

Resúmenes de Trabajos Libres

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

El Congreso no tiene responsabilidad alguna sobre sus contenidos.

PO: Presentación oral
RPD: Recorrida póster digital



CONTROL DE HEPATITIS B EN EL PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL ZUBIZARRETA

PO 1

DUBCOVSKY G.¹; FERRUCCI G.²; OSTUNI H.³; CARRIL N.⁴; ALTAMIRANO Z.⁵; SANCHEZ L.⁶;
CHAPARRO P.⁷; GARCÍA G.⁸; NASAZZI P.⁹
HOSPITAL DR. ABEL ZUBIZARRETA¹²³⁴⁵⁶⁷⁸⁹
<gdubcovsky@gmail.com>

El personal de salud es el de mayor riesgo de contraer Hepatitis B. El dosaje de anticuerpos de superficie para Hepatitis B debe hacerse 2 meses después de la vacunación, luego los anticuerpos pueden disminuir, pero queda la inmunidad celular. Todo el personal de salud debería estar vacunado y testeado por su seguridad.

OBJETIVOS

- Controlar los esquemas de vacunación contra Hepatitis B del personal de Salud del Hospital Zubizarreta.
- Determinar la reactividad del anti HBs en los vacunados que aun no se dosaron en las campañas previas y revacunar a los negativos.

MATERIAL Y METODO

Estudio descriptivo transversal. Se efectuó encuesta de vacunación previa. Se consideró reactivo valores mayores o iguales a 10 mUI/ml. Se comenzó esquema a los no vacunados, se completaron esquemas cuando tenían menos de 3 dosis y se dosaron anticuerpos a quienes aún no lo habían hecho. Estadística: Epiinfo versión 3.5.1.

RESULTADOS

Entrevistamos 371 personas (58% del personal de salud):

- 204 profesionales (60% del total)
- 93 enfermeros (80% del total)
- 74 del escalafón general (40% del total).

El 83% tenía vacunación completa y se chequeó anticuerpos. De éstos el 80% fue positivo y el 20% negativo. Lo esperable era encontrar un 10% de negativos. Pero debido al largo tiempo transcurrido entre la vacunación y el testeado, fue el doble.

No hubo diferencia significativa en los resultados de Anti HBs entre las distintas profesiones.

A mayor edad más negativos ($p < 0,01$)

Encontramos:

- 23 personas sin vacuna. Se inició esquema.
- 10 con esquema incompleto. Se completó.
- 30 sin chequeo de anticuerpos. Se realizó.

CONCLUSIONES

La hepatitis B es una enfermedad prevenible por vacuna y el personal de salud es el más expuesto.

En nuestro hospital continuamos con el control y la administración de la vacuna para lograr que estemos todos protegidos.

CONSUMO DE GAMAGLOBULINA ANTITETÁNICA. IMPLEMENTACIÓN DE UN PROCESO DE MEJORA EN EL HOSPITAL ZUBIZARRETA

RPD 2

DUBCOVSKY G.¹; FERRUCCI G.²; OSTUNI H.³; CARRIL N.⁴; ALTAMIRANO Z.⁵; SANCHEZ L.⁶;
CHAPARRO P.⁷; GARCÍA G.⁸; NASAZZI P.⁹
HOSPITAL DR. ABEL ZUBIZARRETA¹²³⁴⁵⁶⁷⁸⁹
<gdubcovsky@gmail.com>

El Hospital Zubizarreta compra gamaglobulina antitetánica para cubrir las urgencias en la Guardia, en los casos de heridas tetanígenas que lo ameriten. En el Vacunatorio comprobamos que había mala indicación cuando venían por su segunda dosis, o cuando había eventos adversos por sobreaplicación.

OBJETIVOS

- Capacitar al personal de salud del Hospital sobre la indicación de la vacuna antitetánica.
- Establecer acciones para disminuir el consumo incorrecto de gammaglobulina antitetánica.
- Evaluar el impacto de la medida en el consumo general del Hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo con intervención entre junio de 2012 y junio de 2013. Variable medida: gasto mensual de gammaglobulina antitetánica consumida en el Hospital, por los registros de Farmacia desde julio de 2010 a junio de 2013.

Acciones tomadas:

- 1- Charlas y talleres presenciales de capacitación a los médicos en Emergencias, concurriendo a cada guardia, Clínica Médica y Pediatría en julio de 2012 y abril de 2013.
- Capacitación al personal de enfermería de guardia desde julio de 2012.

Instructivo explicativo recordatorio pegado en la pared de cada consultorio de guardia, en Clínica Médica y Pediatría.

- 2- Desde diciembre de 2012 no se aplica más en Guardia la gama globulina y la vacuna. El paciente concurre al Vacunatorio a recibirlo, a menos que esté grave o requiera cirugía de urgencia.

Estadística: Excel 2007.

RESULTADOS

Con la primera intervención en julio de 2012 logramos reducir 25% el consumo anual de gammaglobulina.

Desde que los pacientes concurren al Vacunatorio a recibir la vacuna y el suero (si fuera necesario), bajó otro 33,3% el consumo, con una disminución global acumulada del 50% en un año.

Teniendo en cuenta que cada dosis le cuesta al Hospital \$520, logramos un ahorro para el Hospital de \$213.200 anuales.

CONCLUSIONES

Es importante la capacitación constante. Había un 50% de mala indicación de la vacuna. La implementación de criterios de calidad en la atención benefician al paciente en cuanto a su seguridad, debido a la disminución de efectos adversos que se producían por fallas en la indicación. La correcta indicación deriva en la disminución del gasto o erogación económica para la institución.

RESPUESTA BRONCODILATADORA ESPIROMÉTRICA (RBD) EN NIÑOS PREESCOLARES SANOS (SA) Y ASMÁTICOS (AS)

PO 3

Opción a Premio

BUSI L.¹; SLY P.²; TOURRES R.³

HOSPITAL DE TRELAW^{1,3}; CHILDREN'S HEALTH AND ENVIRONMENT PROGRAM, QUEENSLAND CHILDREN'S MEDICAL RESEARCH INSTITUTE, UNIVERSITY OF QUEENSLAND, BRISBANE, AUSTRALIA²
<lucianobusi2@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

Hasta donde llega nuestro conocimiento, no se ha publicado a nivel mundial ningún estudio con respecto a la RBD de preescolares As y Sa que analice la variabilidad intrasesión (VIntraS) e intersección (VInterS) de niños reclutados tanto de jardines de infantes (JI) como de la consulta neumonológica ambulatoria (CNA).

OBJETIVOS

1) Determinar VIntraS (repetibilidad) y VInterS (reproducibilidad) de la RBD de preescolares As y Sa. 2) Comparar la RBD de ambos grupos. Población: Sa y As de 3 a 5 años edad reclutados de JI seleccionados al azar de la ciudad de Trelaw (n=519) y As reclutados en la CNA del Hospital de Trelaw (n=201).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizaron espirometrías (ES) según las normas de la ATS. Luego los niños fueron randomizados para recibir placebo o salbutamol 400mcg antes de repetir ES. Se repitió el procedimiento en las siguientes 8 semanas. Se realizaron análisis multivariados sobre variables dependientes de ES y síntomas/gravedad. Se calcularon el coeficiente de repetibilidad (intraresión) luego de placebo (CIntraP) y el coeficiente de reproducibilidad (intersección, CInter). Se compararon Sa y As en cuanto valores basales, CIntraP, CInter, RBD y diferencias CIntraP-CInter, utilizando test de t y ANOVA. Se calculó el umbral para

determinar prueba positiva de RBD como la diferencia de media + 2 DE luego de placebo. Se realizó una curva tipo ROC de RBD-FEV0,75. Se utilizó el software SPSS versión 20.0.

RESULTADOS

Sin diferencias significativas en cuanto a datos demográficos, antropométricos, exposición a humo de tabaco (EHT) y antecedentes perinatales entre Sa y As (p>0,05). Encontramos mayor prevalencia de historia familiar de asma en As (p=0,03). No hubo diferencias significativas en el cambio de FEV0,75, FEV1 y FEF25-75 con placebo entre As y Sa, con un CIntraP de 9,8 a 33,6%. Hubo diferencias significativas en la RBD de FEV0,75, FEV1 y FEF25-75 entre As y Sa, con valores de 13,2%, 10,3% y 33% y DE de 11,4%, 8,7% y 35,8% respectivamente en As y de 4,6%, 4,3% y 10,2% y DE de 4,9%, 6,3% y 19% en Sa. Basados en la muestra de Sa, el umbral para prueba positiva de RBD sería un incremento de 14,4% de FEV0,75, 16,9% de FEV1 y 48,2% de FEF25-75. El CInter en Sa resultó muy similar al CInterP, no así en As donde el CInter resultó significativamente mayor que el CInterP (p<0,05). El área bajo la curva ROC de RBD-FEV0,75 fue de 0,698 con una sensibilidad del 51% y especificidad del 88% a nivel del 11% de RBD.

CONCLUSIÓN

La RBD por espirometría resulta una prueba fiable en discriminar niños preescolares As y Sa, teniendo en cuenta tanto la alta variabilidad intrasujeto intrasesión como intersección.

ANÁLISIS DE CALIDAD VIDA EN UN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO MULTIDISCIPLINARIO DE PACIENTES CON PATOLOGÍAS REUMATOLÓGICAS MULTISISTÉMICAS

PO 4

Opción a Premio

HAMMERMÜLLER E.¹; KATSICAS M.²; GRUPO DE TRABAJO DE ESCLEROSIS SISTÉMICA G.³; GRUPO DE TRABAJO G.⁴; GRUPO DE TRABAJO ESJ Y VASCULITIS PRIMAR G.⁵
HTAL DE PEDIATRÍA GARRAHAN^{1,2,3,4,5}
erihamm@yahoo.com

INTRODUCCIÓN

La esclerosis sistémica juvenil y las vasculitis primarias son enfermedades crónicas raras y complejas, con afectación multisistémica. La asistencia de niños niñas y adolescentes (NN y A) con estas entidades requiere de un cuidado multidisciplinario en hospitales de 3° nivel de atención. Nuestro hospital desarrollo en el año 2007 una clínica interdisciplinaria para el cuidado de pacientes con estas enfermedades. Tuvo por objetivos promover decisiones interdisciplinarias, la sistematización de estudios y analizar la calidad de vida. La misma está gravemente afectada más allá de los tratamientos recibidos. El uso de instrumentos permite cuantificarla y establecer estrategias de mejora continua.

OBJETIVO

Evaluar la calidad de vida de los NN y A que acuden a la clínica interdisciplinaria y evaluar los resultados al ingreso del programa y en un lapso temporal.

MATERIAL Y MÉTODO

Se tomó el cuestionario Ped's QL versión argentina a los NN y A, y cuidadores al ingreso y en la visita 2 y 3; autoadministrado, informa sobre las dimensiones física, emocional, social y escolar, durante el último mes, puntaje 0 - 100, de peor a mejor. Participación voluntaria previa información verbal de su uso clínico. Se analizaron las respuestas en las visitas 1, 2 y 3 y se compararon en la visita 1 y 3. Período de análisis: 2008-2013. Anova para comparación en el tiempo, correlación de Pearson entre CVRS de pacientes y cuidadores en el tiempo.

RESULTADOS

Edad al ingreso (Me) 12 a (r 3-17) sexo al ingreso: 45 fem / 5 masc.

DIAGNÓSTICOS

ESJ: 16; DMJ: 17; LES: 4; Vasculitis primarias:13

Al ingreso de 50 niños respondieron 46. No respondieron 2 x edad, 2 por desórdenes conductuales. 1 cuidador no respondió por propia decisión, visitas 1, 2 y 3 medianas NN y A y cuidadores

NN Y A 1

Dominio Psicosocial	Puntaje Total
n 46	n 46
69,24	71,74

NN Y A 2

Dominio Psicosocial	Puntaje Total
n 28	n 28
85,00	83,70

NN Y A 3

Dominio Psicosocial	Puntaje Total
n 15	n 15
86,96	85,90

ADULTOS 1

Dominio Psicosocial	Puntaje Total
n 49	n 49
71,67	69,44

ADULTOS 2

Dominio Psicosocial	Puntaje Total
n 28	n 28
78,33	80,43

ADULTOS 3

Dominio Psicosocial	Puntaje Total
n 16	n 16
80,00	79,90

Comparación de medias de pacientes y adultos al ingreso a la clínica con otras condiciones crónicas.

ESJ/VASC.MMC EPOC HIV TMO ONCO IRC

Media pacientes 69,82 65,49 61,95 74,97 72,61 65,68 71,76

Media cuidadores 67,90 63,52 69,61 79,32 75,46 71,38 74,60

Comparación de los puntajes totales arrojaron diferencias significativas en el tiempo (0,0062)

Correlación excelente entre las respuestas de los pacientes y los cuidadores en el lapso temporal

T1. Correlación Niños /padres 77% (p=0,014). T.2. Correlación niños /padres 89% (p=0,001)

CONCLUSIONES

- Se compararon los registros de calidad de vida en pacientes y cuidadores, siendo la diferencia significativa en lapso temporal
- Las medianas del puntaje total arrojaron resultados con tendencia al 100 en el tiempo en los pacientes seguidos en la clínica (calidad de vida óptima)
- Los valores de CVRS entre padres e hijos mostró excelente correlación en el lapso temporal
- La calidad de vida puede estar influenciada por factores externos a la clínica. La misma podría ser una variable que influye satisfactoriamente.

