

Cuarto Encuentro Nacional de Investigación Pediátrica: trabajos presentados*

01. ¿ES ADECUADO EL USO DE CURVAS DE PESO NEONATALES PARA EL DIAGNOSTICO DE RETARDO DEL CRECIMIENTO EN RECIEN NACIDOS PREMATUROS?

Grandi C, Luchtenberg G, Rojas E.

Epidemiología Perinatal y Bioestadística, Hospital Materno-Infantil Ramón Sardá, Esteban de Luca 2151, (1259) Buenos Aires. cgrandi@intramed.net.ar Tel.:4803-7622.

Introducción: Las curvas estandarizadas derivadas del peso de nacimiento a diferentes edades gestacionales (curvas *neonatales*) subestiman la prevalencia del "bajo peso para la edad gestacional" (<percentil 10) en comparación con estándares ultrasonográficos *fetales*. El *objetivo* del presente estudio observacional descriptivo fue comparar el estándar de peso neonatal local con los pesos estimados sobre la base de diferentes modelos a similares edades gestacionales.

Material y métodos: Se incluyeron 55.706 recién nacidos vivos entre la 25ª y 42ª semanas de edad gestacional del período 1988-1999 pertenecientes al *Sist. Informático Perinatal* de la Maternidad Sardá de Buenos Aires (pretérminos -25ª a 36ª semanas, n= 3745). Utilizando la fórmula de Mongelli se construyó la "curva fraccional de crecimiento" que, para cualquier edad gestacional, estima el peso fetal como un porcentaje del feto a término. Se calcularon las diferencias porcentuales al nivel de los percentiles 10 y 50 entre los pesos *observados* (curva neonatal) y los pesos *estimados* (curva fraccional) y se compararon estas diferencias con el intervalo al 95% (error medio absoluto del peso estimado). Se contrastó la curva fraccional de la Maternidad Sardá con una similar de Nottingham (Reino Unido) y con el estándar fetal por ultrasonografía de Hadlock.

Resultados: Los pesos *neonatales* fueron significativamente menores que los derivados de la *curva fraccional* hasta la 36ª semana tanto para el percentil 10 como el 50. A nivel del percentil 10 los pesos derivados de estándares neonatales en el período de la prematuridad fueron significativamente menores a los estimados por *ultrasonografía*, mientras que la curva fraccional de Sardá fue ligeramente superior a la de Nottingham. A nivel del percentil 10 las diferencias porcentuales entre el peso al nacer y los predichos fueron estadísticamente muy significativas durante el período de la prematuridad (p=0,009) y, además, las diferencias entre la curva *fraccional* y la *neonatal* fueron sistemáticamente mayores al límite superior del intervalo de confianza al 95%.

Conclusiones: El estándar local, basado en el peso al nacer, probablemente subestima el crecimiento fetal y, consecuentemente, subestima la proporción de pretérminos que son actualmente bajo peso para la edad gestacional.

02. MORTALIDAD NEONATAL: RESULTADOS PRELIMINARES DE UNA BASE DE DATOS DE PATOLOGÍA PERINATAL

Fuksman R, Mazzitelli N, Grandi C, Rittler M, Barrio G.

Hospital Materno Infantil R. Sardá, Laboratorio de Patología Perinatal, Base de datos de Patología Perinatal, Universidad Abierta Interamericana, Esteban de Luca 2151, (1259) Buenos Aires. cgrandi@intramed.net.ar Tel.:4803-7622.

Objetivos: Conocer las lesiones asociadas a la muerte neonatal en nuestro medio. Proponer una clasificación de las lesiones asociadas y clasificarlas según edad gestacional, peso de nacimiento y edad al morir. Conocer las entidades que ocasionan dichas lesiones.

Material y métodos: Se incluyeron 732 necropsias neonatales

(Julio 1979 a diciembre 2000). *Clasificación de los resultados de autopsias* 1) Satisfactorios (S): las lesiones halladas explican la muerte neonatal (S x AP, sólo por anatomía patológica; S x AP + HCI, por AP más antecedentes; S x AP + C, AP más Cariotipo; S x HCI, sólo por antecedentes clínicos. 2) Poco satisfactorias (PS): las lesiones halladas no explican la muerte. 3) Sin diagnóstico (SD): no hay lesiones ni antecedentes que expliquen la muerte. *Clasificación de las lesiones asociadas a muerte neonatal:* Asfixia (A), secundarias a bajo peso (BP), infecciones inespecíficas (II), infecciones específicas (IE), hidrops inmunológico (HI), anomalías del desarrollo (A del D), secundarias a tratamiento (T), varios (V). *Tipo de estudio:* A, autopsia y examen de placenta; B, examen externo neonatal y de placenta; AB autopsia sola.

Resultados: El 97.9% de los resultados fue S, y en el 94% x AP. El 28.3% de los estudios fue A, el 0,27% B y el 67% AB. El 55% de los RN eran masculinos. Hubo 1.6 lesiones por paciente. El 30% tenía A del D, el 21% A, el 18% BP, el 18% II, el 4% IE, el 3% T, el 1% HI y el 5% V. La Asfixia predominó en los RN >37 semanas y >2.500 g; el 52% era secundaria a neumopatías. Las A del D fueron más frecuentes en > 29ª semanas, > 1.000 g y muerte en la primera hora de vida. Las II fueron más frecuentes en los extremos de EG y PN y a partir de la 1ª semana de vida; el 82% de ellas comprometió el aparato respiratorio. Las IE más frecuentes fueron candidiasis y estreptococcia. La EMH y HIV fueron más frecuentes en el BP. La DBP constituyó el 67% de las lesiones secundarias a T.

Conclusiones: La autopsia es un método confiable para conocer las lesiones asociadas a la muerte neonatal y una potente herramienta epidemiológica para la supervisión de la asistencia brindada.

04. VARIACION DEL PESO DURANTE EL PRIMER MES DE VIDA EN RECIEN NACIDOS DE TERMINO SANOS

Covas M, Alda E, Ventura S, Braunstein S, Serralunga G, Yañez L.

Servicio de Neonatología, Hospital Privado del Sur (HPS), Bahía Blanca.

La variación del peso en recién nacidos sanos resulta de interés clínico para el pediatra y es motivo de preocupación en el grupo familiar, principalmente en aquellos con lactancia materna exclusiva.

Objetivos: *Principal* Determinar el cambio relativo del peso al nacimiento (porcentaje de descenso o incremento) durante el primer mes de vida, en recién nacidos de término sanos. *Secundarios:* Comparar dicha variación del peso con antecedentes maternos: edad, instrucción y trabajo; perinatales: tipo de parto; neonatales: sexo, alimentación recibida (pecho exclusivo, mixta o artificial).

Diseño: Observacional; tipo cohorte. Prospectivo.

Material y métodos: Cohorte de recién nacidos asistidos en el HPS entre Septiembre de 2000 y Noviembre de 2001. *Criterios de inclusión:* Recién nacidos de término (≥37 semanas de gestación); remitidos precozmente con su madre (internación conjunta); más de tres controles de peso, incluido el del mes. *Criterios de exclusión:* Recién nacidos gemelares; requerimiento de internación en la primera semana de vida, exceptuando las ictericias bajo luminoterapia. *Controles:* Nacimiento; alta institucional; 5-7º día; 10-15º día; 20-25º día y 30-35º día. Durante el puerperio se entregó folleto informativo sobre las características del estudio.

Resultados: De los 1.669 recién nacidos asistidos en ese período,

* SAP.
Agosto 2002.

1.479 ingresaron al momento del nacimiento; 1.424 cumplieron los criterios de inclusión (deserción 3,7%). Se muestran los cambios relativos del peso al nacimiento durante el primer mes, según las variables definidas en los objetivos. La media de recuperación del peso de nacimiento fue al 7 día y el promedio de incremento al mes fue del 29%. Las dificultades iniciales en la alimentación se asociaron con un mayor descenso de peso e internación (ictericia, deshidratación). Los nacidos por parto vaginal presentaron un incremento de peso superior a los nacidos por cesárea. Los alimentados con pecho exclusivo al mes de vida (84,5%) mostraron un aumento de peso superior a los alimentados con fórmula láctea total o parcialmente (15,5%). El sexo no mostró diferencias, al igual que la edad, instrucción y trabajo materno.

Conclusiones: El conocimiento de los cambios relativos del peso al nacimiento, expresados como porcentajes de descenso o incremento, nos permitió ratificar conductas principalmente en el fomento y difusión de la lactancia materna exclusiva.

05. VIGENCIA DE LOS ESTÁNDARES NACIONALES DE PESO Y ESTATURA

De Olivera N, del Pino M, Lejarraga H.

Servicio de Crecimiento y Desarrollo, Hospital J.P. Garrahan. Combate de Los Pozos 1881 (1245) Buenos Aires, Argentina. e-mail: hlejarraga@intramed.net.ar Tel: 4308-5323.

