sup>; Marcos M.<sup>4</sup>; Saia M.<sup>5</sup>; Troisi E.<sup>6</sup>; Arnedo S.<sup>7</sup>

PROGRAMA DE INMUNIZACIONES. DIRECCIÓN GENERAL DE REDES Y PROGRAMAS DE SALUD. MINISTERIO DE SALUD.

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES<sup>1234567</sup>

<pacurti@yahoo.com.ar>

### INTRODUCCIÓN

La Coqueluche es una causa importante de morbimortalidad en la niñez, prevenible por vacuna. Las coberturas de vacunación subóptimas, entre otros, colaboran con la propagación de la enfermedad. Según Calendario Nacional, el esquema primario son 3 dosis de quintuple-HB/pentavalente comenzando a los 2 meses. En CABA, la vacunación es realizada en los 3 sub-sectores; en el privado es habitual el reemplazo de la quintuple/B por vacunas con componentes acelulares. Aunque estas últimas demuestran inmediata efectividad, la reemergencia de la tos convulsa en Estados Unidos, estaría asociada a una pérdida más temprana de la inmunidad en los vacunados con acelulares.

### OBJETIVO

Describir la composición de la cobertura antipertussis en niños residentes menores de 1 año en (CABA), según tipo de vacuna entre 2009-2012.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis de las coberturas administrativas de niños residentes en (CABA) menores de 1 año entre 2009-2012

### RESULTADOS

Las coberturas fueron:

DOSIS	2009			2010			2011			2012		
	Global	Público	Otros	Global	Público	Otros	Global	Público	Otros	Global	Público	Otros
1°	98.4	64.8	33.5	96.4	59.7	36.8	98.7	60.0	38.1	96.6	58.6	38.0
2°	97.8	64.0	33.8	90.3	55.0	35.3	91.7	55.6	36.0	93.8	57.3	36.5
3°	93.3	59.6	33.8	90.1	53.5	36.6	88.5	52.5	36.0	91.4	56.0	35.4

El 42.3% (190.269/449.439) de las dosis aplicadas fueron acelulares, sólo el 0,6% se aplicaron en el sector público (quintuple/IPV). El resto correspondieron al sector privado con la siguiente distribución:

Dosis	2009		2010		2011		2012	
	Quintuple-IPV	Séxtuple-IPV	Quintuple-IPV	Séxtuple-IPV	Quintuple-IPV	Séxtuple-IPV	Quintuple-IPV	Séxtuple-IPV
1°	2158	11716	4537	13727	2756	14758	631	16555
2°	6989	5127	9241	8505	5854	10543	5378	10777
3°	1679	10669	4007	13202	2332	14125	459	14544

### CONCLUSIÓN

El uso de combinaciones acelulares en privado muestra una tendencia creciente; en 2011/2012 se reduce el número de segundas dosis de quintuple pero en 1/3 de los casos se aplica un esquema mixto séxtuple-quintuple/IPV-séxtuple. En la práctica se cambia el tipo de presentación celular del Calendario Nacional por presentaciones acelulares y se genera un intercambio entre combinaciones de diferentes productores, cuya eficacia se desconoce. La variabilidad intraesquema primario genera un escenario complejo tanto para pertussis, como poliomielitis y *Haemophilus influenzae* b, que requerirá seguimiento de impacto.





## VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO (VSR): PATRON CLINICO EPIDEMIOLOGICO EN NIÑOS INTERNADOS EN UN HOSPITAL PEDIATRICO DE LA ARGENTINA DURANTE LOS AÑOS 2000-2012

**PO 22**

Del Valle Juarez M.<sup>1</sup>; Lucion M.<sup>2</sup>; Bakir J.<sup>3</sup>; Romanin V.<sup>4</sup>; Umido V.<sup>5</sup>; Viegas M.<sup>6</sup>; Mistchenko A.<sup>7</sup>; Gentile A.<sup>8</sup>

HOSPITAL DE NIÑOS R. GUTIERREZ<sup>12345678</sup>

<mavijuarez@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

El VSR es el principal agente asociado a infección respiratoria aguda baja (IRAB) en pediatría y causa de importante morbimortalidad en menores de 1 año.

### OBJETIVOS

Describir el patrón clínico-epidemiológico de los pacientes hospitalizados con infección por VSR e identificar los factores de riesgo de infección por VSR.

### MÉTODOS

Estudio prospectivo de cohorte de pacientes internados con IRAB en el Hospital de Niños Gutiérrez, marzo-noviembre 2000-2012. El diagnóstico viral (VSR, adenovirus (AV), influenza (IF) y parainfluenza (PIF) se realizó por inmunofluorescencia indirecta de aspirados nasofaríngeos o RT-PCR(IF).