CUIDAR LA SALUD BUCAL DE LOS NIÑOS: UNA TAREA DIFÍCIL PARA PEDIATRAS Y ODONTOPEDIATRAS

PO 6

DELFINO C.¹; CLEMENTE A.²; BALEKIAM M.³

SOCIEDAD DE FOMENTO DE TAPIALES^{1,2,3}
<delfinocarolina@yahoo.com.ar>

INTODUCCION

La salud bucal es una parte integral de la salud general de un niño, la salud bucal puede lograrse mediante el trabajo en conjunto entre profesionales médicos pediatras y odontopediatras.

OBJETIVO: reconocer los conocimientos y las prácticas que las madres o cuidadores adultos de niños menores de 6 años aplican al cuidado bucal y la prevención de enfermedades bucales más comunes en la infancia.

MATERIAL Y METODOS

Se encuestaron a 100 madres o personas adultas responsables de niños menores de 6 años, de un consulto río de pediatría y odontopediatría en Tapiales, prov. de Bs As, desde el 1/2/14 al 1/5/14. Criterios de inclusión todos los niños y niña de recién nacidos a seis años. El formulario consta de seis preguntas divididas por temas de interés: importancia otorgada a la dentición primaria, conocimiento sobre caries y conocimiento y prácticas del cuidado de la salud bucal (cepillado, uso de crema, flúor, consulta onológica). Los datos recolectados fueron llevados a una base de datos en EPI info 6.0.

RESULTADOS

En materia de hábitos higiénicos se corrobora el alto cepillado dental acompañado del uso de dentífrico, sin embargo las madres no interiorizan la necesidad de la higiene bucal desde el nacimiento y se sigue asociando con el inicio de la erupción dental, entre 1 y 2 años. Una amplia mayoría da importancia a los dientes primarios sobre todo por su papel en la dentición permanente un 45% y para prevenir aparición de caries un 50%. Se utiliza dentífrico desde edades muy

tempranas, el 35% comenzó entre el año y los dos años. El 82% de las madres considera importante utilizar dentífrico, aunque desconocen las recomendaciones sobre la cantidad de dentífrico que hay que colocar en el cepillo y aseguran que colocan una pequeña cantidad. Las madres desconocen la recomendación de usar dentífricos con bajo contenido de flúor, también desconocen que la ingestión de dentífrico es un potencial factor de riesgo para la fluorosis (dientes manchados), y que la idea es usarlo racionalmente y vigilar el cepillado para evitar que lo ingieran. Mas de a mitad de los hijos de las madres entrevistadas no han asistido por primera vez a la consulta odontológica.

CONCLUSIONES

Identificar el tipo de conocimientos y creencias, así como conductas y prácticas de una población, hacen parte de la construcción del dialogo que debe entablarse entre la población y los educadores en salud; si tenemos en cuenta que para que las personas acepten cambiar sus conducta o adopten nuevas, es necesario partir de las que ya tienen, discutir conveniencia o inconveniencia, demostrar con argumentos el porqué de otras propuestas y hacer negociaciones de orden cultural y social. Aunque las madres conocen cantidad de información sobre el cuidado bucal falta claridad y comprensión de algunos conceptos, para que puedan poner en práctica. Es indispensable que tanto el pediatra como el odontopediatra ofrezcan orientación y consejos comunes a la padres, en su práctica diaria, para promover el desarrollo de habilidades personales para influir sobre los factores que determinan la salud y reducir la prevalencia de enfermedad bucal, evitando las consecuencias físicas y emocionales que ocasionan estas patologías en la primera infancia.

ARTRITIS MENINGOCOCCICA PRIMARIA

PO 9

DERDERIAN A.¹; SOMMA S.²; MEDINA Y.³
SANATORIO ITOIZ^{1,2,3}
<aniderde@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La artritis séptica es una emergencia infectológica, que puede concluir en rápida destrucción articular, pérdida funcional irreversible e incluso amenazar la vida. En la mayoría de los casos se produce por diseminación hematogena de bacterias. En el 1.5-1.8% de los casos en pediatría se aísla Neisseria Meningitidis (NM) en líquido articular o sangre, sin asociación con meningitis ni clínica de meningococcemia, siendo una forma rara de presentación de enfermedad invasiva por meningococo. Presentamos el caso de un niño de 17 meses que desarrolló Artritis Meningococcica Primaria (AMP) poliarticular

OBJETIVO

Documentar caso clínico poco frecuente de AMP por NM serogrupo W135, actualmente en aumento en nuestro país

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 17 meses, con vacunación incompleta, consulta por fiebre de 5 días de evolución, acompañado en las últimas 24 hs de dolor y tumefacción de codo izquierdo. Presenta costras puntiformes en antebrazo post mordedura canina 20 días atrás. Se realiza Rx de los 4 miembros normales, HMCx2 y punción de codo izquierdo del cual se obtiene líquido purulento. Inicialmente se interpreta artritis séptica

por mordedura de perro y recibe Clindamicina-Amikacina EV. Evoluciona desfavorablemente, con impotencia funcional de miembro inferior derecho. En ecografía de rodilla y cadera se evidencia aumento del líquido articular. Se realiza artrocentesis de ambas articulaciones. A las 48 hs de su internación se recibe resultado de cultivo de material de codo izquierdo positivo para Neisseria sp. Se rota antibiótico a Ceftriaxona, se aísla al paciente y se da profilaxis a contactos cercanos. Se recibe resultado definitivo de cultivo de líquido articular positivo para NM Serogrupo W135 sensible a ceftriaxona. Luego de cumplir 10 días de tratamiento con dicho ATB, HMCx2 negativos y buena movilidad de los cuatro miembros, se otorga alta, indicando continuar tratamiento oral con amoxicilina-clavulánico hasta completar 21 días. Actualmente asintomático, con funcionalidad completa de las articulaciones afectadas

CONCLUSIÓN

En nuestro país el serogrupo W135 se encuentra en aumento, evidenciándose un incremento de las formas extrameningeas. Es el más frecuente en la AMP. Deberá tenerse en cuenta y plantearlo como diagnóstico diferencial en los casos de artritis séptica, para el eventual aislamiento y evitar su diseminación

ADENOMEGALIA CHAGASICA EN PEDIATRIA

BARRAZA E.¹; URBANO G.²; VALLEJOS R.³; EULIARTE C.⁴; AGUIRRE C.⁵
HOSPITAL PEDIÁTRICO DR. AVELINO CASTELÁN¹²³⁴⁵
dramyriamedina@yahoo.com.ar

PO 10

INTRODUCCIÓN

El ser humano adquiere el parásito *Tripanozoma cruzi*, principalmente por las deyecciones del vector, la transfusión de sangre y la vía transplacentaria. Durante la fase aguda, donde son abundantes los parásitos circulantes, la mayoría de los sujetos son asintomáticos y sólo un pequeño porcentaje, principalmente niños, presentará fiebre, mialgias, hepatoesplenomegalia, miocarditis o una reacción inflamatoria en el sitio de contacto e ingreso de *Tripanozoma cruzi* en los casos vectoriales. Esta fase dura aproximadamente 2 meses y presenta baja mortalidad. Luego, la parasitemia desciende para ingresar en la etapa indeterminada de la fase crónica, donde *Tripanozoma cruzi* se aloja en los tejidos y no se observan síntomas.

OBJETIVOS

Alertar a los pediatras frente a una adenomegalia, sobre la posibilidad de Enfermedad de Chagas, considerando que nuestra población pertenece a una zona endémica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Niña de 4 meses de edad, traída por su madre por presentar cuerpo caliente de aproximadamente 12 horas de evolución, sin cuantificar

temperatura. Concomitantemente se encontró más decaída que días previos, inapetente y menos activa según refirió su madre. Luego se observó tumoración en región cervical izquierda, dolorosa a la palpación por lo que consulto. Se solicitaron exámenes complementarios. Se medicó a la niña con clindamicina 40mg/kg/día. Transcurrió en regular estado general. Se solicitó perfil tiroideo y serología para Chagas, madre chagas positivo durante el embarazo sin tratamiento. Al segundo día de internación se medicó con ceftriaxona 50mg/kg/día cubriendo haemophilus tipo B por contar con inmunizaciones incompletas para edad. Al décimo día de internación volvió a presentar hipertermia y desmejoría de la lesión. Se recibieron resultados, microstrout N°2 positivo. Se asumió como Chagas Congénito. Inició tratamiento con beznidazol 7 mg/kg/día por 60 días, negatizando las serologías a los dos meses.

CONCLUSIÓN

Ante una adenomegalia debe sospecharse y no desestimarse la Enfermedad de Chagas por su prevalencia en nuestro medio.

TEST DE SUDOR FALSO POSITIVO Y VIH: A PROPÓSITO DE 1 CASO

BUSI L.¹; LAMPONI C.²; MENDELEVICH M.³; ARIAS V.⁴
HOSPITAL DE TRELEW¹²³⁴
<lucianobusi2@gmail.com>

RPD 11

INTRODUCCIÓN

El test de sudor (TS) continúa siendo hoy la herramienta más útil para el diagnóstico de fibrosis quística (FQ), siempre y cuando sea realizado por personal experimentado. La única prueba del sudor aceptable para la confirmación del diagnóstico es el test cuantitativo de iontoforesis con pilocarpina.

Las causas de falsos positivos de TS que encontramos en los consensos de FQ fueron: fucosidosis, glucogenosis del tipo I, mucopolisacaridosis, hipotiroidismo no tratado, diabetes insípida nefrogénica, insuficiencia adrenal, hipoparatiroidismo familiar, eczema, desnutrición proteico-calórica, displasia ectodérmica, infusión de prostaglandina E1, anorexia nerviosa, disfunción autonómica, déficit de glucosa 6-fosfatasa, síndrome de Mauriac, pseudo hipoadosteronismo, colestasis familiar, medición realizada en las primeras 24hs del nacimiento, mala técnica. Encontramos sólo 1 caso publicado de TS falso positivo por infección sintomática con virus de inmadeficiencia humana (VIH).

OBJETIVOS

- Reconocer las causas de falso positivo del TS.
- Exponer la infección sintomática por VIH como posible causante de falso positivo en el TS.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Sexo femenino, 9 años de edad, gemelar sin otros antecedentes perinatólogicos de importancia. Comienza con "bronquitis", "falso crup" y "broncoespasmos" desde los 6 años de edad, con respuesta regular a antibióticos, salbutamol y corticoides. Recibió varios esquemas de corticoterapia preventiva (budesonide, fluticasona y fluticasona/salmeterol) sin respuesta. Al consultar a Neumonología (5 años de edad) se constata buena técnica inhalatoria, ausencia de intercrisis libres, mal progreso ponderal (notable al compararla con hermana gemela), espirometría obstructiva y persistencia de infiltrados bibasales en radiografías de tórax. Se evidencian bronquiectasias bibasales en TAC. Se recibe TS positivo en 2 ocasiones e hipogamaglobulinemia. A los 15 días de comenzar tratamiento para FQ se recibe serología VIH positiva, y luego genético para FQ negativo, elastasa normal y cultivo de secreciones bronquiales negativo. Se inicia tratamiento antirretroviral y se constata normalización de TS y de la mayoría de los síntomas.

CONCLUSIONES

En el presente trabajo mencionamos la infección sintomática por VIH como probable causal de falso positivo de TS, por lo cual creemos conveniente la realización de estudios de diseño cuantitativo para decidir la inclusión de esta causa de TS falso positivo.

TELEFONO CELULAR EN LA CONSULTA PEDIATRICA: ¿ES DISTRACTIVO, IRRITATIVO O NECESARIO?

RPD 12

MALETTI E.¹
CONSULTORIO¹
<fliamaletti@yahoo.com.ar>

INTRODUCCION

Las llamadas telefónicas durante las consultas pediátricas, me producían incomodidad e irritabilidad. Dejo constancia que no apago mi celular durante las consultas y creo que casi todos los consultantes tampoco.

OBJETIVOS

Cuantificar los llamados telefónicos a mí, a la madre y al padre, e intentar saber los motivos de los mismos,

MATERIAL Y MÉTODO

Es un estudio observacional. Anotaba al final de cada consulta, la cantidad y los posibles motivos de los llamados telefónicos y mensajes a los celulares tanto de los padres como el mío. Entre octubre del 2013 al mes de abril del 2014, consultaron 2246 familias. 1) Se consignaron las llamadas: a mi persona, a la madre y al padre. 2) Se identificó si era llamado telefónico o mensajes). 3) Se intentó saber el motivo del llamado (si era de un familiar por necesidad o por algún otro motivo).