Las muestras de niños de 0 a 5 años con los que fueron confeccionados los estándares argentinos de peso y estatura, fueron basadas en niños medidos en el período 1966-1975. Dado que en muchos países, incluido la Argentina, se ha descrito una tendencia secular positiva en el crecimiento de la población infantil, se consideró conveniente comparar los valores de los estándares con una muestra de niños del mismo rango etáreo medidos en 1991-1992. Se trata de una muestra nacional, obtenida del Programa Colaborativo Nacional, de 3.573 niños sanos de 0 a 5.99 años de edad, medidos por pediatras de todo el país, de acuerdo a normas y técnicas estandarizadas, con peso de nacimiento de 2.500 g o más, de un nivel socioeconómico predominantemente medio, que permite asumir ausencia de factores limitantes en el crecimiento físico (nutricionales, etc.). La muestra está compuesta por niños de todas las jurisdicciones del país, en un número proporcional a la población infantil menor de seis años de cada una de ellas.

Se encontraron diferencias en la mediana del peso menores de 650 g sólo en algunas edades sin encontrarse una tendencia sistemática. Las medias de estatura de la muestra de estudio fueron similares a la de los estándares, con variaciones en general pequeñas y asistemáticas. A los 4 y 5 años, la muestra del estudio fue de 1 a 1,80 cm mayor que la de los estándares en ambos sexos.

Las diferencias encontradas pueden ser debidas a un efecto de muestreo, y avalan el uso de los actuales estándares en forma confiable. No obstante, consideramos necesario hacer estudios a edades mayores para evaluar la existencia de un eventual cambio en el peso y talla de niños y adolescentes en los últimos diez años.

07. INFECCIÓN TARDÍA EN <1.500 g DE LAS UNIDADES INTEGRANTES DE NEOCOSUR

Kurlat I, por NEOCOSUR.

Hospital de Clínicas "José de San Martín" y Unidades participantes del grupo colaborativo NEOCOSUR.

Introducción: La infección tardía (IT) es uno de los grandes problemas que presentan los recién nacidos de muy bajo peso al nacer (MBP). Trae como consecuencia un aumento en la morbilidad (aumento en la DBP, más días de internación, secuelas neurológicas, ECN) y contribuye significativamente a la mortalidad en estos niños. Existen múltiples informes sobre la incidencia de IT en los niños de MBP, pero pocos datos corresponden a la realidad de las unidades del cono sur.

Objetivo: El presente trabajo analiza la incidencia de IT en los niños de MBP nacidos entre 01/2000 y 06/2002 en las unidades integrantes del NEOCOSUR, la epidemiología de los gérmenes responsables y la contribución de esta patología a la mortalidad en este grupo de pacientes.

Métodos: Se analizó la base de datos del proyecto que contiene 1.359 recién nacidos ingresados por las 18 unidades participantes. De estos, 1.222 sobrevivieron por más de 72 h. y constituyen la población estudiada.

Resultados: 390 (32%) RN tuvieron por lo menos 1 episodio de IT. A menor peso de nacimiento hubo mayor número de episodios de infección por paciente. La media de días al primer episodio de IT fue de 14.2 con una mediana de 12 y un modo de 7. La mayoría de los niños se infectó entre los 7 y los 15 días. El 63% de los gérmenes aislados fueron Gram + y el 25% fueron Gram - ; 12% de todos los aislamientos correspondió a *Candida sp.* Estos datos son comparables a los datos reportados tanto por la Red Neonatal de Israel como por la Neonatal Research

Network (NICHD) de USA. Hubo un 15% de pacientes con IT por *S. aureus*. En algunos casos un mismo paciente experimentó más de un episodio de IT por este germen indicando la presencia posible de algún portador. Analizando las causas de muerte, la IT contribuyó a la mortalidad entre el 40 y el 53% de todos los fallecidos.

Conclusiones: La IT en las unidades del grupo NEOCOSUR tiene un peso importante en la morbilidad neonatal. Disminuir su incidencia seguramente redundará en menor mortalidad y mejor calidad de vida para estos niños de MBP.

08. CRECIMIENTO DIARIO DE ESTATURA EN NIÑAS SANAS DURANTE EL EMPUJE PUBERAL DE CRECIMIENTO

Caino S, Lejarraga H*, Kelmansky D**.*

*Crecimiento y Desarrollo, Hospital Garrahan.** Instituto de Cálculo. UBA. Buenos Aires.

Hasta hace poco tiempo se creía que el crecimiento de estatura era un proceso suave y continuo que ocurría por el aumento de pequeñas cantidades diarias de masa. Sin embargo, en las últimas décadas, estudios basados en mediciones diarias o semanales de estatura en niños de diferentes edades proponen que el crecimiento es un proceso no-lineal y discontinuo. Hay muy pocos datos en la literatura sobre el crecimiento diario durante el empuje puberal de crecimiento. Con el **objetivo** de analizar el patrón de crecimiento diario en niñas sanas durante el empuje puberal de crecimiento realizamos mediciones replicadas de estatura de lunes a viernes durante 150 días en 10 niñas de 10.71 a 12.72 años de edad, con mamas en estadio 2 ó 3 de Tanner al inicio del estudio. El error técnico de medición (ETM) en cada niña tuvo un rango de: 0.08-0.12 cm. Se realizó un suavizado de los datos teniendo en cuenta el ETM. Se definió crecimiento a todo incremento entre dos valores suavizados consecutivos mayor a 6 veces el error de medición.

Resultados: En todas las niñas se observaron cambios bruscos de estaturas en 24 horas (saltos: mayores de 0.3 cm) separados por días de no crecimiento (estasis) y/o periodos de crecimiento continuo. El porcentaje de días de estasis sobre el total de días medidos (150 días) fue 62.0%. El promedio de duración de los periodos de estasis fue 5.2 días, la duración máxima fue 25 días consecutivos. El promedio del número de saltos fue 3.6 con una amplitud máxima de 0.62 cm. El crecimiento a expensas de saltos representó el 58.2% del total de crecimiento ocurrido durante el estudio.

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que el crecimiento es un proceso discontinuo e irregular formado por tres fases: estasis, crecimiento continuo y saltos. Esto es consistente con el carácter pulsátil de otros fenómenos fisiológicos y puede contribuir a comprender mejor la fisiología del crecimiento en un período importante como es el empuje puberal de crecimiento.

10. LA ASPIRACIÓN ORO Y NASOFARÍNGEA DE RECIÉN NACIDOS (RN) CON ANTECEDENTE DE LÍQUIDO AMNIÓTICO MECONIAL (LAM) ANTES DEL DESPRENDIMIENTO DE LOS HOMBROS, NO PREVIENE EL SÍNDROME DE ASPIRACIÓN MECONIAL (SALAM)

Vain N, Szyld E, Prudent L, Wiswell T, Aguilar A, Vivas N, Grillo A, De Luca C, Fedriani G, Valverde R, Sexer H, Gervasoni M y la red de estudio de meconio.

Buenos Aires, Argentina-Stony Brook- NYC- EE.UU.

Introducción: La recomendación actual de aspiración intraparto en los recién nacidos con antecedente de LAM esta basada en estudios no aleatorios con resultados contrapuestos.

Objetivo: Realizar un estudio prospectivo, controlado y de distribución aleatoria, para evaluar si esta intervención rutinaria tiene algún beneficio. La hipótesis nula era que no habría ninguna diferencia en la incidencia de SALAM, se efectuara o no la aspiración intraparto.

Métodos: Criterios de inclusión: 1) Nacimiento con antecedente de LAM de cualquier consistencia, 2) Edad gestacional (EG) \geq 37 Semanas, 3) Presentación cefálica y 4) Sin diagnóstico prenatal de malformaciones congénitas graves.

Inmediatamente antes del nacimiento los RN fueron distribuidos en forma aleatoria a: 1) Aspiración de oro y nasofaringe previo al desprendimiento de los hombros (ASP) o a 2) No aspiración antes del nacimiento (NO ASP). El manejo en sala de partos después del nacimiento respondió a las guías del Programa Nacional de Reanimación de la AAP y la SAP para todos los pacientes. Los neonatólogos que hacían el diagnóstico de aspiración meconial en la unidad de cuidados intensivos neonatales y registraban las demás variables del estudio desconocían el grupo al que pertenecía el paciente (ASP o No ASP).

Resultados: Se incluyeron 2514 RN provenientes de 12 centros participantes

(1.263 ASP, 1.251 NO ASP). Los grupos resultaron comparables para las principales características demográficas (peso de nacimiento, EG, puntajes de Apgar, porcentaje de cesáreas, consistencia del meconio, sexo, etc.). No hubo diferencias significativas entre los grupos en la incidencia de SALAM: 3,6% ASP (i.c. 95% 2,4 - 4,4), 3,5% NO ASP (i.c. 95% 2,5 - 4,6), necesidad de ventilación mecánica (VM) para SALAM (1,2% ASP - 1,1% NO ASP), mortalidad (0,4% ASP - 0,2% NO ASP), duración de la VM, de oxigenoterapia y de la hospitalización.