### RESULTADOS

Se incluyeron 11863 niños, 38.3%(4525) presentaron rescate viral; de estos el VSR representó el 81.5%(3686/4525) sin variaciones anuales significativas (71,2-88,1); fue seguido por IF 7.7%(350/4525), PIF 6%(270/4525) y AV 4,8%(219/4525). La tasa de incidencia hospitalaria anual promedio de bronquiolitis fue 39.1/1000 (pico en 2003:47.8/1000) y la de bronquiolitis por VSR de 15,4/1000(8-19.4) con un patrón epidémico estacional (mayo-julio). La mediana de

edad fue 7 meses (0-214 meses). El 91.8% eran <2 años, 74,2% <1 año y 43,3% <6 meses; 57% fueron varones y la manifestación clínica más frecuente fue bronquiolitis: 60%. El 5,2% eran desnutridos, 13,7% prematuros y el 1.9% inmunosuprimidos. El 27% tuvieron internaciones previas de causa respiratoria. El 41,5% tenía comorbilidades, las más frecuentes: enfermedad respiratoria crónica (ERC) 74%, cardiopatías congénitas 14% y enfermedad neurológica crónica 10,1%. La bronquitis obstructiva recidivante correspondió al 94% de las ERC registradas. El 24,4% presentó complicaciones, las más comunes la otitis media aguda 33% y la atelectasia 19%. El 6% de los casos presentó infecciones intrahospitalarias. La letalidad fue 2%(72/3657). Los pacientes con VSR, en comparación con los infectados por otros virus, presentaron con mayor frecuencia: a) edad <3 meses RR 1,17(1,14-1,20), b) bronquiolitis como presentación clínica RR 1,12(1,08-1,15), c) enfermedad aguda en contactos RR 1,06(1,03-1,09). El antecedente epidemiológico de contacto viral resultó un predictor independiente de riesgo de infección por VSR OR: 3,8 (2,9-5) p<0,01.

### CONCLUSIONES

La infección por VSR presentó un patrón epidémico estacional y se asoció más a niños pequeños menores de tres meses con bronquiolitis. El contacto epidemiológico viral resultó ser el único predictor independiente.

## FACTORES DE RIESGO DE INFECCION POR VIRUS INFLUENZA (IF) EN NIÑOS INTERNADOS EN UN HOSPITAL PEDIATRICO DE ARGENTINA ENTRE LOS AÑOS 2000-2012

**PO 23**

Lucion M.<sup>1</sup>; Juarez M.<sup>2</sup>; Bakir J.<sup>3</sup>; Romanin V.<sup>4</sup>; Umido V.<sup>5</sup>; Barrero P.<sup>6</sup>; Mistchenko A.<sup>7</sup>; Gentile A.<sup>8</sup>

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ<sup>12345678</sup>

<flor\_lucion@yahoo.com>

### INTRODUCCIÓN

El virus IF es uno de los principales agentes etiológicos de infección respiratoria aguda baja (IRAB) que causa hospitalización y morbimortalidad.

### OBJETIVOS

1- describir el patrón clínico-epidemiológico de los pacientes hospitalizados por IF. 2- identificar los factores de riesgo de la infección por IF. 3- comparar el impacto de influenza A y B en los pacientes con IRAB.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de cohorte de pacientes con infección por IF, marzo-noviembre 2000-2012. El diagnóstico viral (virus sincicial respiratorio, adenovirus, IF y parainfluenza) se realizó por inmunofluorescencia indirecta de aspirados nasofaríngeo y RT-PCR para IF.

### RESULTADOS

Del total de 11863 pacientes incluidos, 38,3% (4525) presentaron rescate viral. El IF representó el 7.7% (350/4525) de las muestras positivas, siendo el IFA predominante (320) en relación al IFB. Presentó un patrón estacional (mayo-julio) con una incidencia anual promedio de 2,4/1000 con un pico de 5,7/1000 en 2009, año en el cual desplazó al VSR durante el período de mayor circulación pandémica. La mediana

de edad fue 12 meses(1-280meses); 57% fueron varones, la manifestación clínica más frecuente fue neumonía: 56%. El 10% de los casos eran reinternación del mismo episodio y 49% tuvieron internaciones previas de causa respiratoria. El 60% tenían patologías concomitantes. El 26,6% presentó complicaciones (las más frecuentes otitis media aguda y atelectasia). El 7% (24/341) de los casos presentó infección intrahospitalaria. La letalidad fue 2% (7/346). La infección por IF, en comparación con los otros virus, se asoció más a: a) edad ≥6 meses RR2,35 (1,84-3,01), b)reinternación del mismo episodio RR2,16 (1,56-3), c)internaciones previas de causa respiratoria RR2,11 (1,73-2,58), d)enfermedades concomitantes RR1,82 (1,48-2,23), e)enfermedad respiratoria crónica RR1,74 (1,42-2,12), d)antecedentes perinatales respiratorios RR1,56 (1,21-2,02),e) inmunosupresión RR2,35 (1,53-3,63). Los predictores independientes fueron: enfermedad respiratoria crónica OR: 1,69 (1,25-2,27) p= 0,01 y antecedentes perinatales respiratorios OR: 1,44 (1,08-1,91) p= 0,013.

### CONCLUSIONES

La infección por IF presentó un patrón estacional. La presencia de enfermedad respiratoria crónica y de antecedentes perinatales respiratorios se presentaron como predictores independientes de infección por este virus.