RESULTADOS

De las 2246 consultas, la pantalla fue utilizada 236 veces (10.5%). Realizadas a mí: fueron 79 (3.5%). Contesté 73 llamados (92%). De éstas, 52 fueron de pacientes (66%). Las mamás utilizaron el TE, 114 veces (5%). De éstos, 66 fueron por llamadas, y 48 por mensajes. Contestaron 81 veces (es decir el 71%). El motivo del llamado (no de los mensajes) fueron por motivos familiares (el 90%, relacionados con la consulta: horario de búsqueda, colegio de otros hermanos, "espérame afuera", "lo está atendiendo el médico", etc). Los papás, recibieron 43 llamadas. Contestaron en 37 oportunidades, es decir, en el 86% de las veces. No pude determinar con exactitud el motivo de los llamados, pero la mayoría estaban relacionados con lo laboral.

RESUMEN Y COMENTARIO

En el 10.5% de las consultas, sonó el TE. Las mamás lo usaron con mayor frecuencia y el motivo de la llamada estaba relacionado con la consulta y para su organización familiar. Lo más importante es que en el transcurso del trabajo, y al tomar conciencia de la importancia del TE para la madre, mi irritabilidad fue desapareciendo.

TRASTORNOS FONOAUDIOLÓGICOS EN PREESCOLARES

RPD 13

BOTTA V.¹; EIDNER S.²; AMEN L.³; HERNÁNDEZ A.⁴
CESAC N°37^{1,2,3}; HOSPITAL PENNA⁴
verbotta@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN

El lenguaje es un proceso complejo donde intervienen distintos sistemas como el auditivo, neurológico y psicosocial. Como proceso posee dos aspectos: uno individual y otro social, los dos de gran importancia. Los trastornos del habla y del lenguaje son una patología frecuente en la infancia y una de las más detectadas en los controles de salud escolar. Tienen con una prevalencia de entre 2 a 19% dependiendo de la edad.

En la etapa escolar, estos trastornos se asocian a dificultades en el aprendizaje de la lectoescritura, a rendimiento escolar deficiente, y en forma secundaria a trastornos en la esfera conductual y emocional. Sin diagnóstico y tratamiento la patología persiste en el 40-60% de los casos.

OBJETIVO

Evaluar el nivel de afectación por dichos trastornos de nuestra población preescolar.

POBLACION, MATERIAL Y MÉTODOS

Trabajo observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal. Se revisaron 650 protocolos de alumnos del preescolar de escuelas del GCBA que realizaron el control para la libreta sanitaria en el CESAC N° 37 (área programática del Hospital Donación "F. Santojanni"). Se recabaron los siguientes datos: edad, sexo y trastornos fonoaudio-

lógicos. Se clasificaron estos en: trastornos de la audición, respiración, fonación, deglución, disfluencia, lenguaje y articulación.

RESULTADO

La muestra estaba compuesta por 650 alumnos, 318 mujeres (49%) y 332 varones (51%).

La mediana de la edad fue de 70 meses (5 años y 10 meses).

El 78% de la población estudiada presentaba algún trastorno fonoaudiológico.

Los problemas articulatorios correspondieron al 61.6% de los casos, 19% a trastornos del lenguaje, 14.6% a problemas respiratorios, 2.7% a trastornos de la deglución, 1.4% a problemas de fonación y 0.6% a disfluencias. No se detectaron trastornos de la audición.

El 10.8% de los niños con patología presentaba más de un trastorno (con dos trastornos 9.5% y con tres trastornos 1.5%).

CONCLUSIONES

Existe en nuestra población un alto porcentaje de niños con trastornos fonoaudiológicos, y un número significativo de ellos presentan más de un problema.

Teniendo en cuenta la importancia de la intervención temprana para un adecuado aprendizaje y desarrollo social del niño, su detección con un screening realizado en preescolar ayudará al tratamiento de estos y a la prevención de problemas posteriores.

LESIONES POR ANDADORES REGISTRADAS EN SISTEMA DE VIGILANCIA DE LESIONES (SI.VI.LE.)

PO 15

WAIMAN I.¹; UBEDA C.²; ZABALA R.³
SUBCOMISIÓN DE PREVENCIÓN DE LESIONES^{1,2,3}
<ingridwaiman@arnet.com.ar>

INTRODUCCIÓN

El uso de andadores está muy difundido entre los padres por considerarlos cómodos y seguros para los niños. Sin embargo, es sabido que constituyen una fuente potencial de lesiones y su uso debe desaconsejarse. El Sistema de Vigilancia de Lesiones (SIVILE) del Ministerio de Salud recoge información de pacientes atendidos por lesiones en unidades centinela. La lesión por andador no se solicita en forma específica, pero se informa al describir las características del evento. Por ser un dato no solicitado y emerger en una cantidad importante de casos, nos pareció interesante describir el grupo de niños atendidos por este motivo.

OBJETIVOS

Describir las características de los niños y las variables relacionadas al evento de los pacientes que se registraron en SIVILE indicando lesiones por andadores.

METODOLOGÍA

Trabajo retrospectivo observacional. Se filtró la base de datos de SIVILE desde 2004 hasta 2013, por edad (menores de 2 años) y por sitio de ocurrencia (domicilio).

Variables estudiadas: demográficas, fecha del evento, sitio de ocurrencia, mecanismo de la lesión, lugar lesionado, gravedad, conducta terapéutica. Análisis: Se llevó a cabo en Epi Info v.6. Variables continuas como mediana y rango. La relación entre variables categóricas se evaluó con la prueba de

chi cuadrado, considerando significativo un nivel de $p < 0,05$, y la asociación entre gravedad y otras variables se evaluó mediante OR.

RESULTADOS

Se registraron 4874 niños menores de 2 años lesionados en el hogar. En 1639 se describe asociación de la lesión con mobiliario; en 130 la lesión se asoció a andadores.

Octubre fue el mes del año con mayor ocurrencia de lesiones, y lunes y miércoles los días con mayor cantidad de lesionados. La relación F:M fue 50:80, y la mediana de edad 10 meses (8-21).

En el 63% de los eventos los niños se encontraban a cargo de uno de los padres, y en 129/130 la lesión se describe como no intencional. El mecanismo más común fue la caída (mismo nivel, 40,8% y otro nivel 47,7%). Lugar de la vivienda: sala/comedor (36,9%), patio/jardín (25,4%), cocina (22,3%), escalera (4,6%) y otros.

Sitio lesionado: cráneo y cara (90,5%) seguido por miembros superiores, tórax y otros.

95/130 pacientes se informaron como lesiones leves, 32/130 como moderadas y 3/130 graves. La conducta terapéutica consistió en atención ambulatoria (50,8%), internación en área no crítica (44,6%) y 4,6% fueron derivados a centros de mayor complejidad. No se encontró relación significativa entre gravedad de la lesión y variables demográficas o lugar de la lesión.

ENCUESTA POBLACIONAL SOBRE USO DE ANDADORES EN RÍO CUARTO Y REGIÓN

RPD 16

WAIMAN I.¹; ZABALA R.²
SUBCOMISIÓN DE PREVENCIÓN DE LESIONES¹
ingridwaiman@arnet.com.ar

INTRODUCCIÓN

Los andadores son artículos infantiles utilizados con frecuencia. Es sabido que su uso se asocia a lesiones de diversa gravedad, y se desaconseja utilizarlos.

Algunos países han prohibido su fabricación y venta, y otros los han reemplazado por centros fijos. En Argentina carecemos de datos epidemiológicos sobre su uso y las lesiones que provocan.

OBJETIVOS

Conocer la prevalencia de uso de andadores en la población estudiada
Caracterizar a las familias que los utilizan y sus opiniones
Registrar las lesiones ocurridas durante su utilización

MATERIAL Y MÉTODOS

Población: madres de niños entre 1 y 2 años atendidos durante mayo y junio de 2014 en consultorios privados y públicos de Río Cuarto y Región. Cálculo muestral: 250 encuestas: prevalencia esperada del factor en estudio (uso de andadores) 60%, con nivel de confianza 95%.

Participación de 14 pediatras; encuesta de respuestas cerradas.

Variables: datos demográficos, uso de andador, ventajas y desventajas, hablo con el pediatra, origen de la información sobre andadores, lesiones mientras los usaban.

Análisis: registro de datos en planilla de Excel, análisis en Epi Info v.6. Variables continuas se expresaron como mediana y rango. Relación entre variables categóricas mediante prueba de chi cuadrado, considerando

significativo $p < 0,05$, y la asociación entre variables se evaluó mediante OR.

RESULTADOS

232 encuestas, 171 de la ciudad de Río Cuarto, resto de la región.

Mediana de edad de las madres: 29 años (16-42), y mediana de escolaridad: 12 años. 65% de los niños pertenecían al sector privado.

166 niños (71,9%) habían utilizado andadores. De ellos, 25,3% lo habían comprado, 33,1% eran regalados y 41,6% eran usados.

El uso de andador no presentó diferencias entre el sector privado y el público.

Las madres que usaron andador tenían una mediana de escolaridad=12, y las que no lo utilizaron, 14 ($p=0,009$), siendo la diferencia significativa. 146 cuidadores (62,7%) hablaron del tema con el pediatra; este dato no guardó relación estadística con el uso de andadores (OR 1,76, límites 0,90-3,45). La fuente de información principal fue la familia y amigos (54,7%), luego el pediatra (34,9%). El 91,4% de los encuestados consideró que el andador conlleva riesgo de accidentes.

47,6% sufrieron accidentes por andador, principalmente vuelcos. El 16,5% consultó a un efector de salud, requiriendo atención ambulatoria o estudios.

CONCLUSIONES

71,9% utilizaron andadores. Madres con mayor nivel educativo tendieron a utilizarlo menos. 62,7% hablaron con el pediatra. La fuente de información fue familia y amigos (54,7%), y pediatra (34,9%). 47,6% sufrieron accidentes.

APROXIMACIÓN A LAS PRÁCTICAS ALIMENTARIAS Y DE RECREACIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS EN LA PRIMERA INFANCIA. ENCUESTA DIRIGIDA A FAMILIAS QUE CONCURREN A INSTITUCIONES PÚBLICAS DE NIVEL INICIAL EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

RPD 17

CARPINETA M.¹; CALUSIO M.²; PIAGGIO L.³; ROLON M.⁴; ROSSI L.⁵; SEMERDJIAN C.⁶; SCHLOSS B.⁷

MINISTERIO DE EDUCACION- GCBA^{1,2,6} MINISTERIO DE SALUD-GCBA^{3,4,5,7}

<maricarpineta@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

Desde el año 2010 un equipo interdisciplinario e intersectorial realiza acciones de promoción de alimentación saludable y actividad física en el ámbito escolar en el marco del Proyecto ASI "Alimentación saludable en la infancia". En el 2013 se trabajó en cuatro instituciones de nivel inicial, en las que se incluyó la implementación de una encuesta para conocer algunos aspectos de la alimentación y el uso del tiempo libre de los alumnos/as.

OBJETIVO

Relevar prácticas alimentarias y recreativas de los alumnos/as que concurren a establecimientos de nivel inicial del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

METODOLOGÍA

Se realizó una encuesta autoadministrada, semiestructurada con las siguientes variables: desayuno en el hogar, consumo de frutas/verduras: frecuencia y variedad, consumo de gaseosas, frecuencia de compra de golosinas, tipo de juego (activo/sedentario) y horas/día de pantalla. Se utilizó el paquete estadístico SPSS y Epi-Info para el procesamiento de datos.

RESULTADOS

Se recolectaron 711 encuestas entre mayo y junio 2013. Al comparar

la variable desayuno según la jornada escolar, se constató que los alumnos/as que concurren al turno mañana o jornada completa desayunan menos en el hogar(61%) frente a los que concurren al turno tarde (87%). Sólo el 21% refirió un consumo diario de verduras y un 38% mencionó el consumo diario de frutas. En relación a la variedad, un 38% afirmó consumir 6 o más variedades de verduras y un 68% refirió 6 o frutas distintas. Este último porcentaje es levemente mayor en los alumnos/as que concurren a escuelas con comedor (70% vs 63%). El 58% presentaron un consumo alto de gaseosas (3 o más veces/semana) y sólo un 7% refirió no consumirlas. El 41,5% afirmó una frecuencia alta (mayor a 3 veces/semana) de compra de golosinas. Un 44% manifestó realizar sólo juego sedentario, un 62% usa pantallas con fines recreativos y un 40% pasa más de 2 hs/día frente a ellas.

CONCLUSIONES

Los resultados hallados evidencian la necesidad de promover prácticas saludables de alimentación y actividad física desde edades tempranas, a fin de prevenir los factores de riesgo conducentes al sobrepeso/obesidad que, a su vez, se correlacionan con el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles en la edad adulta. En este sentido, el ámbito escolar es un escenario ideal para promover cambios que incidan en las elecciones alimentarias familiares e institucionales y en un uso activo del tiempo libre.