Conclusiones: La aspiración oro y nasofaríngea intraparto en niños de término con LAM no previene el SALAM ni sus complicaciones. Las recomendaciones actuales deberían ser revisadas.

11. EVOLUCION DE LA POSICION AL DORMIR EN LACTANTES SANOS A TRAVES DE LOS AÑOS

Eyman A, Caprotta G, Ricciardi M, Jenik A.

Departamento de Pediatría del Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. Gascón 450. 1181 Capital. ajenik@drwebsa.com.ar. Tel.: 4959-0200(3480)

Introducción: Los factores de riesgo para el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL) no están bien descritos en los países en desarrollo. En 1997 la SAP recomendó que los lactantes sanos debían dormir en posición no prona. En 1998, Argentina se vinculó con Nueva Zelandia con el objetivo de aumentar el conocimiento sobre el SMSL (Proyecto Vínculo).

Objetivo: Conocer la evolución de la actitud de los padres con respecto a la posición para dormir de sus hijos a través de los años. Se estudiaron lactantes sanos entre 0 y 6 meses, que concurrían al vacunatorio del hospital. Se reclutaron 100 lactantes cada año. Se consideró la posición recomendada (PR) cuando el lactante dormía en decúbito dorsal y/o lateral.

Resultados: no hubo diferencias en la mediana de edad (3,1) en los 5 años.

Año	Prevalencia de PR	Los padres consideran la posición prona riesgosa	El pediatra aconsejó la PR
1997	49%	18%	56%
1998	69%	24%	71%
1999	91%	53%	79%
2000	81%	67%	88%
2001	87%	69%	91%

Entre aquellos padres cuyos hijos previos durmieron boca arriba se observó un cambio significativo en la elección actual de la posición al dormir a favor de la PR: 42% en 1996 y 89% en el 2001 ($p < 0,05$).

Conclusiones: Los datos reflejan un cambio en la prevalencia de este importante factor de riesgo para el SMSL. La prevalencia de la PR aumentó durante estos 5 años debido aparentemente a una intervención de bajo costo que consistió en un mensaje de educación para la salud. El médico informó este consejo en forma creciente a través de los años. Los resultados muestran que la motivación es un determinante potente de los cambios de conducta.

12. ASOCIACIÓN DEL VIRUS DE EPSTEIN BARR (EBV) CON LINFOMAS DE HODGKIN (LH) EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA

Chabay P, De Matteo E, Preciado MV¹.

¹Laboratorio de Virología, ²Servicio de Anatomía Patológica, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Gallo 1330, Ciudad de Buenos Aires, CP 1425, e mail: virologia_hnrg@yahoo.com.ar, Tel.: 4964-3118.

El LH presenta en los países desarrollados una incidencia relacionada con la edad, con un pico en adultos jóvenes (15 a 35 años) y un segundo pico luego de los 50 años. En países subdesarrollados hay un corrimiento del primer pico a la infancia. El subtipo esclerosis nodular (EN) es el mayoritario en poblaciones del primer mundo, mientras que los subtipos celularidad mixta (CM) y predominio linfocitario (PL) prevalecen en los países del tercer mundo. En países desarrollados, la asociación entre el EBV y el LH es cercana al 50%, y asciende más del 80% en aquellos subdesarrollados.

Objetivo: Estudiar la asociación entre el EBV y el LH en una población pediátrica de nuestro país.

Población y metodología aplicada: 92 casos de LH del Hospital de Niños R. Gutiérrez consecutivos entre 1988 y 2001, rango de edad 2 a 16 años, mediana 8, relación fue varón:mujer 2:1. Sobre cortes de biopsias fijadas en formol e incluidas en parafina, se detectó la presencia de EBV por hibridación *in situ* (HIS) para EBERS y por inmunohistoquímica (IHQ) para la proteína latente de membrana-1 (LMP-1) de EBV. Además, en 32/92 muestras con ADN de buena calidad, se confirmó la positividad para EBV por PCR para EBERS y EBNA 3C.

Resultados: La distribución de los subtipos histológicos mostró una prevalencia

del 52% para el subtipo CM (48/92), seguido por el subtipo EN (31%, 29/92). Con respecto a la asociación con EBV, un 55% (51/92) de los casos fueron EBV+ por las tres técnicas utilizadas, se distribuyeron homogéneamente entre ambos sexos, un 40% (37/92) fueron de subtipo histológico CM y en los menores de 10 años, la positividad para EBV ascendió al 75% (39/52) ($p = 0,0001$, test de Fisher).

Conclusiones: En nuestro país la primoinfección con el EBV ocurre en la infancia temprana al igual que en otros los países subdesarrollados, pero el 55% de positividad en LH es similar a los cifras halladas en países desarrollados. Sin embargo, si se toma en cuenta la mayor positividad para EBV dentro del subtipo histológico CM (37/48, 77%) y la asociación del LH con EBV en el grupo de pacientes <10 años estos valores se asemejan a los hallados en otros países subdesarrollados. Por ende, en nuestro país observamos un patrón mixto que ya ha sido descrito para países de economías en transición.

13. PRESENCIA DEL VIRUS DE HEPATITIS C EN NIÑOS CON ANTECEDENTES MATERNOS DE INFECCIÓN CON ESTE VIRUS

Gismondi MI, Grinstein S, Preciado MV.

Laboratorio de Virología, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Gallo 1330 2º piso lab. 22, (1425) Buenos Aires. Tel: 4964-3118, Fax: 4962-6770. e-mail migismondi@yahoo.com.ar

La infección crónica por el virus de la hepatitis C (HCV) en niños es típicamente asintomática. La drogadicción endovenosa materna y la transmisión perinatal contribuyen actualmente a la diseminación de la infección por HCV en la población pediátrica. Nuestro objetivo fue estudiar la transmisión madre-hijo de HCV en una población pediátrica, evaluar su correlación con la coinfección materna por HIV y analizar la evolución del virus en las etapas tempranas de la infección crónica en estos pacientes. Se estudiaron 43 pacientes, hijos de 42 madres HCV+ (28/42 HIV+). El diagnóstico de infección por HCV se realizó por la técnica de ELISA de tercera generación y/o retrotranscripción seguida de reacción en cadena de la polimerasa (RT-PCR) de la región 5' no codificante de HCV. Se determinó el genotipo viral en las muestras positivas para HCV por la técnica de polimorfismo de longitud de fragmentos de restricción (RFLP). Se determinó la carga viral de HCV utilizando un equipo comercial (AMPLICOR MONITOR[®]). Se amplificó un fragmento de 348 pb de la región E1/E2 de HCV, que contiene a la región hipervariable 1 (HVR1). Este fragmento se purificó y se secuenció en forma automática. El análisis de las secuencias se realizó con los programas Clustal X y BioEdit.

De los 43 pacientes estudiados, 15 presentaron RT-PCR para HCV positiva. De ellos, 12 (80,0%) eran hijos de madres HCV y HIV positivas. De los 28/43 niños que no presentaron viremia para HCV, 17 (60,7%) eran hijos de madres coinfectadas con HIV. Los genotipos virales hallados fueron: 12 1a/c, 2 1b y 1 2a/c. Se determinó la carga viral para HCV en 16 muestras de 10 pacientes. Se secuenció la región E1/E2 en 8 muestras consecutivas de 2 pacientes. No se observó la presencia de mutaciones puntuales característica de la región estudiada en estos casos.

Se observaron niveles de viremia variables, con una tendencia a presentar menor viremia a edad más temprana. El genotipo viral hallado en la mayoría de las muestras corresponde al descrito para nuestra región. La ausencia de mutaciones puntuales en la región HVR1 estaría relacionada con el tiempo de evolución de la infección y con la ausencia de una presión selectiva para la evolución del virus por parte del hospedador. La coinfección materna con HIV no incrementó la tasa de transmisión vertical de HCV en forma estadísticamente significativa.

14. SEROPREVALENCIA DE ANTICUERPOS VACUNALES ANTISARAMPIONOSOS EN NIÑOS INMUNIZADOS EN LA CIUDAD DE RESISTENCIA, PROVINCIA DEL CHACO

Galván M, Miranda O, Balbachán S, Fabre A, Merino D, Alonso M, Gordonner J.

Instituto de Medicina Regional de la UNNE. Av. Las Heras 727, Resistencia, Chaco. (CP. 3500). Tel. 03722-428213, Fax: 03722-422793.

Introducción: Con miras a la eliminación y erradicación del sarampión, y teniendo en cuenta que el mismo es muy contagioso, hace suponer, que la proporción de inmunes en una población debe ser altísima, para poder eliminar la transmisión. Existe un fracaso primario de la vacunación de 5 a 10% y un fracaso secundario de 10% antes de 10 años de vacunados; por ello, es necesario conocer la seroconversión en cada región. La producción de casos en niños y aparición en adultos plantea la necesidad de conocer la seroconversión en ambos grupos. Se inició el estudio en escolares.

Diseño: Estudio transversal.