DÉFICIT DE IGA SINTOMÁTICO: A PROPÓSITO DE 2 CASOS

RPD 18

BUSI L.¹; MENDELEVICH M.²; LAMPONI C.³; ARIAS V.⁴

HOSPITAL DE TRELEW^{1,2,3,4}

<lucianobusi2@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El déficit selectivo de IgA es la inmunodeficiencia primaria más frecuente. Se define como IgA en sangre inferior a 7 mg/dl con IgG e IgM normales y una función intacta de las células T en mayores de 4 años, o con niveles al menos 2 desviaciones estándar por debajo de la concentración normal para su edad habiendo descartado otras causas de déficit.

Se conoce muy poco acerca de los mecanismos etiopatogénicos. Los anticuerpos contra IgA están en el 44% de individuos deficientes de IgA. El 85-90% de los pacientes se encuentran asintomáticos porque se cree que hay mecanismos que intentan compensar este déficit.

Algunos desarrollan a lo largo de su vida infecciones respiratorias recurrentes, enfermedades alérgicas, autoinmunes (anemia hemolítica, PTI, enfermedad de Graves, asma, rinitis alérgica, LES, diabetes tipo 1, celiacía, miastenia gravis, artritis reumatoide), infecciones u otras enfermedades gastrointestinales y anafilaxia frente a algunos hemoderivados. Estas infecciones se deben principalmente a bacterias, por ejemplo, Haemophilus influenzae y Streptococcus pneumoniae. Se ha visto que algunos pacientes pueden desarrollar bronquiectasias secundarias a infecciones recurrentes o crónicas.

OBJETIVOS

- Exponer dos casos de déficit de IgA sintomático pediátricos
- Reconocer la importancia de sospechar y detectar esta inmunodeficiencia en pediatría

DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS

Caso 1: Sexo femenino, 17 años. Sin antecedentes perinatológicos de importancia. Comienza con "crisis broncoobstructivas" y "broncoespa-

mos" desde los 6 meses de edad, con respuesta positiva a salbutamol y corticoides. Se diagnostica "asma" a los 5 años, recibiendo budesonide aerosol con respuesta "insuficiente", por lo cual se solicita "perfil inmunológico básico", detectándose IgA no dosable constatada con segunda muestra. Al consultar a Neumonología (13 años de edad) se constata respuesta broncodilatadora espirométrica positiva y rinitis crónica y se indica fluticasona+salmeterol con mejor técnica inhalatoria, además de fluticasona nasal con buena evolución clínica. Se recibe HIV negativo y subclases de IgG normales.

Caso 2: Sexo masculino, 9 años. Comienza con "bronquitis" y "broncoespasmos" desde los 11 meses, con respuesta regular a antibióticos, salbutamol y corticoides. Recibió a partir de los 3 años varios esquemas de aerosol-terapia preventiva (budesonide, fluticasona y fluticasona/salmeterol) sin respuesta. Al consultar a Neumonología (5 años de edad) se constata buena técnica inhalatoria, ausencia de intercrisis libres, regular progreso ponderal, espirometría obstructiva y persistencia de infiltrados bibasales en radiografías de tórax. Se evidencian bronquiectasias bibasales en TAC. Se recibe HIV negativo y test de sudor, hemograma, IgG, IgM, estudios para DCP, test de deglución con esofagograma y evaluación cardiológica normales. Se constata IgA no dosable en 2 oportunidades.

CONCLUSIONES

En pacientes con patología respiratoria recurrente de regular o mala evolución siempre debe sospecharse un déficit inmunológico, siendo unos de los más frecuentes el déficit de IgA. En caso de confirmarse este diagnóstico, debe considerarse su asociación con otras enfermedades y el riesgo de anafilaxia tras realizar transfusiones.

DETECCION DE PATOLOGIA ONCOLOGICA DEL ADULTO EN UNA ADOLESCENTE

RPD 20

LIVIO V.¹; ACEVEDO P.²; ANDRADA R.³; ZAPPA J.⁴; CÁCERES M.⁵; GOMEL M.⁶
HOSPITAL PEDIÁTRICO DR. AVELINO CASTELÁN^{1,2,3,4,5,6}
<dramyriammedina@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de vulva es una neoplasia rara, representa 3-5% de las neoplasias genitales y menos del 1% de todos los tumores de la mujer. La edad de aparición más frecuente oscila entre 65 y 70 años, siendo rara antes de los 35 años y en general asociado a infección por Virus del Papiloma Humano.

OBJETIVO

Reportar la presentación inusual de un caso de carcinoma de vulva en una paciente adolescente. Descripción del caso clínico: Paciente de 13 años de edad, oriunda de Paraguay. Consulta por prurito, dolor y tumefacción del labio mayor izquierdo. En su país se realizan dos intervenciones quirúrgicas, la 1ª sin biopsia y la 2ª con informe anatomopatológico de Carcinoma epidermoide bien diferenciado Grado 1 infiltrante de vulva con límites de resección sin evidencia de lesión neoplásica, ante este diagnóstico es derivada a este nosocomio. Paciente obesa, con hirsutismo y acné severo en cara y tórax. No se palpan adenomegalias ni organomegalias. Vulva pálida. Presenta

lesión sobrelevada, nacarada, verrugosa, consistencia blanda, indolora en cara interna de labio mayor derecho. Flujo vaginal blanquecino, filante. Ano normoconformado. Ausencia de menarca. La revisión del tacto confirma el diagnóstico. Se solicitan estudios para estadificación de la enfermedad. TAC de tórax, abdomen y pelvis sin evidencia de secundarismo. En atención con oncólogos de adultos se decide su intervención quirúrgica: hemivulvectomía derecha con vaciamiento inguinal. AP: ausencia de células neoplásicas. Continúa con seguimiento.

CONCLUSIONES

Si bien el Carcinoma de vulva es una patología del adulto, toda lesión en esta localización debe ser estudiada, teniendo en cuenta que la edad de presentación ha disminuido debido al inicio precoz de las relaciones sexuales y a su asociación con el VPH. Es de suma importancia el rol del pediatra en el examen minucioso de los órganos sexuales a fin de detectar en forma precoz lesiones sospechosas de cáncer en adolescentes.

21 MEDICAMENTOS ESENCIALES EN COBERTURA DE PATOLOGÍA PEDIÁTRICA AMBULATORIA: 16 AÑOS DESPUÉS

PO 24

VIVAS M.¹; VERGEL M.²; SCHIAVETTI C.³; GONZALEZ CAMPOS X.⁴; SEBASTIÁN G.⁵
COMODORO RIVADAVIA^{1,2,3,4,5}
<manuel_vivas2003@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), como parte de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, promueve el uso Medicamentos Esenciales, definiendo a éstos como "drogas de probada eficacia, desarrolladas científicamente y cuyo uso permite cubrir las necesidades de la mayoría de la población". Desde 1977 OMS publica Listados de Medicamentos Esenciales (LME), actualizados cada 2 años. En nuestro país el Ministerio de Salud (MSAL) implementó el Programa REMEDIAR, con un vademécum general y siguiendo los lineamientos de la OMS. Desde 2007 la OMS incorporó la "Lista Modelo OMS de Medicamentos Pediátricos Esenciales". Parte de los autores presentaron un LME con 34 productos en el 1er. Congreso Argentino de Pediatría Ambulatoria (1998), trabajo que incluía patologías y controles de salud.

OBJETIVOS

Evaluar la cobertura en la atención de patologías de pediatría ambulatoria con un LME de 21 productos.

Población: consultas por demanda espontánea en niños de 0 a 15 años, en consultorios públicos y privados, período 01/02- 30/06/2014, en la ciudad de Comodoro Rivadavia (Chubut).

Material y Métodos: se conformó un listado de 21 drogas tomando como base la 4ta. "Lista Modelo OMS de Medicamentos Pediátricos Esenciales" (2013), el vademécum REMEDIAR (MSAL) y la revisión del LME presentado en 1998. Los autores no coinciden en ámbitos laborales, se graduaron en diferentes décadas y años y con Residencia en Clínica Pediátrica cumplidas en diferentes hospitales del país. Criterios de diagnóstico y tratamiento según los Consensos de la Sociedad Argentina de Pediatría. Todos los medicamentos se presentan como monodro-

gas. No se incluyeron presentaciones inyectables. Se excluyeron consultas con indicación de internación.

Se registró edad, sexo, diagnóstico y las variables "Uso LME", "No uso LME" y "Ninguna medicación".

RESULTADOS

N: 886 consultas Sexo: femenino 49% masculino 51%

Edad: menor de 1 mes 5% - 1 a 11 meses 22% - 1 a 5 años: 47% - 6 a 10 años: 15% - 11 a 15 años: 10% Patologías: Vías respiratorias altas 47% - Respiratoria bajas 15.6% - Piel 13% - Digestivo 11.4% - Urinario 3.9% - Otros 8.8% LME : Uso : 74% No uso : 5% Ninguna medicación: 21%

Se indicaron medicamentos en 701 consultas: Uso LME : 94% No uso LME: 6%.

CONCLUSIONES

1) un listado abreviado de 21 Medicamentos Esenciales, incluidos en propuestas de OMS y MSAL, fueron suficientes para cubrir la demanda en 94 % de patologías pediátricas ambulatorias en que se indicaron drogas y en una población con 74 % de niños menores de 5 años. 2) en un 21 % del total de las consultas no se indicaron drogas y sumado el 74 % con uso de LME se infiere que un 95 % de patologías en pediatría ambulatoria podrían cubrirse en una estrategia que incluya listados abreviados de medicamentos. 3) el uso de LME promueve un uso racional, evita asociaciones medicamentosas y la "polifarmacia", disminuye costos, mejora la accesibilidad y permite diseñar acciones simplificadas de atención en distintos niveles. 4) la disminución en un 40% respecto al LME presentado en 1998 (pese al progresivo aumento de oferta de fármacos en el mercado) no afectó la eficacia y se mantuvieron porcentajes de cobertura similares a lo alcanzado 16 años antes.

IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE EL CUADRO CLÍNICO SUGESTIVO DE ERROR CONGÉNITO DEL METABOLISMO Y LA INSUFICIENCIA ADRENAL

RPD 26

TANGARI A.¹; MARINO R.²; PEREZ GARRIDO N.³; MATTEUCCI LACREU M.⁴; ALONZO M.⁵; MORANO P.⁶; MIRAMON V.⁷; GARRIDO J.⁸; DEL REY G.⁹; SELANDARI J.¹⁰
HOSPITAL DE PEDIATRÍA JUAN P GARRAHAN^{2,3}; SANATORIO GÜEMES^{4,5,6,7,8,10}; HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ⁹
<tangariana@hotmail.com>

Los cuadros de deshidrataciones y vómitos recurrentes asociados a retraso madurativo remedan el diagnóstico de errores congénitos del metabolismo (ECM). La insuficiencia adrenal (IA) aguda caracterizada por deshidratación severa y en ocasiones vómitos es una situación clínica potencialmente letal. Dentro de las causas de IA la hipoplasia adrenal, cuya forma más frecuente es la forma ligada al X por afectación del gen NROB1 (DAX 1) puede en ocasiones acompañarse de delección de genes contiguos que agregan a la IA hipertrigliceridemia y distrofia muscular de Duchenne

OBJETIVO

Enfatizar el proceso diagnóstico en un paciente con sospecha de ECM y diagnóstico final de IA.

CASO CLÍNICO

Paciente de 5 años con antecedentes de embarazo y parto normal. Recién nacido de término con peso adecuado. Padres no consanguíneos. Retraso madurativo. Convulsión tónico-clónica afebril al año. Desde el primer año reitera deshidrataciones asociadas a vómitos o a infecciones respiratorias agudas bajas con hipoxemia. Dificultades para la marcha en el último año Se referían periodos de alteraciones del sensorio. En última internación se constataron vómitos, deshidratación e hipotensión con bradicardia asociado a glucemia de 18 mg/dl (VN:40). Se indica plan parenteral e hidrocortisona 60 mg/m2 por sospecha de insuficiencia adrenal y se deriva a nuestro centro.

Examen físico: P/T 83 %, Talla: score Z: -1.5 DS. Piel hiperpigmentada en nudillos, rodillas y sobre cicatriz de quemadura. Hipotonía generalizada marcha con

sostén Genitales normales.

Al descender hidrocortisona a dosis fisiológicas presenta: Cortisol:0.1 ug/dl(7-25) ACTH >2000 pg/ml(7-63) Na 118 mEq/l(132-147) K8mEq/l (3.6-5.5) HCO3-: 16 BE: -7.9 Renina >500uU/ml(2.8-39.9) aldosterona <25 pg/ml(<160). Se diagnostica IA primaria para cuyo diagnóstico etiológico se determina: 17oh-progesterona y ácidos grasos de cadena muy larga que fueron normales. Con el mismo sentido se solicitaron serología para HIV, anticuerpos anti glándula suprarrenal, baciloscopía y cultivos para bacilo de Koch los cuales fueron negativos. Presentó elevación de CPK: 2993 U/l(< 190) y Triglicéridos:678mg/dl(<150). Los ácidos orgánicos mostraron aumento del glicerol. Por sospecha de ECM se solicitó Carnitina, acilcarnitinas y aminoácidos que fueron normales. Cariotipo de alta resolución: Normal. Ecografía: no se identificaron glándulas adrenales. RMN cerebral normal. El aumento de triglicéridos, CPK y glicerol sugirió el diagnóstico etiológico de: hipoplasia adrenal por delección del gen DAX1 y de genes contiguos. El estudio del gen permitió confirmar la delección. La administración de glucocorticoides y mineralocorticoides mejoró la situación clínica, el niño mejora la marcha.

CONCLUSIÓN

Las deshidrataciones reiteradas aún en casos de la larga evolución debe sugerir el diagnóstico de IA, dado que la supervivencia a las crisis es posible por medio de aporte de sueros glucosados con electrolitos y probablemente corticoides no siempre reportados. Sin embargo el riesgo de vida que estuvo presente podría haberse evitado con un diagnóstico temprano. El estudio genético confirmó el diagnóstico etiológico y fue de utilidad para el consejo genético a la familia.

HEPATITS COLESTASICA INDUCIDA POR AZITROMICINA. PRIMERA COMUNICACIÓN EN UN PACIENTE PEDIATRICO

RPD 28

ORTELLADO L.¹; KAKISU H.²; GONZALEZ AGUILAR P.³
HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD^{1,2,3}
<lisandra_77@hotmail.com>

Se presenta un adolescente con hepatitis colestásica luego de la administración de azitromicina.

Se trata de un varón de 14 años, que presentó lesiones bullosas con costras melicéricas en tobillo izquierdo, por lo que recibió Azitromicina a una dosis diaria de 500 mg por tres días, asociada con Mupirocina local. A los 5 días, la mejoría clínica fue clara.

9 días después presentó ictericia, decaimiento, dolor abdominal, deposiciones hipocólicas y coluria.

ANTECEDENTES

dilatación pielocalicial derecha de detección prenatal, orquidopexia derecha a los 6 años. A los 11 años fue estudiado por tics laringofaríngeos, con hepatograma, ceruloplasminemia y cupremia normales.

ESTADO

El laboratorio mostró GOT 802 y TGP 451, FAL de 598, bilirrubina (total / directa de 8.43 / 7.23 mg/dl) , así como serología para hepatitis A, B, C, Epstein Barr , HIV, CMV no reactivas. La Gama Glutamyltranspeptidasa (GGT) fue de 357U.l. El proteinograma, el tiempo de Quick y los dosajes de alfa -1 antitripsina, IgA, G y M fueron normales. Los anticuerpos antinucleares y anti LKM, obtenidos a 30 días de comenzada

la enfermedad, fueron negativos. La ecografía y la colangiografía (obtenidas al mes y dos meses de enfermedad respectivamente) mostraron indemnidad de la vía biliar intra y extrahepática, con tamaño y estructura hepática normales. El eco doppler descartó hipertensión portal y enfermedad veno-oclusiva.

DIAGNÓSTICO

Con presunción de hepatitis colestásica inducida por azitromicina se instauró inicialmente tratamiento de sostén. Al mes, hidroxicina 10mg/día, y ácido ursodesoxicólico a 15mg/kg/día.

EVOLUCIÓN

Mejoría clínica y bioquímica muy lenta, con descenso progresivo de bilirrubina, transaminasas y GGT. A 2 meses de enfermedad presentó los siguientes valores: GOT 130 y TGP 93, bilirrubina (total / directa 4.14 / 3,23 mg/dl) y GGT de 202 U.l.

CONCLUSIÓN

La aparición de un síndrome colestático luego de la administración de Azitromicina debe hacer pensar en enfermedad medicamentosa. A nuestro saber se trata de la primera comunicación de esta asociación en Pediatría.

DETECCIÓN DE PROBLEMAS CONDUCTUALES Y DESTREZAS SOCIALES EN NIÑOS QUE CONCURRIERON A LA CLÍNICA CLASE, MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DEL CUESTIONARIO DE ACHENBACH DURANTE EL PERIODO 2008 2010

PO 31

GIANNOTTI A.¹; DRA. GRAÑANA N.²; DRA. RICHADÉAU A.³; DRA. MAGGIO V.⁴; DR. AMARTINO H.⁵; DR. BURGOS F.⁶; DR. ROCCA RIVAROLA M.⁷

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL¹²³⁴⁵⁶⁷
 <agiannot@cas.austral.edu.ar>

INTRODUCCIÓN

Una forma de detectar problemas de comportamiento y competencias sociales es mediante el empleo de procedimientos de valoración estandarizados y la comparación de estos resultados con la muestra de pares de la misma edad y sexo. El sistema de evaluación ASEBA (Achenbach System of Empirically Based Assessment), creado por Achenbach (1991), identifica problemas de conducta mediante un conjunto integrado de formatos, como el Child Behavior Checklist (CBCL), entre otros.

OBJETIVO

Aplicar un cuestionario para detectar la Frecuencia de problemas de conducta en niños de 6 a 18 años que concurren a la Clínica CLASE. (Clínica del Lenguaje, atención y seguimiento escolar) Población Se evaluaron 62 niños con una X de 7.8 que consultaron a la clínica CLASE en el periodo 2008-2010. Material y Métodos Estudio observacional y prospectivo Se incluyeron: Niños que ingresaron para la evaluación a la clínica CLASE con diagnóstico al ingreso de Déficit de atención, Trastornos del aprendizaje.

Se excluyeron: Niños con déficits sensoriales asociados, con encefalopatías crónicas, y con trastorno generalizado del desarrollo (TGD). Las características conductuales se obtuvieron por el cuestionario CBCL T.M.

Achenbach (1991). Se consideraron conductas externalizadoras (E): P del comportamiento y conductas agresivas, internalizadoras (I): retraimiento, ansiedad/depresión, somatización y otras categorías fueron conductas de hiperactividad/déficit de atención, problemas de pensamiento y conductas disociales. Se completó el consentimiento informado para los controles Resultados Se encontró que de la población que completó el cuestionario de Achenbach eran 45 varones y 17 mujeres, con una relación v/m 2.6/4, una edad promedio 7,8 años (rango 6 – 12 años). Los pacientes ingresaban derivados por: TA en 27 casos y sospecha de déficit de atención en 35. De los que consultaron por TA un 74% presento síntomas internalizantes (I) y un 26% S. Externalizantes (.E) , mientras que de los que consultaron con sospecha de TDAH un 86% presento S. I y un 45% S. E - Por otro lado síntomas como problemas sociales, problemas del pensamiento y atencionales también se encontraban presentes

CONCLUSIONES

La alta frecuencia de síntomas (I) y (E) en niños con problemas de aprendizaje y en aquellos con diagnóstico diferencial inicial de déficit de atención nos obliga a evaluar estos aspectos conductuales para así tener una mirada interdisciplinaria a la hora de encarar el diagnóstico, seguimiento y evolución en el tiempo de estos pacientes.

PRESENTACIONES ATÍPICAS DE LA ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO

RPD 33

POMERANTZ B.¹; GOMEZ S.²; MONACHESI L.³; ARTACHO P.⁴; GADDA N.⁵; BERTOLINI M.⁶; GAY D.⁷

HTAL POSADAS¹²³⁴⁵⁶⁷
 <bpomer@hotmail.com>

INTRODUCCION

La Enfermedad por arañazo de gato (EAG) es una zoonosis producida por la Bartonella Henselae (BH), transmitida a través de arañazo, mordedura o lamida de gatos principalmente cachorros. Las formas atípicas representan el 11-12% de los casos afectando cualquier órgano de la economía. El diagnóstico se confirma mediante serología.

OBJETIVOS

Descripción de tres formas atípicas de EAG.

DESCRIPCION

Caso 1- Niña de 6 años de edad, presenta adenomegalia laterocervical izquierda de 3x2cm, flogótica de un mes de evolución, sin fiebre. Ecografía abdominal: imagen anecoica en hilio esplénico de 10 mm compatible con absceso. Laboratorio normal. Requiere drenaje quirúrgico del ganglio. Recibió tratamiento con TMS 21 días y azitromicina 10 días luego de recibir la serología positiva para BH. Resuelve la adenitis en 5 meses y la imagen esplénica en 10 meses.

Caso 2- Niña de 4 años de edad, presenta tumoración submentoniana derecha de 2x1cm y cuadro febril de 15 días de evolución. Laboratorio con leucocitosis, neutrofilia y PCR acelerada. Se medica con ceftriaxona. Persistía febril, sin mejoría y se interna. Surge al interrogatorio la presencia de gato cachorro. Se realiza Ecografía abdominal: hígado y

bazo con múltiples imágenes compatibles con microabscesos. Inicia tratamiento con Azitromicina. Persistió febril 23 días.

Caso 3: Niña de 6 años de edad, consulta por fiebre, celulitis codo derecho con adenomegalia epitroclear y otra axilar derecha de cinco días de evolución y cursando 4º día de cefalexina. Presenta arañazo de gato en brazo derecho. Se agrega azitromicina sospechando EAG. Al día siguiente se interna por mala evolución. A las pocas horas presenta paraparesia súbita con relajación de esfínteres y parálisis facial central derecha. Ingres a UCIP y al tercer día presenta convulsión tónica focalizada con pérdida de control cefálico y del reflejo nauseoso y tusígeno. Ingres a ARM durante 48 hs. RNM cerebral con gadolinio muestra imágenes compatibles con Encefalomielitidis Diseminada Aguda Inmunomediada. Cultivos: negativos. A los 17 días se externa. Recuperación ad integrum luego de 18 meses.

Todos los casos presentaban contactos con gatos y serología positiva para BH.

CONCLUSIÓN

El pediatra debe pensar siempre en la EAG dentro de los posibles diagnósticos diferenciales en el estudio de pacientes con adenomegalias, en general, localizadas, con o sin compromiso general y también alertar a los padres sobre la tenencia responsable de estas mascotas.

USO RACIONAL DE LABORATORIOS EN EL LACTANTE FEBRIL SIN FOCO (LFSF) ENTRE 1 Y 3 MESES

PO 34

FERNANDEZ N.¹; MURO C.²; VILARIÑO M.³; AGOSTI P.⁴; BERENICE G.⁵
HOSPITAL GARRAHAN^{1,2,3,4,5}
<nati839@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La fiebre sin foco clínico aparente en niños entre 1 y 3 meses de edad es un motivo de consulta frecuente en la práctica pediátrica y requiere la utilización de exámenes complementarios para la estadificación de riesgo de sepsis y bacteriemia oculta. La solicitud injustificada de laboratorios no incluidos en las guías de práctica clínica podría dar lugar a resultados alterados fuera del contexto clínico del paciente, que en ocasiones obliga a reintervenir generando gastos innecesarios para la salud pública.

OBJETIVOS

Evaluar cuales son los estudios de laboratorio solicitados en primera instancia en emergencias ante un LFSF de 1 a 3 meses y el registro de inmunización en historia clínica de ingreso a emergencias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizaron 165 historias clínicas de LFSF entre 1 y 3 meses, previamente sanos, internados durante el año 2012 en un hospital pediátrico de tercer nivel de la Ciudad de Buenos Aires. Asimismo se corroboraron los registros de laboratorios en el sistema informático hospitalario

RESULTADOS

Se evidenciaron laboratorios injustificados, no avalados por la bibliografía, en el 42% de los pacientes, siendo los más frecuentes ionograma y función renal, debiendo incluso repetirse en algunas oportunidades por resultados alterados. Cabe destacar el escaso registro del calendario de vacunación en las historias clínicas, evidenciado únicamente en un 38%.

CONCLUSIÓN

Pudimos demostrar que a 1 de cada 2,3 LFSF, que fueron ingresados al hospital en el periodo evaluado, se le realizaron exámenes complementarios no avalados por la bibliografía actual. La disponibilidad actual para solicitar estudios de laboratorio debe utilizarse según las normas vigentes y con criterio clínico, dado que su uso injustificado no favorece la toma de decisiones en este grupo etario e incrementa los gastos en salud. Además se pudo constatar que no se realizó un adecuado registro de inmunizaciones en la historia clínica, perdiendo la oportunidad para la vacunación si fuese necesaria.

INCONTINENCIA PIGMENTI. A PROPOSITO DE UN CASO

RPD 35

MERCADO C.¹; GUGLIELMI D.²; ORÍA M.³; CASTRO M.⁴; SPACAROTEL C.⁵; CIGNA L.⁶
HOSPITAL SOR MARIALUDOVICA DE LA PLATA^{1,2,3,4,5,6}
<clauummecado@live.com.ar>

INTRODUCCION

La incontinenia pigmenti o síndrome de Bloch-Sulzberger es una genodermatosis infrecuente ligada al cromosoma X con patrón de herencia dominante, de carácter multisistémico, afectando a los tejidos derivados del neuroectodermo (más frecuente a piel, 80% odontógenas, 30-50% SNC, 35% oculares y óseas). De presentación casi exclusiva en mujeres, es generalmente letal en el sexo masculino, a menos que su cariotipo sea 47 XXY. Se produce por una mutación en el gen NEMO/IKK cuyo locus se encuentra en Xq28.