Objetivos: a) Conocer la seroprevalencia de anticuerpos protectores antiseropos vacunales (apasv) en niños de 6 a 14 años que concurren a escuelas de Resistencia. b) Conocer el comportamiento de Apasv, después de un período mayor de 6 años de vacunación. c) Comparar la proporción de inmunizados en relación a vacunados.

Metodología: Población de escuelas sorteadas: 3.000, prevalencia esperada 95%, nivel de significación 95%, tamaño de la muestra 110. Criterios de exclusión: a) los que padecieron la enfermedad; b) los que no fueron vacunados. Se utilizó la técnica de IFI para la búsqueda de anticuerpos IgG.

Resultados: Sobre un total global de 202 niños testeados con y sin carnet, de 6 a 14 años, se observó un fracaso primario de 26% (53 niños). Sobre 110 niños testeados con carnet de vacunación a la vista, se encontró un fracaso primario (IgG -) de 21% (23 niños). Analizados los 110 niños con carnet, la proporción de inmunizados (IgG +) fue de 79% (87) en relación a los vacunados. Entre menores de 7 años fue de 71% y en los mayores de 7 años, la proporción fue de 80% (77). En este encuentro, se publica la primera parte del estudio, previéndose ampliar el tamaño de la muestra para conocer asociación de IgG con N° de dosis, año de vacunación, crecimiento y cepa utilizada.

Discusión: El mayor porcentaje de IgG negativo en el grupo que no presentó certificado de vacunación, puede atribuirse a que algunos no estaban realmente vacunados. La mayor proporción de inmunizados en los niños mayores de 7 años se explicaría por la intervención en los mismos, con segunda y tercera dosis.

16. TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO.

SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO

Cuarterolo M López S, Dávila MTG de, Rojas L, Cervio G, Bianco G, Sasbón J, Bes D, Lipsich J, González F, Carmuega E, Tau C, Vaiani E, Delgado N, del Pino M, Oleastro, M, Chantada G, Delfino V, Bravo E, Norton E, Labadet M, Eyzaguirre G, Montaña M, Invenzarza O, Ciocca M.

Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan, Combate de los Pozos 1881. Buenos Aires, Argentina. E-mail: mcuarterolo@intramed.net.ar

El trasplante hepático (TH) constituye la única alternativa terapéutica para numerosas enfermedades hepáticas avanzadas. Los adelantos en la técnica quirúrgica y en la inmunosupresión desarrollados en los últimos años permitieron mejorar la sobrevida. En la evolución a largo plazo de los pacientes trasplantados pueden presentarse complicaciones de diversa severidad.

Objetivo: Analizar la evolución a largo plazo de los pacientes trasplantados con un seguimiento mayor de 1 año post-TH.

Material y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes trasplantados en nuestro hospital en el período 11/92-11/01. Se incluyeron aquellos con más de un año de seguimiento post-TH. Fueron excluidos los que no habían cumplido 1 año post-TH y los que fallecieron antes de ese lapso de seguimiento. Se sometieron a análisis estadístico variables potenciales de mortalidad.

Resultados: Durante el período estudiado se realizaron 264 TH en 238 pacientes de los cuales 143 (157 TH) fueron seguidos más de un año post-TH. La mediana de edad fue de 5.41 años (r: 0.58-21.7 años), 76 pertenecían al sexo femenino. Las indicaciones de TH fueron: falla hepática fulminante 50 (35%), atresia de vías biliares 38 (26%), cirrosis 37 (26%), colestasis crónicas 13 (9%) y otras 5 (4%). Las indicaciones de re-TH fueron: cirrosis biliar (n: 7), trombosis de la arteria hepática (n: 4) y rechazo crónico (n: 3). En 73/157 TH se utilizaron injertos reducidos: 14 donantes vivos relacionados y 11 biparticiones. La sobrevida global fue: paciente 93%; injerto: 86%. El re-TH y el injerto reducido fueron las variables de mayor significación para riesgo de muerte en nuestra población. El déficit de talla y masa ósea se recuperó antes de los 3 años post-TH. La incidencia del síndrome linfoproliferativo fue del 7,69%, su diagnóstico y tratamiento temprano permitió una buena evolución en la mayoría de los casos. En 7 pacientes se diagnosticó hepatitis B de novo post-TH, todos presentaron curso clínico favorable. El riesgo social no afectó la sobrevida.

Conclusiones: Los pacientes trasplantados tuvieron una sobrevida prolongada. La prevención, detección y el tratamiento precoz de las complicaciones en el seguimiento a largo plazo mejoró su evolución.

17. ENFERMEDAD DE WILSON E INSUFICIENCIA HEPÁTICA SEVERA

López SI, Ramonet M, Cuarterolo M, Caglio P, Afazani A, Bay L, Czornij L, Dávila MT, Alvarez E, Ciocca M.

Hospital de Pediatría Juan Garrahan, Hospital Alejandro Posadas.

Combate de los Pozos 1881. Buenos Aires, Argentina. sulopez@ciudad.com.ar

La enfermedad de Wilson (EW) con insuficiencia hepática como primera manifestación clínica, es una entidad poco frecuente. El trasplante hepático (TH) de emergencia es considerado el tratamiento más adecuado. Existen reportes que demuestran que la administración precoz de D-penicilamina en pacientes con fallo hepático (FH) sin encefalopatía se asocia con recuperación de la función hepática.

Objetivo: Analizar las características clínicas, tratamiento y evolución de pacientes con EW que presentaron FH al diagnóstico de la enfermedad.

Pacientes y métodos: En el período 9/1989-11/2001 ingresaron 14 pacientes con EW. Se incluyeron 7 pacientes con FH. Se analizaron: edad, sexo, hallazgos clínicos, bioquímicos, histológicos, evolución y tipo de tratamiento.

Resultados:

Edad	Enc	Hemólisis	KF	TP%	Cer	Cu U	Tto	T° rec
14 a	no	no	sí	33	6	730	méd	2 a 2 m
14 a	no	sí	no	30	9	1.395	méd	26 d
16 a	no	no	sí	35	9	2.714	méd	8 m
12 a	sí	no	no	18	8	2.160	TH	---
16 a	no	no	sí	26	3	---	méd	---
11 a	sí	no	sí	10	5,6	365	TH	---
10 a	no	no	sí	23	8	350	méd	3 m

Enc: encefalopatía; KF: anillo Kaizer-Fleischer; TP: tiempo de protrombina; Cer: ceruloplasmina (mg/dl); CuU: cupruria (microg/24 hs); Tto: tratamiento; méd: médico; T° rec: lapso entre Tto-recuperación de TP >60%; a: años; m: meses; d: días.

Cuatro pacientes recuperaron la función hepática con tratamiento médico, uno falleció por sepsis a los 5 meses de iniciado el mismo y dos presentaron encefalopatía, por lo que recibieron un TH.

Conclusiones:

1. El tratamiento médico es efectivo en la EW con fallo hepático.
2. La recuperación de la función hepática puede demorar muchos meses.
3. El trasplante hepático es la opción adecuada en los casos de FH fulminante.

19. FACTORES DE RIESGO PARA POLICITEMIA NEONATAL. NUEVO ENFOQUE

Enríquez D, Grandi C, Largaía M

Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Esteban de Luca 2151. Ciudad de Buenos Aires. Tel: 4943-4892.

Introducción: La policitemia neonatal aún mantiene varias controversias. El objetivo del presente estudio fue evaluar la prevalencia, población de riesgo y morbimortalidad asociada de 725 casos de policitemia en cinco años en la Maternidad Sardá de Buenos Aires. Se definió en forma operacional policitemia al hematocrito central mayor o igual a 65%.

Material y métodos: Se analizó la información vertida en el Sistema Informático Perinatal (SIP) v. "Agustina". Los años evaluados fueron de 1996 a 2000 inclusive con un número total de 31.447 registros.

Resultados: La prevalencia en toda la población estudiada (incluyendo prematuros), fue del 2,3%. Cuando se la analizó en la población de RN a término y prematuros cercanos al término (36 y 37 semanas), la prevalencia disminuyó al 16%.

La policitemia neonatal es una afección que sigue una distribución en "U", más frecuente en edades gestacionales inferiores a 37 semanas inclusive y mayores de 41 semanas.

Se obtuvo una asociación estadísticamente muy significativa y riesgo aumentado de policitemia en presencia de hipertensión arterial materna (OR 2,6 IC 95% 2,02 - 3,36), preeclampsia (OR 2,83 IC 95% 2,13 - 3,76), eclampsia (OR 8,22 IC 95% 3,74 - 17,5), embarazo múltiple (OR 4,42 IC 95% 1,78 - 3,04) y diabetes gestacional (OR 2,76 IC 95% 2,08 - 3,66).

Hubo diferencias significativas entre el grupo de RN policitémicos y no policitémicos en cuanto a alta con patología (OR 4,57 IC 95% 3,49 - 5,97), no habiendo diferencias en la mortalidad neonatal (OR 1,66 IC 95% 0,83 - 3,10).