OBJETIVO

Favorecer el reconocimiento por parte del Médico Pediatra de esta entidad, ya que forma parte de los diagnósticos diferenciales de las enfermedades vesicoampollares neonatales sobre todo en el estadio I de la enfermedad.

DESCRIPCION

Paciente de 29 días de vida, sexo femenino, RNT (39 sem.), PAEG (3360 grs.), embarazo controlado, serologías maternas negativas, PRODYTEC normal, vacunas acordes, lactancia materna exclusiva. Madre sin antecedentes patológicos relevantes.

Es traída a la consulta por presentar desde el nacimiento, lesiones hiperpigmentadas siguiendo las líneas de Blaschko acompañadas

de lesiones vesico-pústulo-costrosas. En pierna derecha, pústula de mayor tamaño con halo sobrelevado eritematoso periférico con sospecha de sobreinfección bacteriana. Alopecia cicatrizal en vertex. Se decide internación e interconsulta con servicio de dermatología, realizándose diagnóstico de Incontinenia Pigmenti.

Se realizaron hemocultivos x 2: estafilococo coagulasa negativo (probable contaminación). Hemograma: Hto: 43%; Hb: 14,4gr/dl; G.B. 26800/I (N 32%/L 44%/ M 4%/ E20%); Plaq. 295000/I; PCR 0,5mg/l. Hipoglobulinemia A (0,067gr/l). Sedimento Urinario: normal. Fondo de ojo: normal.

Interconsulta a neurología, ecografía cerebral y EEG normales.

Recibió tratamiento con TMS 10 MG/KG/D E.V. durante 7 días.

Pendientes resultados de PEAT y visuales, interconsulta con genética, nuevo control con dermatología.

CONCLUSIÓN

Destacar la importancia del diagnóstico precoz, para el seguimiento multidisciplinario y el control periódico, ya que el compromiso extracutáneo severo puede disminuir la calidad de vida del paciente. Además, resulta indispensable realizar una historia familiar detallada (fundamentalmente, familiares de 1º grado de sexo femenino) y consejo genético.

PREVALENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS OBESOS

PO 36

FERNANDEZ N.¹; MURO C.²; GONZALEZ B.³
 HOSPITAL GARRAHANI^{2,3}
 <nati839@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La OMS ha definido a la obesidad como la epidemia del siglo XXI por el significativo aumento de su prevalencia e incidencia en adultos, niños y adolescentes en los últimos años. La obesidad desempeña un papel central en el desarrollo del síndrome metabólico y es considerada un factor de riesgo independiente para el desarrollo de enfermedad cardiovascular, primera causa de muerte en adultos. El síndrome metabólico en pediatría identifica a un grupo de niños con alto riesgo de presentar eventos cardiovasculares y diabetes tipo 2. La detección temprana y tratamiento adecuado constituyen el pilar fundamental para disminuir la morbimortalidad cardiovascular a mediano y largo plazo.

OBJETIVO

Evaluar la prevalencia de insulinoresistencia en pacientes pediátricos al momento del diagnóstico de obesidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se evaluaron de manera transversal 110 historias clínicas de pacientes

obesos en seguimiento ambulatorio en consultorio de residentes durante el año 2011 en un hospital pediátrico de tercer nivel de la Ciudad de Buenos Aires. Se seleccionó al grupo etario entre 8 y 15 años de edad. Se excluyeron 25 historias clínicas por encontrarse fuera del rango etario estudiado o por presentar obesidad secundaria. **Resultados:** La prevalencia de insulinoresistencia medida por el índice HOMA en pacientes obesos de 8 a 15 años al momento del diagnóstico fue de 52%.

CONCLUSIÓN

Hay una alta prevalencia de insulinoresistencia en pacientes obesos, uno de los factores principales para el desarrollo de síndrome metabólico. De los pacientes evaluados solo a 2 se le tomó la circunferencia de cintura y a un 23% no se le midió la presión arterial. Estos parámetros forman parte de los criterios diagnósticos del síndrome metabólico, son accesibles, económicos y sencillos de aplicar, por lo tanto deberían tomarse en la consulta inicial de todo paciente obeso.

COBERTURA DE VACUNACIÓN EN UNA POBLACIÓN DE ALUMNOS DE PRIMER GRADO

RPD 37

BOTTA V.¹; EIDNER S.²; AMEN L.³; HERNANDEZ A.⁴
 CESAC N°37^{1,2,3}; HOSPITAL PENNA⁴
 <verbotta@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN

La vacunación consiste en la inducción y producción de una respuesta inmunitaria específica protectora, por parte de un individuo sano susceptible, como consecuencia de la administración de un producto inmunobiológico, la vacuna.

Las acciones de prevención son las más efectivas para conseguir una vida sana y digna, y entre éstas se destaca la vacunación, ya que representa una de las formas más rentables de prevenir enfermedades infecciosas potencialmente graves.

Un concepto muy interesante es comprender que vacunarse tiene un rol social, basado en el hecho de cuidar y proteger al otro. Es importante tener todas las vacunas aplicadas al llegar a los 6 años, momento en que el niño ingresa a la escuela y toma contacto con otros niños durante muchas horas del día, pudiendo favorecer la adquisición de diversas enfermedades que son prevenibles por vacunas.

OBJETIVOS

Determinar el estado de inmunización de nuestros alumnos de primer grado.

POBLACIÓN MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, transversal sobre el cumplimiento del calendario de vacunación obligatorio al inicio del ciclo escolar.

Se controlaron 681 protocolos de niños de primer grado que concurrían al CESAC n° 37 (área programática del Hospital Donación "F. Santojanni") durante el año 2013.

Se recabaron los siguientes datos: edad, sexo y estado de vacunación (completo o retrasado). Teniendo en cuenta el calendario de vacunas obligatorias vigente en nuestro país se considero vacunación completa cuando presentaba todas las vacunas correspondientes a la edad, retrasada cuando fueron aplicadas dentro de los 3 meses posteriores a la fecha indicada e incompletas cuando había transcurrido más de 3 meses.

RESULTADOS

La mediana de la edad fue de 83 meses (6 años y 11 meses). Del total de niños 339 (49,7%) correspondían al sexo masculino y 342 (50,3%) al sexo femenino.

Con respecto a las vacunas: 547 (80%) tenían vacunas completas, 73 (11,1%) retrasadas y 61 (8,9%) incompletas.

CONCLUSIÓN

Se observó que la cobertura de vacunas en nuestra población es similar en ambos sexos. El 80 % presentó vacunas completas, siendo esta observación muy importante, ya que la vacunación es una estrategia de Medicina Preventiva para la disminución de la morbimortalidad infantil.

PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA ESCUELA. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA “¿A VER QUÉ VES?”

PO 38

Opción a Premio

CARPINETA M.¹; CROATTO V.²; VÁZQUEZ E.³; RAPOPORT A.⁴; CRESTELO N.⁵; CARIOLA M.⁶; BARRIENTOS J.⁷
MINISTERIO DE EDUCACION-GCBA^{1,2,3,4,5}; MINISTERIO DE SALUD-GCBA⁶
<maricarpineta@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El Programa ha sido creado en el año 2001, conjuntamente entre los Ministerios de Educación y de Salud; en el marco de la Ley Básica de Salud y la Constitución de la Ciudad, con el objetivo de promover la salud visual mediante el control periódico y la detección y corrección precoz de los vicios de refracción, a través de la confección y provisión gratuita de anteojos para aquellos alumnos/as que lo necesiten.

Luego de 10 años de trabajo, se ha llevado a cabo una evaluación acerca de la percepción del programa por parte de los docentes y padres que han participado, con los siguientes objetivos: analizar los alcances del programa sobre la promoción de la salud visual, y evaluar la percepción del adulto responsable y del docente de la incidencia del uso de los anteojos en los alumnos/as.

OBJETIVO

Presentar los principales resultados y conclusiones obtenidos en la evaluación, que ayudaron a fortalecer y mejorar el funcionamiento del programa.

POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevaron a cabo tres líneas de trabajo bajo una metodología cuantitativa-cualitativa en la que se analizaron datos provenientes

de la aplicación de encuestas a padres de alumnos/as y docentes que participaron alguna vez en el Programa. Se analizaron un total de 5969 encuestas realizadas en el 2012.

Resultados: el 84% de los alumnos/as detectados con baja agudeza visual por el programa desconocía esta situación. El 95% de alumnos/as que recibió anteojos respondió haberlos usado alguna vez y el 73% manifestó haber adquirido el hábito del uso, a pesar de la posible vergüenza o las burlas que puede recibir. Asimismo, la detección temprana de vicios de refracción y la entrega gratuita de anteojos mejoraron el rendimiento escolar en el 74% de los casos.

CONCLUSIONES

Este estudio permitió confirmar que las estrategias utilizadas por el Programa “¿A ver qué ves?” impactan positivamente sobre el cuidado de la salud de los alumnos/as, y logra detectar tempranamente vicios de refracción en poblaciones que de otra manera no hubiesen accedido a ese diagnóstico. Sostener una política pública dentro de las escuelas y de cobertura universal, favorece no solo la promoción y prevención de la salud (acercando a la población los servicios primarios de la salud) si no que también mejora la calidad educativa de los alumnos/as.

PROGRAMA DE SUPERVISION DEL DESARROLLO DEL NIÑO Y PESQUISA DE TRASTORNOS INAPARENTES, EN EL AMBITO DE UNA OBRA SOCIAL. RESULTADOS DE TRES AÑOS DE TRABAJO

PO 39

MELAMED D.¹; PEDROUZO S.²; CASHA J.³; SASTRE G.⁴; WASSERMAN J.⁵
OSECAC^{1,2,3,4,5}
<dmelamed@intramed.net.ar>

INTRODUCCION

El diseño de un programa basado en la prevención de trastornos del desarrollo en sus tres niveles, nos permite poder educar a los padres (prevención primaria), realizar detección precoz (prevención secundaria) y tratamiento oportuno (prevención terciaria).

OBJETIVOS

1. Actualizar a los pediatras.
2. Crear un consultorio de pesquisa para niños con factores de riesgo biológico.
3. Derivar en forma oportuna.
4. Guiar a los padres sobre estimulación del desarrollo.

POBLACION

Actualización: pediatras del ambulatorio. Consultorio: Niños menores de tres años, aparentemente sanos, con factores de riesgo biológicos: EG menor a 37 semanas, PN menor a 2500 gr, Apgar menor a 7, interacción el primer mes de vida.

MATERIALES Y METODOS

1. Confección de Guía de Supervisión del Desarrollo para pediatras (factores protectores y de riesgo para trastornos del desarrollo, signos de alarma, descripción de PRUNAPE y criterios de derivación al consultorio).
2. Creación del Consultorio de Pesquisa: anamnesis sobre factores de riesgo ambientales y biológicos, administración PRUNAPE.
3. Confección de guía de estimulación para padres.

RESULTADOS

Recibieron la guía vía web los 350 pediatras de ambulatorio, fue discutida en ateneo. Ingresaron al programa: 502 niños. Se realizaron: 804 pruebas. Pasaron la prueba: 414 niños, 82.47 %. Fracasaron la prueba: 58 niños, 11.55 %. Pendientes: 28-5.57%. En seguimiento: 302 niños, 37.56 %. Diagnósticos: Retraso motor: 23-39.65%, Retraso madurativo global: 8-13.79%, Trastorno del lenguaje: 4-6.89%, Alteración de la audición: 4-6.89%, Trastorno de Espectro Autista: 4-6.89%, Trastorno de conducta: 2-3.44%, Trastorno de lenguaje y conducta: 5-8.62%, Retraso madurativo y alteración de la audición: 2-3.44%, Trastornos oftalmológicos: 2-3.44%, otros: 4-6.89%. La guía de estimulación fue entregada a todos los padres.

CONCLUSIONES

La capacitación profesional sirvió para homogeneizar conocimientos sobre la supervisión del desarrollo y la búsqueda de niños en riesgo. El consultorio permitió una Intervención Temprana en los niños con posibles trastornos del desarrollo, que previene otros trastornos asociados, en la conducta emocional y socioadaptativa, del niño con diagnóstico tardío. La promoción de pautas de estimulación hizo que el mayor porcentaje de los niños puedan continuar su seguimiento sin intervenciones adicionales.

CAPACITACIÓN EN RCP EN UNA COMUNIDAD ESCOLAR

RPD 40

MUÑOZ W.¹; CUELLO. V.²; TAULAMET F.³; FLEITAS H.⁴; BIAGINI L.⁵; CASTELLI B.⁶; GARCIA G.⁷; PORTERO D.⁸; ROLDAN L.⁹
HOSPITAL DEL CARMEN DE CHACABUCO^{1,2,5}; HOSPITAL SAN JOSÉ DE JUNÍN^{3,4,6,7,8,9}
wallymunoz2013@gmail.com

INTRODUCCION

La mayoría de los episodios de paro cardiorespiratorio (PCR) son extrahospitalarios y muy pocos reciben auxilio por parte de un testigo ocasional. El 80% de las personas que fallecen en forma súbita se encuentran con un amigo o un familiar cerca. Es importante que ellos sepan qué hacer y se animen a hacerlo. Los jóvenes aprenden fácilmente, son muy motivables, retienen conocimientos y habilidades, y no solo son capaces de aprender sino también de multiplicar sus conocimientos entre familiares y amigos. Creemos que la escuela constituye un marco ideal para iniciar a la población en el conocimiento y aprendizaje de RCP.

OBJETIVOS

Capacitar a adolescentes en maniobras de RCP básicas y objetivar la adquisición de conocimientos.

POBLACION

Adolescentes que cursen quinto y sexto año de escuelas secundarias de las ciudades de Junín y Chacabuco en la prov. de Buenos Aires.

MATERIAL Y MÉTODOS

Sondeo previo de conocimientos mediante encuesta; exposición temática interactiva con DVD; simulación práctica y evaluación de conocimientos posteriores mediante tests realizados entre dos a tres

semanas posteriores a las prácticas realizadas.

RESULTADOS

Fueron evaluados 140 adolescentes.

1) ¿Conoce algún número de emergencias?

Test previo: la sabía el 67%, no lo sabía el 33%. Test posterior: lo sabía el 92%, no lo sabía el 8%

2) Si un amigo se lleva las manos a la garganta, enrojece, intenta pedir, socorro y no puede hablar. ¿Qué le está pasando? Test previo: reconocen la emergencia el 78% y no la reconocen el 22%, test posterior: reconocen la emergencia el 98.8% y no el 1.2%

3) Ante un víctima que cae de repente, no responde y no respira ¿Podrías hacer algo por la víctima?

Test previo el 20% sabía que hacer y el 80% no sabía. Test posterior: 89.2% sabían que deberían hacer y 10.8% no.

4) ¿Serías capaz de iniciar las maniobras de RCP?

Test previo: el 53.5% si y no el 46.4%. Test posterior: Sí el 95% y no el 5%

CONCLUSIÓN

Se optimizó el conocimiento del número de emergencias.

Mejóro el reconocimiento de las víctimas de atragantamiento. La experiencia los capacita y anima a actuar en situaciones de RCP. Conocer las técnicas de RCP significa conocer como se pueden salvar vidas.

ENFERMEDAD INVASIVA POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE EN LACTANTES VACUNADOS, A PROPOSITO DE 2 CASOS

RPD 41

CAROZZO M.¹; GILARDENGI T.²; VILLANUEVA N.³; KOZICKI V.⁴; BALCAZAR V.⁵; ALBA G.⁶; BUSTAMANTE L.⁷; DE RISIO K.⁸; MULLER C.⁹; FLORES Y.¹⁰; SETTEN C.¹¹
HOSPITAL I. IRIARTE^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11}
pediatria.iriarte@gmail.com

INTRODUCCION

Con la introducción de la vacuna contra HI en 1997 en Argentina, la incidencia de enfermedad invasiva ha descendido, pero desde 2012 se ha registrado un incremento de la misma. Según datos, la cobertura con tercera dosis de Vacuna Quintuple se mantiene cerca del 90%, pero el primer refuerzo en un 85%, con diferencias dentro de cada provincia. Durante un período de 1 a 2 meses entre 2013 a 2014, se constató una faltante de vacunas cuádruple y quintuple, lo que asociado a las oportunidades de vacunación perdidas por distintas causas, dan las condiciones para la circulación de Hlb.

OBJETIVO

Reporte de 2 casos ocurridos en nuestro hospital, en el 2º trimestre del año 2014.

CASO CLINICO

CASO 1: lactante de 6 meses, con cuadro de vía aérea superior de 7 días de evolución, ingresa por presentar convulsión febril tónico-clónica focalizada en hemicuerpo derecho, que responde a drogas de 1º línea. Se solicita TAC de encéfalo, observándose colección subdural derecha. Se inicia antibiótico empírico con Ceftriaxona, a

dosis meningea; obteniéndose Hemocultivos x 2 positivos para HI b-lactamasa negativo, interpretándose como epitema secundario a sepsis por HI. Se realiza drenaje de colección. Cumple 6 semanas de antibióticos endovenoso, con evolución favorable, sin secuelas.

CASO 2: Lactante de 7 meses, con cuadro de vía aérea superior, síndrome febril de 9 días de evolución y gastroenterocolitis de 48 hs. En las horas siguientes, presenta convulsión tónico-clónica focalizada en hemicuerpo izquierdo, evolucionando a estado convulsivo. Inicia antibiótico empírico con Ceftriaxona. Se realiza TAC de encéfalo donde se visualiza hidrocefalia e isquemia frontal izquierda, requiriendo drenaje ventricular externo de urgencia. Se obtiene Hemocultivos x 2 positivos para HI B-lactamasa negativo, interpretándose como enfermedad invasiva por HI. Cumplió antibióticoterapia endovenosa. Presenta secuelas neurológicas a su egreso.

CONCLUSIÓN

La incidencia de enfermedad invasiva por HI ha disminuido desde la incorporación de la vacuna al calendario nacional. Llama la atención la aparición de 2 casos de enfermedad invasiva, en un corto período del 2014, en pacientes con vacunación completa.

A PROPÓSITO DE UN CASO: EDEMA BIPALPEBRAL

CHIESA C.¹; MARTÍNEZ M.²; MORICI M.³; DEREGIBUS M.⁴

HOSPITAL POSADAS^{1,2,3,4}

<carla_e_chiesa@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El edema bupalpebral es un motivo de consulta habitual en pediatría. Puede estar asociado a múltiples patologías, entre ellas, las de origen tumoral. Una correcta anamnesis y examen físico es fundamental para detectar etiología.

OBJETIVOS

Describir un caso clínico en el que el edema bupalpebral se presenta como signo de una patología sistémica severa (tumoral).

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Niña de 23 meses de edad, previamente sana, con vacunas completas.

No presenta antecedentes familiares de importancia.

Consulta en reiteradas oportunidades a diferentes centros asistenciales por presentar edema bupalpebral y tumefacción temporofrontal izquierda de 15 días de evolución, asociado a fiebre 24 horas previas a la consulta. Se indica tratamiento esteroideo VO sin respuesta.

En nuestro hospital se constata paciente en regular estado general, afebril, con edema bupalpebral, tumefacción facial indurada y exoftalmos izquierdo. Resto del examen físico sin particularidades.

Se solicitan: Laboratorio: Anemia leve. Resto normal

TAC de cráneo y maxilo facial: imágenes infiltrantes que comprometen calota a predominio fronto-temporal y región periorbitaria derechas y espacio epidural.

Ecografía abdominal: Adenopatías retroperitoneales. Masa retroperi-

toneal sólida con calcificaciones de 55 x 55 x 60 mm.

TAC de tórax, abdomen y pelvis: derrame pleural derecho, voluminosa formación hipodensa, heterogénea retroperitoneal con calcificaciones irregulares en su interior en zona paraaórtica izquierda que desplaza estructura renal.

Biopsia de médula ósea Bilateral: Infiltración por neuroblastoma. CD 56 positivo. Cromogranina positivo.

Centellograma con MIBG (09/04/14): concentración patológica del trazador en calota craneana, columna dorsal, hueso iliaco derecho y zona para vertebral izquierda

Catecolaminas en orina: positivas para ácido vainillín mandélico y noradrenalina.

Se confirma el diagnóstico de neuroblastoma grado IV con infiltración de médula ósea, actualmente en tratamiento y seguimiento por servicio de hemato-oncología con buena evolución.

CONCLUSIÓN

El edema bupalpebral es un signo que puede estar presente en diversas patologías, tanto locales como sistémicas, por lo que requiere una investigación diagnóstica detallada que permita aclarar su etiología (reacción alérgica, traumatismo oftálmico, infección local o sistémica, patología tumoral, enfermedad tiroidea, enfermedad renal, etc.). Las características de dicho edema, su presentación unilateral o bilateral, los síntomas acompañantes y una anamnesis detallada van a orientar nuestro diagnóstico.

RPD 42

A PROPÓSITO DE UN CASO DE INSULINORRESISTENCIA EXTREMA: LIPODISTROFIA CONGÉNITA GENERALIZADA

MAJOR M.¹; MUSSO C.²; PALERMO R.³; SOLIS R.⁴; MORA M.⁵

HOSPITAL MUNICIPAL MATERNO INFANTIL DE SAN ISIDRO^{1,3,4,5}; INSTITUTO CARDIOVASCULAR BUENOS AIRES²

<mlmajor2000@yahoo.com>

INTRODUCCIÓN

La lipodistrofia congénita generalizada (LCG) o Síndrome de Bernardelli-Seip es una rara enfermedad autosómica recesiva caracterizada por una disminución generalizada del tejido adiposo y un cuadro metabólico de insulinorresistencia con diabetes, hipotrigliceridemia severa con esteatosis hepática y pancreatitis aguda causada por ausencia de leptina. Estos pacientes se benefician con un tratamiento con leptina recombinante humana. Actualmente sólo está disponible para su uso bajo protocolo en EEUU.

OBJETIVOS

Describir los cambios metabólicos de un paciente con LCG antes y después del tratamiento con leptina.

PRESENTACIÓN

Paciente de 14 años 10 meses de edad con diagnóstico de LCG a los 5 m de vida. A los 10 años se interna por pancreatitis. Durante el año siguiente repitió 4 episodios más. Se constata también HTA con valoración cardiológica normal, diabetes con altos requerimientos de insulina corriente y proteinuria en rango nefrótico con proteinograma normal con cambios en la biopsia renal compatibles con nefropatía diabética. El fondo de ojo es normal. Como tratamiento recibe dieta para diabetes hipograsa, insulina corriente 300U/d, fenofibrato 200

mg/d y enalapril 10 mg/d. En febrero de 2012 ingresa al protocolo de eficacia a largo plazo de la leptina recombinante humana en el tratamiento de lipodistrofias en NIDDKD, Maryland. Viaja para su revaloración en agosto de 2012 y 2013. Actualmente se encuentra en tratamiento con leptina 2.9 mg/d, insulina 175 U/d, enalapril 20 mg/d, fenofibrato 200 mg/d, metformina 1000 mg/d y dieta para diabetes con muy buena evolución. Se presentan laboratorios antes y después de la leptina.

Glucemia mg%	Hb glicosilada %	TG mg%	Col mg%	Creatinina mg/dl	Proteinuria g/24 horas	TGO UI/l	TGP UI/l	basal UI/l
370	>14	1311	481	0.80	1.1	142	125	
6 m	105	8	302	151	0.43	0	36	57
12 m	136	8.5	588	183	0.6	0	34	51

CONCLUSIÓN

La importancia de presentar este caso es la mejoría clínica y metabólica que evidenció esta paciente con la leptina ya que no requirió más internaciones, no presentó pancreatitis, se negativizó la proteinuria y disminuyeron significativamente los requerimientos de insulina. Además es la primera paciente de Argentina en ser incluida en el protocolo.

RPD 43

TRANSICIÓN NUTRICIONAL: ¿ES NUESTRA REALIDAD LOCAL? DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICO PEDIÁTRICO EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (CAPS)

PO 44

RODRÍGUEZ ALCÁNTARA V.¹
 CAPS PUERTO VIEJO - PARANÁ - ENTRE RÍOS¹
 <valitarodal@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud de la Nación (MSAL), con adhesión de la SAP, adoptó en 2007 las curvas sobre patrón de crecimiento OMS (2006) para la evaluación nutricional antropométrica de la población argentina de 0 a 6 años, manteniendo la referencia nacional en los mayores de esa edad. El Ministerio Provincial adhirió en 2010 e incorpora las nuevas curvas a la Historia Clínica Pediátrica Ambulatoria (HCPeA). La Encuesta Nacional de Nutrición y Salud del 2005, objetivó el fenómeno de transición nutricional en nuestro país.

OBJETIVOS

Conocer el diagnóstico nutricional antropométrico en la población pediátrica local a los fines de planificar estrategias de APS acordes.

POBLACIÓN

Pacientes de 0 a 14 años asistidos por control de salud en el CAPS Puerto Viejo, en el período mayo-octubre de 2010.
 Material y Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal, mediante revisión de base de datos e HCPeA. Consideración de mediciones básicas PESO y TALLA y cálculo de IMC. Utilización de balanza (pie/plato), pedímetro y estadiómetro de pared. Medición de longitud corporal hasta los 4 años y estatura en mayores de dicha edad, aplicándose factor de corrección en grupo de 2 a 4 años. Percen-

tilado mediante programas ANTHRO 2005 y ANTHRO Plus (estándares OMS para P/E y T/E en menores de 6 años e IMC/E de 1 a 14 años) y DAX 2.1 (referencia nacional de P/E y T/E en mayores de 6 años), incluyendo cálculo de edad corregida en prematuros menores de dos años. Clasificación diagnóstica nutricional antropométrica del MSAL.