Se observa una gran diferencia entre las 37 y 38 semanas de edad gestacional (3,9% vs. 1,8%). Como es esperable la frecuencia de policitemia superó a la media de la población (1,6%) en presencia de bajo peso para la edad gestacional (- perc. 10) y alto peso para la edad gestacional (z perc. 95).

Conclusiones: Estos datos cuestionan la necesidad de pesquisar la policitemia en recién nacidos con peso de nacimiento entre el percentilo 90 y 95 que representan el 5% de la población.

20. PRACTICAS ALIMENTARIAS EN NIÑOS ASISTIDOS EN UN CENTRO DE SALUD DEL GRAN LA PLATA

Castilla MV, Ortale MS, Rodrigo MA.

Centro de Estudios en Rehabilitación Nutricional y Desarrollo Infantil (CEREN). Comisión de Investigaciones Científicas Provincia de Buenos Aires. Calle 52 e/ 119 y 120. 1900 La Plata. Tel: (0221) 4892811. E-mail: ceren@netverk.com.ar

Introducción: Este trabajo, llevado a cabo en la Unidad Sanitaria N° 20 del partido de La Plata, analiza los conocimientos y prácticas de control de salud y las prácticas de alimentación infantil en relación a ciertas variables familiares y maternales en población de sectores pobres.

Material y método: Se entrevistaron 54 madres de niños con edades comprendidas entre los 3 y 48 meses de edad que asistieron a la consulta pediátrica. Mediante una encuesta semiestructurada se indagaron las siguientes variables: características sociodemográficas y ocupacionales familiares y maternales; conocimientos y prácticas de control de salud; lactancia materna (LM); alimentación complementaria (AC); evaluación materna de la alimentación del niño. Las variables con las que se relacionan algunas de estas dimensiones son: tipo de familia, orden del hijo y escolaridad materna.

Resultados: La mayoría de los niños tiene menos de 20 meses, tratándose del primer hijo en la mitad de los casos. La mayor proporción de madres tiene secundaria incompleta y un 15% primaria incompleta o sin instrucción. Casi la mitad tiene un solo hijo y un 20% tiene 4 y más. El intervalo intergenésico es superior a los 20 meses en la mayoría. Dentro del 80% de niños alimentados con LM exclusiva, la duración supera significativamente la meta nacional y el tiempo total de lactancia responde mayoritariamente a las normativas. El inicio de la AC es adecuada y se brinda en horarios regulares. El 90% de los niños presenta un adecuado estado nutricional. El porcentaje de mujeres que conoce la periodicidad de los controles de salud disminuye a medida que aumenta el rango de edad. El cumplimiento de los controles de salud disminuye del 80% en el primer año al 40% entre los 2 y 3 años.

Conclusiones: Las prácticas alimentarias, vinculadas en su mayoría a hijos únicos y/o que ocupan el primer orden, son positivas. Sin embargo, debe enfatizarse la necesidad e importancia de los controles de salud a partir del año de vida. Tratándose de una muestra sesgada, los resultados se contrastan con otros obtenidos en un censo realizado en un barrio pobre del partido y con otros estudios poblacionales del aglomerado

25. MORTALIDAD Y SECUELAS LUEGO DE INFECCIÓN AGUDA POR ADENOVIRUS

Murtagh P, Giubergia V, Bauer G, González Pena H, Viale D.

Neumología y Virología. Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", Buenos Aires.

Los adenovirus (Ad) son, después del virus sincicial respiratorio, los patógenos virales más frecuentemente aislados en niños hospitalizados por infecciones respiratorias agudas bajas (IRAB) en Argentina.

El objetivo de este estudio fue analizar la población, formas clínicas de presentación, evolución, complicaciones y los factores pronósticos de mortalidad y secuelas de las IRAB por Ad. Se evaluaron retrospectivamente las historias clínicas de 346 pacientes atendidos en nuestro hospital entre Agosto de 1987 y Diciembre de 2.000. Se excluyeron pacientes con inmunodeficiencias congénitas o adquiridas o con infección intrahospitalaria por Ad. La edad media al diagnóstico fue de 9.7 meses (r 0.1-72.2 m) El 72.8% (n 249) eran menores de 12 m. La relación M/F fue de 1.6:1. El 56% eran sanos al momento de la injuria viral y el 18% tenían antecedentes de sibilancias recurrentes. Las formas clínicas de presentación fueron: neumonía multifocal 43%, bronquiolitis 43% y neumonía unifocal 14%.

Las complicaciones fueron Insuficiencia Respiratoria Aguda (IRA) hipoxémica 96.5%, IRA hipercápnica 52.3%, síntomas sistémicos 57%, atelectasia 18.5%, sepsis bacteriana 11.8% y neumotórax 6.6%.

Evolucionaron sin secuelas 43% y con secuelas 42%. Estas fueron: enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) 76.3% (n 113) con bronquiolitis obliterante 68% y con bronquiectasias y/o atelectasias 22%, bronquiectasias y/o atelectasias sin EPOC 11.4% y sibilancias recurrentes 12%. Fueron factores pronósticos de enfermedad pulmonar obstructiva crónica: IRA hipercápnica 6.29 (3.45<OR<11.53) y mayor tiempo de internación. La mortalidad en la etapa aguda fue 14% y mortalidad tardía 1%. Fueron factores pronósticos de mortalidad: neumonía multifocal 14.68 (6.03<OR<37.39), sepsis bacteriana 6.82 (3.13<OR<14.89), síntomas sistémicos 4.63 (1.82<OR<12.52) y neumotórax 3.91 (1.42<OR<10.91).

Conclusiones: Alta mortalidad y secuelas crónicas graves e irreversibles en niños previamente sanos o con enfermedades leves luego de IRAB por Ad.

26. FACTORES DE RIESGO DE SEVERIDAD EN INFECCIÓN POR VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO

Colombres G, Parra L, Giubergia V, Viale D, Murtagh P.

Neumología y Virología. Hospital Garrahan. Buenos Aires. Argentina.

El virus sincicial respiratorio (VSR) es el agente etiológico más frecuentemente aislado en niños menores de 2 años internados por infección respiratoria aguda baja (IRAB) en Argentina. El objetivo de este estudio fue analizar las formas clínicas de presentación, tiempo de evolución y complicaciones entre dos grupos de pacientes: con y sin factores personales de riesgo de severidad. Se analizaron retrospectivamente las historias clínicas de 253 pacientes internados en nuestro Hospital con diagnóstico de IRAB por VSR durante 1998. Se excluyeron los pacientes mayores de 24 meses, que tuvieran inmunodeficiencias primarias o secundarias o que hubieran adquirido la infección en el hospital. Las formas clínicas de presentación fueron: bronquiolitis 75% (n 190), neumonía 25% (n 63). La edad media al diagnóstico fue de 7.0 meses (r 0.33 a 23.8 m) y modo 1.16. La relación M/F fue de 1.4:1. Fueron derivados a otros centros de atención hasta su alta 46 pacientes. Los restantes (n 207) se dividieron en dos grupos: sin factores de riesgo de severidad (SR) 59% (n 122) y con factores de riesgo de severidad (CR) 41% (n 85). La mortalidad global fue de 1.93%. Los principales factores de riesgo de severidad fueron: prematuridad ≤ 34 semanas de edad gestacional) 57% (n 49), prematuros menores de 6 meses al momento de la IRAB 22% (n 19), cardiopatías congénitas 24.7% (n 21), desnutridos 15% (n 13), menores de 45 días 13% (n 11), enfermedad pulmonar crónica (EPOC) 13% (n 11), displasia broncopulmonar (DBP) 5.8% (n 5), fibrosis quística 1.2% (n 1). Entre ambos grupos se compararon los siguientes parámetros: edad SR 7.38 m vs CR 6.42 m (p <0.012), días de internación SR 7.2 vs CR 13.4 (p <0.00001), días en oxígeno SR 6.3 vs CR 11.3 (p <0.0001), asistencia ventilatoria mecánica SR n 10 vs CR n 13 (p NS), muerte SR n 1 vs CR n 3 (p= NS). Cuando se analizaron los factores de riesgo de severidad entre sí, los pacientes con cardiopatías congénitas presentaron mayor probabilidad de muerte que el resto de los factores considerados (p <0.034).

27. EVALUACIÓN DE PCR COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO Y MARCADOR DE RESPUESTA TERAPÉUTICA EN NIÑOS CON CHAGAS

Altcheh J, Bisio M, Biancardi M, Burgos J*, Schijman A*, Freilij H.

Parasitología. Hospital de Niños R. Gutiérrez, "INGEBI, CONICET, Buenos Aires, Argentina.

Se desarrollaron dos ensayos de PCR para la detección de *Trypanosoma cruzi* amplificación de 330 pb de ADN minicírculo y 188 pb de ADN satélite nuclear. Se analizó su utilidad para el diagnóstico y valoración de la respuesta al tratamiento.

Población: se estudiaron 107 niños con riesgo de infección por antecedentes epidemiológicos o por ser hijo de madre serológicamente reactiva desde enero de 1998 a diciembre del 2000. Edad x: 4,6 a (10 d-17 a).

Tratamiento: Nifurtimox 10-15 mg/kg/día ó Benznidazol 5-8 mg/kg/día en dos dosis por 60 días.

Criterios diagnósticos: en <6 m presencia de *T. cruzi* por la técnica del Microhematocrito (MH), en >6 m serología reactiva por 2 técnicas (HAI y ELISA).

Resultados:

	PCR: población total n: 107		PCR: < 6 meses	
	Infectado	No infectado	Infectado	No infectado
PCR+	51/64	2/43	12/12	2/22
PCR -	13/64	41/43	0/12	20/22

Sensibilidad: 80%; Especificidad: 95%;

VP+: 96%; VP Neg: 76%

Sensibilidad: 100%; Especificidad: 91%;

VP+: 86%; VP Neg: 100%

En 25 de 63 pacientes tratados se realizó PCR intra y postratamiento. Edad x: 4a (12 d-15 a).

	PCR+	Serología+	MH+
Inicio del tto.	20	24	5
1 mes de tto.	5	23	0
2 meses de tto.	1	23	0
6 meses de tto.	0	19	ND
12 meses de tto.	0	14	ND

Conclusiones:

- La PCR presentó una sensibilidad global al diagnóstico del 80% y del 100% en los niños menores de 6 meses.
- Sería de utilidad como marcador precoz de la respuesta al tratamiento en niños mayores, donde la serología persiste reactiva por largo tiempo.

28. APORTE INICIAL DE AGUA Y GLUCOSA EN PREMATUROS CON PESO ENTRE 1.000 Y 1.750 g: GASTROCLISIS VERSUS VÍA INTRAVENOSA. ESTUDIO ALEATORIZADO, CONTROLADO Y MULTICÉNTRICO

Cravedi V, Mariani G, Armadans M, Rodríguez M, Alda E, Lupo E, Ceriani Cernadas JM.

Hospitales: Italiano de Buenos Aires, Oñativía, de San Isidro, Privado del Sur y Clínica Quintana.

Hospital Italiano: Gascón 450, Bs.As. (1181), jose. Ceriani @ hospitalitaliano.org.ar.

Tel: 4958-4831, Fax: 4958-4093.

Fundamentos: Los recién nacidos (RN) de peso bajo reciben inicialmente dextrosa por vía intravenosa (IV). El aporte continuo de soluciones glucosadas mediante gastroclisis (GC), podría ser una alternativa con ventajas potenciales.

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad de la GC en RN entre 1000 y 1.750 g.

Diseño/Métodos: Estudio controlado, aleatorizado y multicéntrico. El punto final primario fue la necesidad de requerir vía IV. Todos los neonatos entre 1.000 y 1.750 g al nacer se consideraron para inclusión. Se excluyeron: Apgar al 5to. minuto < 6, malformación congénita mayor, Q > 0,6, presión media en la vía aérea > 8, hipoglucemia y condición clínica severa en las primeras dos horas de vida. Los RN fueron aleatorizados a GC o IV. Ambos grupos recibieron D10% en igual cantidad. La intervención duró hasta alcanzar 100 ml/kg/día. Se suspendió la GC ante: 1) residuo > 25% del ingreso en las tres hs. previas, 2) policitemia sintomática 3) deterioro clínico a juicio del neonatólogo, 4) ECN.

Resultados: 62 RN se aleatorizaron a GC y 67 a IV. El 40% del grupo GC no requirió vía IV. En los restantes se indicó la vía IV. No hubo diferencias en policitemia, hipernatremia, hipoglucemia, sepsis, pérdida de peso máxima y ECN. La principal causa para suspender la gastroclisis fue deterioro clínico y residuo. La regresión logística mostró que sepsis probable o confirmada (OR:12,9; IC 95% 2,4-65) y preeclampsia (OR5,9; IC 95% 1,3-28,2) estuvieron independientemente asociadas con la discontinuación de la GC.

Conclusiones: La GC en RN entre 1.000 y 1.750 g redujo en un 40% el uso de la vía IV, y no presentó complicaciones. La preeclampsia se asoció con fracaso de la GC. Es probable que una política menos estricta con el residuo podría disminuir aun más la vía IV.

31. INMUNOGENICIDAD A LARGO PLAZO DE LA VACUNACION PARA LA HEPATITIS B EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS

Morise S, Riccheri C, Gómez S, Caglio P, Deana A, Picón A, Ramonet M.

Sección Gastroenterología y Nutrición infantil. Sección Hemato-oncología Pediátrica.

Hospital Posadas, Buenos Aires. mricheri@intramed.net.ar

El uso de hemoderivados como terapia de soporte en el tratamiento de las leucemias agudas y los múltiples procedimientos a los que están expuestos los pacientes oncológicos hace indispensable la vacunación contra la Hepatitis B, aun sabiendo que su respuesta es variable.

Objetivo: Evaluar la inmunogenicidad a largo plazo de una vacuna recombinante para HBV en pacientes oncológicos pediátricos.

Pacientes y métodos: Entre 08/92 y 12/96, 57 pacientes de 1 a 21 años (m 8,8 a.) recibieron esquema completo de vacunación para HBV durante su tratamiento quimioterápico o al finalizar este. Los menores de 12 años recibieron 3 dosis de 10 ug y los mayores de 12 años, 3 dosis de 20 ug (0,1 y 6 meses). Se controló la seroconversión a los 3 meses de finalizado el esquema, siendo positiva en el 60% de los pacientes. Los seronegativos recibieron doble dosis de refuerzo. Seis años más tarde fueron controlados 48 enfermos. Se determinó HBsAg, antiHBc, antiHBs. Se consideraron seroprotectidos aquellos con antiHBs \geq a 10 mIU/ml.

Resultados: Todos fueron HBsAg y antiHBc negativos. De acuerdo al antiHBs se dividieron en 2 grupos: Grupo 1 (antiHBs positivo): 23 (17 pacientes habían recibido el esquema habitual y 6 habían requerido doble dosis). Grupo 2 (antiHBs negativo): 25 (12 enfermos habían sido antiHBs positivo con el esquema inicial, 12 requirieron doble dosis de refuerzo y 1 paciente fue antiHBs negativo a pesar de haber recibido 2 dosis de refuerzo. Los títulos de antiHBs oscilaron entre 15 y 500 mIU/ml. La persistencia de antiHBs a los 6,03 años (4,7 a 7,8 a.) fue del 48,8%. Hasta el 30/03/01 recibieron dosis de refuerzo (doble), 24 pacientes: al mes, 14 enfermos positizaron el antiHBs y 2 de ellos persistieron negativos, 8 no volvieron aún a la consulta.

Comentario: La respuesta fue variable y posiblemente independiente de la etapa del tratamiento en que se vacunaron. Recomendamos realizar el control de anticuerpos anualmente en este grupo de riesgo.

32. RELEVAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DEL SÍNDROME DE REYE EN LA ARGENTINA

Subcomisión de Investigación Pediátrica. SAP.

mramonet@intramed.net.ar

El Síndrome de Reye (SR) es una encefalopatía aguda no inflamatoria (EANI), asociada con disfunción hepática, que afecta a niños menores de 16 años, de acuerdo a la definición del CDC. Objetivo general: comunicar los casos de SR en la Argentina en el período 1° de Enero de 1978 -31 de Diciembre de 1999. Objetivo específico: determinar el porcentaje de casos ciertos, probables, improbables o excluidos de SR.

Materiales y métodos: Fueron invitados a incorporarse al estudio a 250 médicos pediatras de diferentes centros pediátricos de todo el país. Todos los pacientes debían cumplir con los criterios diagnósticos del CDC para SR (Enero 78-Diciembre 99). Se aplicaron los criterios de Gauthier y de Hall, reubicándolos en una nueva categoría, siendo analizados por dos investigadores en forma independiente. Los datos fueron registrados en un formulario "ad hoc" para cada caso.

Análisis estadístico: Se aplicaron test de t de Student, Fischer, \bar{X} e índice de correlación.

Resultados: Participaron 7 centros en el estudio, registrándose 113 casos, distribuidos de la siguiente manera: H. Italiano: 2; Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento: 1; H. Nacional de Neuquén: 8; H. Niños Santísima Trinidad de Córdoba: 2; H. de Niños Dr. Orlando Alassia de Santa Fe: 13; H. Nacional A. Posadas: 52; H. Dr. JP Garrahan: 14; y H. de Niños Dr. R. Gutiérrez: 21. La edad mediana fue de 12 meses (r: 1 mes- 10 a).

El 95% era menor de 4 años, siendo el 59,3% sexo masculino. El antecedente de ingesta de aspirina estuvo presente en 58/ 84 (51,3%), CVAS en 64/ 86 (74,4%) y varicela en 5 casos (5,9%). El tiempo medio transcurrido desde el comienzo de los síntomas de encefalopatía y el ingreso hospitalario fue de 11,5 horas (r: mismo día-4 días). La presencia de vómitos, síntoma característico del SR, estuvo presente en 66 casos (72,5%), y algún grado de coma en el 46%. La biopsia hepática fue realizada en 48 casos, observándose distintos tipos de esteatosis en 47.

La mortalidad fue del 47,2% (51/113), se desconoce la evolución en 5 pacientes. Aplicación del criterio de Gauthier en 112 casos evaluables: 61 (54,5%) fueron improbables, 30 (26,8%) excluidos; solamente 21 (18,8%) fueron probables. El criterio de Hall fue de 8,76 (r: 4-15). Ambas validaciones estaban fuertemente asociadas (p < 0,01).

Conclusiones: Aplicando los criterios de Gauthier y de Hall, la incidencia de SR probable fue de 18,8%

33. FACTIBILIDAD DE UN PROGRAMA PARA LA INCORPORACION DE LA VACUNA DE LA HBV EN EL RECIEN NACIDO Y PRIMER AÑO

Ramonet M, Miceli I, Libonati G, Morise S, Ambrueso L (enf.),

Pérez N (tca. adm.).

Sec. Gastroenterología y Nutrición, Area Programática, Serv. Neonatología y Vacunatorio.

Hospital Nacional Prof. A Posadas, Haedo, provincia de Buenos Aires. mramonet@intramed.net.ar

El desarrollo de las actividades de un Programa de vacunación exige una meticulosa y coordinada articulación intersectorial, que incluye investigación epidemiológica, sensibilización de los actores, identificación de obstáculos, amenazas, fortalezas, debilidades, riesgos y externalidades, como la evaluación del mismo en las diferentes etapas.

Objetivos: 1) Diagnóstico epidemiológico de la HBV en el Area-Programa. 2) Sensibilización de los actores: equipo de salud y padres. 3) Hacer eficiente las acciones e intervenciones propuestas. 4) Ampliar las actividades del Programa a los efectores de Salud distritales y provinciales. 5) Capacitar a los diferentes sectores. 6) Mejorar la referencia-contrarreferencia. 7) Establecer los instrumentos de evaluación continua.

Materiales y métodos: Se describen 3 etapas metodológicas: 1ª) Convocatoria nacional de expertos, y aprobación de la R.M. 940/00, que incorpora la vacuna HBV desde el nacimiento. 2ª) Presentación del Programa en el Dpto. Materno Infantil, y sensibilización y capacitación de los actores. 3ª) Puesta en marcha del registro de la actividad y de los instrumentos de evaluación utilizados.

Resultados: Del 1/12/00 hasta el 31/12/01 fueron vacunados en el centro obstétrico, con la 1ª dosis, 4337/ 4350 RNV. La 2ª y 3ª dosis la recibieron 1.032 niños (24%), y 798 (18%) respectivamente.

Conclusiones: se requieren acciones permanentes de resensibilización y capacitación de los distintos actores, e intervenciones diferenciales con los padres, además de la articulación con los efectores de salud. El brusco descenso del porcentaje de vacunados con la 2ª y 3ª dosis, está relacionado con el peso específico del hospital, como inductor del Programa y la nula sensibilización realizada sobre los efectores periféricos.

34. ASOCIACIÓN ENTRE ADOLESCENTES TATUADOS Y CONDUCTAS DE RIESGO

Busaniche J, Catsicaris C, Eymann A, Mülli V, Paz M.

Unidad de Adolescencia, Dto. de Pediatría, Hospital Italiano de Buenos Aires. Gascón 450. (1181) Ciudad de Buenos Aires. Fax: 4958-4093. correo electrónico: julio.busaniche@hospitalitaliano.org.ar

Objetivos: a) Prevalencia de adolescentes tatuados que consultan a la Unidad. b) Asociación de conductas de riesgo en los tatuados. c) Prevalencia de arrepentimiento de haberse tatuado.

Materiales y métodos: Trabajo descriptivo, de corte transversal, caso control. Se suministró una encuesta, anónima, a adolescentes tatuados y a un grupo control de no tatuados apareados por sexo y edad. Se evaluaron las siguientes áreas: sexo, edad, ocupación de los padres, escolaridad, consumo de drogas, actividad sexual, presencia de tatuados en entorno y creencias sobre el tatuaje y la salud. En los tatuados se evaluó además: número de tatuajes, ubicación, motivos, complicaciones, lugar y asepsia, arrepentimiento y percepción de discriminación por el tatuaje.

Método estadístico: Se usó para comparar variables categóricas el χ^2 , se calculó Odds ratio y se realizó regresión logística a las variables significativas, para las numéricas t-test o test de Wilcoxon.

Resultados: La prevalencia de tatuados fue del 6,1%. Se realizaron 54 encuestas a tatuados y 108 a no tatuados. Hubo asociación significativa en el grupo de tatuados, en las siguientes áreas: repetidores ($p < 0,001$, OR 7,08), consumo de tabaco ($p < 0,001$), relaciones sexuales ($p < 0,001$), número de parejas sexuales ($p < 0,031$), convivientes tatuados ($p < 0,027$, OR 3,81), intención de tatuarse ($p < 0,001$, OR 11,45). El 98,1% reconoce que hubo asepsia, y ninguno se arrepintió. El 11,5% se sintió discriminado alguna vez por el tatuaje.

Conclusiones: Los adolescentes tatuados presentaron asociación con algunas otras conductas de riesgo.

37. AUTOPSIAS NEONATALES: DISCORDANCIAS CLÍNICO-ANATOMOPATOLÓGICAS

De Cristóforis F, Portelli M, Kottar C, Olsen G.

Hospital Nacional Prof. A. Posadas. Servicio de Neonatología. Servicio de Anatomía Patológica. Pte. Illia y Marconi (C.P. 1706), Haedo, provincia de Buenos Aires, Tel 4469-9245.

Introducción: Los datos clínicos sobre la probable causa de muerte pueden ser erróneos. Los estudios postmortem ayudan a confirmar la sospecha clínica, agregan información útil y otras veces pueden cambiar el diagnóstico.

Objetivo: El objetivo de este estudio se basa en comparar la causa clínica de muerte con los estudios postmortem, evaluando la concordancia o discordancia clínico-anatomopatológica.

Pacientes y métodos: Se realizó un estudio descriptivo observacional a través de una revisión retrospectiva de todas las autopsias realizadas en los recién nacidos en nuestro hospital y/o derivados a la Terapia Intensiva Neonatal en un período de tres años y medio (enero 1998 - julio 2001). Los datos clínicos se obtuvieron de las historias clínicas de los pacientes. Estos fueron clasificados de acuerdo a su causa de muerte en cinco grupos, basándose en la clasificación de Wigglesworth. Se utilizó el índice Kappa para establecer la concordancia.

Resultados: El número total de autopsias realizadas en este período fue de 30 (12%) sobre el total de pacientes fallecidos. El grado de concordancia mostró una variación del 59 al 100% según los grupos de clasificación clínica. El grado de mayor discordancia fue en el grupo 3 (prematurez) y en el grupo 5 (otros) donde los datos de la anatomía patológica cambiaron el diagnóstico clínico. La placenta fue estudiada en 9 casos (30%) contribuyendo al diagnóstico final.

Conclusiones: El grado de concordancia anatomoclínico fue variable según los grupos de clasificación clínica. El aporte de la anatomía patológica fue mayor en el grupo de prematurez y de otras enfermedades. En los demás grupos contribuyó a la ampliación de datos existentes y a la confirmación de los datos clínicos. En este estudio se aprecia la importancia de realizar autopsias como valor científico, epidemiológico, consejo genético e instrumento médico legal, pudiendo arribar a un diagnóstico de mayor certeza.

40. PREVALENCIA DE ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS DE 3 A 12 AÑOS CON NBL ASISTIDOS EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Winocur D, Ceriani Cernadas JM, Imach E, Otasso JC,

Morales P, Garsd A.

Departamento de Pediatría, Hospital Italiano de Bs As, Gascón 450, (1181) Ciudad de Buenos Aires. TE: 4959-0200. Hogar Santa Marta, Derqui, Prov. de Buenos Aires.

Introducción: El déficit de hierro es frecuente en países en desarrollo. En la Argentina hay pocos estudios sobre su prevalencia en niños de 3 a 12 años.

Objetivos: 1) Determinar la prevalencia de anemia ferropénica en niños carenciados, de 3 a 12 años de edad del Barrio Monterrey en Derqui; 2) comparar la prevalencia entre los niños que concurren al Hogar Santa Marta (HSM) y niños del mismo barrio que no concurren al hogar.

Métodos: Estudiamos 323 niños: 173 concurrían al HSM (53%) y 157 niños no (47%). Se dosó: Hemoglobina (Hb), Volumen Corpuscular Medio (VCM) y Ferritina Sérica (FS). Según estos resultados hubo dos grupos: *sin anemia y/o sin FS disminuida:* Hb > 110 g/l, VCM > 73 fl o FS > 15 ug/l y *con anemia y/o con FS disminuida:* Hb ≤ 110 g/l o VCM ≤ 73 fl o FS ≤ 15 ug/l. En este último grupo se dosó: saturación de transferrina (ST) y receptores solubles de transferrina (RST). Se definió anemia ferropénica con dos de los tres siguientes valores: FS ≤ 10 ug/L, ST $\leq 10\%$, RST ≥ 38 mmol/l.

Resultados: Hubo un 55% de niñas. La edad media fue 7,6 años sin diferencias entre niños que estaban o no en el HSM. EL peso y la talla fueron similares en ambos grupos. Los padres de los niños del HSM tuvieron menos instrucción y trabajos menos estables. Las condiciones de las viviendas fueron similares, con 100% de NBL. La Hb media fue 12,6 (12,4 en el HSM vs. 12,7 $p = 0,0014$). La media de VCM fue 83,3 y de FS de 45, sin diferencias significativas. Presentaron anemia ferropénica 8/323 niños (2,5%). En todos la anemia fue leve (Hb > 10) y por déficit de hierro (RST ≥ 38 mmol/l). Se detectó disminución de FS en 14/317 niños (4,4%). No hubo diferencias entre ambos grupos en la prevalencia de anemia ni en la disminución de FS. Un análisis logístico no encontró correlación entre anemia y las variables estudiadas, incluyendo educación materna.

Conclusiones: La anemia ferropénica fue poco frecuente en este grupo etáreo de niños carenciados y no hubo diferencias entre niños que asistían o no al HSM.

41. PREVALENCIA DE LA INFECCIÓN POR VIRUS DE HEPATITIS A, B Y C EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON TRASPLANTE RENAL

Cañero-Velasco MC (1), Mutti JE (1), Palti G (3), Morvan S (3),

González JE (2), Munne S (2), Vladimirov S (2), Otegui L (2), Ricotti G (1).

Introducción: Los pacientes trasplantados renales (Tx) por su condición pasada de insuficiencia renal crónica y por ende hemodiálisis, constituyen una población de riesgo para la infección por virus de hepatitis B (HBV) y por virus de hepatitis C (HCV).

Objetivo: Nuestro objetivo fue evaluar la prevalencia de la infección por HAV, HBV y HCV en una población de pacientes pediátricos trasplantados renales.

Pacientes y métodos: Se estudiaron 42 pacientes Tx, con una edad media de 12,7 años (rango 3-19) al momento del trasplante con un tiempo medio de seguimiento de 7 años (rango 3 m-13 años). Se determinaron los marcadores para HAV, HBV y HCV por ELISA (Abbott) y HBV-DNA por hibridación molecular (in house). Como método confirmatorio para HCV se utilizó LIA (Organon) y se realizó RT-nested-PCR (in house) para HCV-RNA. El nivel de normalidad de las transaminasas se determinó por método cinético (Merck).

Resultados:

	aHAV	HBsAg	aHBc	HBVDNA	aHbs	aHCV	HCVRNA	ALAT
N	42	42	39	2	36	42	42	42
Positivos	32	2	10	2	16	11	10	1
%	76,2	4,8	25,6	NA	44,4	26,1	25,6	
%DS	84,6	0,5	3,1	NA	NA	1,3	NA	NA

% DS (6838 DS, Htal., Posadas, Oct. 99-2000); Porcentaje de Donantes de Sangre.

NA: No disponible.

Conclusiones: 1) Observamos una alta prevalencia de infección por HCV y HBV en esta población, con menor prevalencia para HAV, probablemente debido a una media de edad menor que la del grupo control (DS media: 32,5 años). 2) La elevación de ALAT no fue un buen parámetro de infección por HCV y HBV, en estos pacientes. 3) En dos pacientes pudo determinarse viremia con aHCV negativo.

43. REACTO-INMUNOGENICIDAD DE UNA VACUNA PARA HEPATITIS A EN NIÑOS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Cañero-Velasco MC, Mutti J, Álvarez K, Palti G, González J, Morvan S, Grimoldi I, Exeni R, Ruttimann R.

Hospital del Niño de San Justo. Hospital Privado de Niños, Unidad Nefrológica Integral Pediátrica. INEI Dr. Carlos Malbrán. Glaxo SmithKline Biology.

Introducción: Los niños inmunocomprometidos podrían tener complicaciones severas frente a ciertas enfermedades. Conocemos la respuesta inmune a la vacuna de Hepatitis B, pero no la respuesta de la vacuna de Hepatitis A en estos pacientes.

Objetivo: Evaluar la reacto e inmunogenicidad de una vacuna inactivada para hepatitis A en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC).

Pacientes y métodos: Este fue un estudio abierto, que enroló 49 pacientes con ERC, aHAV IgG negativos, 34 con síndrome nefrótico (50% bajo tratamiento), 11 hemodializados, 3 transplantados renales y 1 con insuficiencia renal crónica sin tratamiento. Edad media 7,8 años (rango: 2-18 años), recibieron una vacuna inactivada HAV (HAVRIX), con 720 UEl de antígeno de hepatitis A, a los 0 y 6 meses. Los anticuerpos contra HAV fueron medidos a los días 30, 180 y 210 después de la primera dosis. Once pacientes fueron evaluados a los 12 meses de finalizar el protocolo y recibieron un booster., se retitularon antes y después de esta dosis. La seropositividad se definió como ≥ 20 mUI/ml. El análisis estadístico fue realizado con CHI cuadrado. Para el análisis se evaluaron 2 grupos de pacientes, 32 tratados y 17 no tratados.

Resultados: La tabla muestra los títulos medios geométricos (TMGs) en los dos grupos de pacientes estudiados.

	Mes 1	Mes 6	Mes 7
Grupo no tratado	110 (64-157)	211 (156-267)	362 (267-458)
Grupo tratado	93 (76-111)	142 (114-170)	217 (271-261)
Grupo control	305 (242-385)	153 (113-206)	3.644 (2.732-4.861)

Los 11 pacientes que recibieron una dosis booster a los 12 meses de finalizado el protocolo, mostraron memoria inmunológica, un mes después.

Conclusiones: 1) La vacuna demostró ser altamente inmunogénica para este esquema en ERC. 2) No se observó el efecto de refuerzo luego de la dosis booster. 3) Once pacientes de los 49 estudiados, quienes recibieron una dosis booster a los 12 meses, mostraron memoria inmunológica.

45. VALORACIÓN DE WB E IGE ESPECÍFICA EN NIÑOS CON TOXACARIASIS

Altcheh J, Conca M, Biancardi M, Magnaval JF, Freilij H.*

Parasitología, Hospital de Niños R. Gutiérrez, Buenos Aires, Argentina.

*Parasitologie, CHU Rangueil, Toulouse, Francia.

Objetivo: Valorar la utilidad del Western Blot (Wb) e IgE específica como método diagnóstico en niños con Toxocariasis.

Materiales y métodos: Se evaluaron 92 pacientes con sospecha de Toxocariasis desde enero 1998 hasta mayo de 2001. Edad x: 59 m (15 m-13 a).

Criterio Diagnóstico: Serología reactiva para *T. canis* (IgG/M ELISA, Novum Diagnostica®). Para la realización del WB e IgE específica se obtuvo antígeno excretor-secretor a partir del cultivo de larvas de *T. canis* del 2º estadio. El WB se consideró positivo por la presencia de las bandas 200, 147, 132, 35, 30, 28 y 24 KD. La IgE específica se evaluó realizando un ELISA de fluorescencia y se consideró positiva con un resultado mayor a 10 UT.

Resultados: Se diagnosticaron 57 niños infectados: Asintomáticos (n: 23), Larva Migrans Visceral (n: 23) y Larva Migrans Ocular (n: 11) Se realizó parasitológico de materia fecal hallándose nematodos (*Ascaris lumbricoides*, *Strongyloides stercoralis*, *Enterobius vermicularis*) en 18/48.

	Infectados	No infect
Wb posit	57/57	4/35
Wb negat	0/57	31/35

IgG: S: 100%; E: 88.6%;
VP+: 93.4%; VP Neg: 100%;
Likelihood Ratio: 8.75.

	Infectados	No Infect
ELISA IgE+	22/57	2/35
ELISA IgE-	35/57	33/35

IgE: S: 38.6%; E: 94.3%;
VP+: 91.7%; VP Neg: 485;
Likelihood Ratio: 6.76.

Se observó en 36/57(63.2%) un patrón de 9 bandas con bandas de 70 y 50 KD.

Conclusiones: El WB mostró buena sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de la toxocariasis. La sensibilidad de IgE específica fue menor a otras series reportadas. La coinfección por otros nematodos intestinales no modificó la especificidad diagnóstica del WB.

Al lector:

Los trabajos presentados como proyectos de investigación al Cuarto Encuentro Nacional de Investigación Pediátrica, pueden ser consultados en las páginas electrónicas de Archivos Argentinos de Pediatría 2002; 100(4).

<http://www.sap.org.ar/archivos>