RESULTADOS

Se incluyeron 351 niños/as (43,7% del total de HCPe); 41,9 % varones y 58,1% mujeres; correspondiendo el 53% a menores de 6 años. Según la evaluación nutricional antropométrica y la clasificación diagnóstica nutricional propuesta por MSAL, el 72,96 % de la población se ubicó en área NORMAL/SALUDABLE, diagnosticándose BAJO PESO (BP) en un 1,42% y RIESGO DE BAJO PESO (RBP) en un 7,41% de la población estudiada. Los diagnósticos de SOBREPESO (SP) y OBESIDAD (OB) fueron efectuados en un 11,97% y 6,27%, respectivamente de los niños/as evaluados, correspondiendo el diagnóstico de BAJA TALLA al 6% de la muestra.

CONCLUSIONES

Se obtuvo un diagnóstico situacional local, objetivándose el fenómeno de Transición nutricional con coexistencia de condiciones de déficit y exceso (BP/RBP y BT asociados a alta prevalencia de SP/OB), coincidente con lo observado en la ENNy S (2005).

RIESGO DE LESIONES NO INTENCIONALES DE ANDADORES, SILLAS ALTAS Y CUNAS OFRECIDAS EN SITIOS DE COMPRAVENTA POR INTERNET

PO 46

ZABALA R.¹; WAISMAN I.²
 HOSPITAL MUNICIPAL GENERAL CABRERA¹; NEOCLINICA RIO CUARTO²
 <doctorzabala@gmail.com>

INTRODUCCION

Las lesiones no intencionales son una causa importantes de morbimortalidad. En los menores de dos años predominan la lesiones en el hogar y muchas de ellas se relacionan con muebles infantiles en los que permanecen muchas horas de su vida. El andador (A), la silla alta (SA) y cunas (C) son muebles infantiles utilizados por la mayoría de los niños y están asociados a lesiones involuntarias por fallas en el producto y/o prácticas inseguras en su uso. La compra de muebles por internet es una práctica difundida. Al no estar sujeta a regulaciones de seguridad podría traer como consecuencia lesiones evitables.

OBJETIVO

Analizar las características de los muebles infantiles (A, SA y C) ofrecidas en sitios de compraventa en internet. Enumerar los factores de riesgo (FR) que presentan

MATERIAL Y METODOS

Trabajo descriptivo de corte transversal. Muestra: Se analizaron dos sitios populares de venta en internet (Mercado Libre y Alamaula). Las consultas fueron realizadas en Noviembre y Diciembre de 2013. Se seleccionaron al azar 38 A, 107 SA y 100 C, elegidas de un total encontrado de 126, 499 y 740 artículos ofertados respectivamente. Criterios de exclusión: ofertas repetidas, sin fotos, que no correspondiera al artículo buscado o que hubieran caducado al momento de la consulta. A fin de poder cuantificar la evaluación se analizaron 5, 6 y 11 FR respectivos para A, SA y C, de acuerdo a recomendaciones de seguridad publicadas.

RESULTADOS

Muebles (n)	Factor de Riesgo	%
ANDADORES (38)	Aro inferior < 90 cm	100
	S/frenos	68
	Menos de 6 ruedas	34
	Usado	15
	Otro FR	8
SILLAS ALTAS (107)	Usado	86
	Sin arnes	25
	Otro FR	20
	Riesgo atrapamiento bandeja	17
	Base de sustentación estrecha	12
CUNAS (100)	Ruedas	7
	Espacio entre barrotes >7 cm	75
	Baranda < 50 cm	52
	Ruedas	51
	Usados	42
	Baranda móvil	41
	Ropa blanda y almohadones	34
	Protector de cuna	29
	Esquineros	19
	Otro FR	15
Riesgo respaldar	7	
Espacio amplio entre colchón y cuna	4	

Andadores: todos tenían factores de riesgo, en un promedio de 2 por producto. Las SA presentaban en su totalidad FR, en promedio 1,5 por producto. Solo una de las cunas carecía de FR, y el promedio por producto era de 3,6.

CONCLUSIÓN

Los andadores, silla altas y cunas de bebe ofrecidas en sitios de compra venta de internet presentan con frecuencia factores de riesgo que pueden condicionar lesiones involuntarias.

TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE QUE CONSULTAN POR PROBLEMAS DE CONDUCTA : DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

PO 47

GIANNOTTI A.¹; DRA. MAGGIO V.²; DRA. GRAÑANA N.³; DRA. RICHADEAU A.⁴; DR. AMARTINO H.⁵; DR. BURGOS F.⁶; DR. ROCCA RIVAROLA M.⁷

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL¹²³⁴⁵⁶⁷
<agiannot@cas.austral.edu.ar>

INTRODUCCIÓN

Los estudios que describen los trastornos específicos del desarrollo del lenguaje (TEL) en niños, indican que ocasionalmente tienen riesgo de presentar problemas de ajuste social y de relación con sus compañeros. Los niños con TEL, demostraron tener mayor tendencia al aislamiento y problemas sociales que sus pares normales. Rice, Shell y Hadley (1991).

OBJETIVO

Analizar la frecuencia y tipos de trastornos de conducta en niños con trastornos del desarrollo del lenguaje según el perfil lingüístico que presentan. Población: Se evaluaron 54 niños con una edad promedio de 5.5 años (rango 2.8 a 8 años) que consultaron por trastornos en el desarrollo del lenguaje, en un consultorio de fonoaudiología y en la clínica CLASE del HUA. Eran 39 varones y 15 niñas, con una relación varón/mujer de: 2,6 a 1. Material y métodos: En un estudio observacional y prospectivo se tomaron como criterios de inclusión: trastornos con retraso en la adquisición del lenguaje o alteraciones en la comunicación. Se excluyeron: niños con déficits sensoriales asociados (hipoacusia central y ceguera), con ECNE de base, y con TGD. Se determinó que el nivel de desarrollo ejecutivo no fuera menor a 2DS de la media, de acuerdo a las escala ejecutiva del test *Weschler Preschool and Primary Scale of Intelligence- Third Edition*. WPPSI III, (2002), el cociente intelectual breve del test de inteligencia no verbal Leiter-R, el test de integración visomotora Beery /VMI y/o las Escalas Mc. Carthy, en las pruebas de Visoconstrucción y DFH (figura humana).

La evaluación del lenguaje se realizó con los tests de vocabulario comprensivo y expresivo de Gardner (1987), determinando el subtipo de déficit según la clasificación del DSM IV TR en trastorno expresivo o mixto. Para la identificación de subtipos de síndromes lingüísticos, en los casos que pudieron realizarse, se utilizó el test Illinois de Habilidades Psicolingüísticas ITPA (1975). Las características conductuales se obtuvieron por el cuestionario CBCL T.M. Achenbach (1991). Se comparó con una muestra de niños con desarrollo típico apareados por edad y sexo, en la que no encontramos diferencias significativas con las normas internacionales. Se consideraron conductas externalizadoras (E): conductas disociales y conductas agresivas, internalizadoras (I): conductas de repliegue o aislamiento o ansiedad/depresión, y otras. Resultados El 70 % de los trastornos de conducta eran (E): agresión, conductas disociales y el 58% (I): aislamiento, c.psicosomáticas. También tenían conductas de inflexibilidad, hiperactividad y dificultades en la inclusión social. Los niños con TEL mixto tenían trastornos conductuales en el 86% de los casos.

CONCLUSIÓN

La alta frecuencia de trastornos de conducta en niños con TDL, que se encontró en alrededor del 63% de los pacientes, se produjo especialmente en los trastornos de tipo mixto con déficit de comprensión. Creemos importante tener en cuenta estos hallazgos, para realizar los diagnósticos diferenciales, evitar diagnósticos erróneos y decidir los abordajes terapéuticos para los trastornos asociados.

UTILIDAD DE REALIZAR TOMOGRAFÍA CON EMISIÓN DE POSITRONES CON 18[F]DIHIDROXIFENIL-ALANINA (18-FLUORO-DOPA PET-CT) EN PACIENTES CON HIPERINSULINISMO CONGÉNITO (HI)

RPD 48

TANGARI A.¹; BASTIANELLO M.²; BIGNON H.³; FLANAGAN S.⁴; ARIAS D.⁵; HERRERO E.⁶; PALOMINO D.⁷; DOMINGUEZ E.⁸; RIVELLO G.⁹; DRENBALM L.¹⁰; PARMA G.¹¹; NAVARRO G.¹²; MIAURO J.¹³; GARCÍA C.¹⁴; RENNIE E.¹⁵; SELANDARI J.¹⁶; BERGADA I.¹⁷

SANATORIO GÜEMES¹³⁵⁶⁷⁸⁹¹⁰¹¹¹²¹³¹⁴¹⁵¹⁶; CEMIC, HOSPITAL UNIVERSITARIO; UNIVERSITY OF EXETER. MEDICAL SCHOOL; CENTRO DE INVESTIGACIONES ENDOCRINOLÓGICAS (CEDIE) "DR. CÉSAR BERGADA"; FEI - DIVISIÓN DE ENDOCRINOLOGÍA, HOSPITAL DE NIÑOS DR. RICARDO GUTIÉRREZ, BUENOS AIRES, ARGENTINA.¹⁷

<tangariana@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El hiperinsulinismo congénito (HI) es la principal causa de hipoglucemia persistente del neonato. Se debe a una disfunción de la célula β pancreática causada por mutaciones de genes (ABCC8 y KCNJ11) los cuales codifican las subunidades de los canales de K-ATP sensibles. El HI se diagnostica por insulina alta en hipoglucemia y/o en un aumento >30 mg/dl de la glucemia al administrar glucagón, y bajo β-OH-butilato. El tratamiento con diazóxido y el octreotida, normalizan en algunos pacientes la glucosa, otros requieren pancreatectomías de variables extensiones. Los patrones histológicos de las lesiones (focales o difusas) son distinguibles mediante 18-F-DOPA PET-CT. Resecciones limitadas suelen ser curativas en casos focales, pero en los difusos las grandes resecciones conllevan alto riesgo de diabetes.

OBJETIVOS

Presentar una paciente con HI, en quien una pancreatectomía parcial dirigida por los resultados obtenidos por el 18-fluoro-DOPA PET-CT resultó curativa. Caso clínico: recién nacida de 5 días de vida es internado por convulsiones asociadas a hipoglucemia (24mg/dl) durante su primer día de vida. Padres no consanguíneos. Embarazo normal. En el parto presenta bradicardia fetal (APGAR: 9/10). Recién nacido de término con peso, talla y circunferencia craneana normales. La ganancia de peso postnatal también fue normal. No se detectaron estigmas genéticos. El flujo máximo de infusión de glucosa requerido para mantener una glucemia normal fue 12mg/kg/min.

Laboratorio durante hipoglucemia: Glucosa 36 mg/dl, Insulina 11.2 uU/l (VN:1), somatotropina 33 ng/ml (VN:20), Cortisol 32 ug/dl (VN:18). Amoníaco 56 uMol/l (VN:64-107), β-OH-butilato 0.07 mmol/l (VN 0.03-0.35 en normoglucemia), cuerpos cetónicos urinarios negativos, ácidos grasos libres 0.25 mmol/l (VN 0.1-0.9 en normoglucemia). Función hepática, EAB, ácido láctico, aminoácidos, ácidos orgánicos, aclilarnitinas, uricemia y triglicéridos normales. Un aumento de 42 mg/dl (VN:30) de la glucemia posterior a glucagón ev, junto con la insulina alta en hipoglucemia y niveles de β-OH-butilato bajos confirmaron el diagnóstico de HI.

La pobre respuesta al tratamiento médico orientó hacia una posible resolución quirúrgica. Para evaluar la distribución de la zona afectada se realizó el 18-F-DOPA PET-TC, observándose una captación focal en la cola del páncreas. El estudio molecular revela en la paciente una mutación en estado heterocigota del gen ABCC8 la cual fue heredada de su padre (p.R598X; c.1792C>T). Se realiza pancreatectomía parcial con biopsia por congelación intraoperatoria. En el postoperatorio requiere insulina por 2 días por hiperglucemias reiteradas (máxima:484mg/dl) con posterior normalización de la glucemias.

CONCLUSIONES

El 18-F-DOPA PET contribuyó a la identificación y subsecuente resección de un tejido focal anormal pancreático permitiendo la restauración de la homeostasis de niveles normales de glucosa en sangre.

COMPARACIÓN EN LA APLICACIÓN DE UN CUESTIONARIO DE COMPORTAMIENTO A NIÑOS ENTRE 1.5 A 5 AÑOS QUE CONCURRIERON A CONTROL DE SALUD Y AQUELLOS QUE LO REALIZARON EN EL CONTEXTO DE LA CLÍNICA CLASE ENTRE EL PERIODO 2007 2011

PO 51

GIANNOTTI A.¹; GRAÑANA N.²; RICHADEAU A.³; BURGOS F.⁴; ROCCA RIVAROLA M.⁵
HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL^{1,2,3,4,5}
<agiannot@cas.austral.edu.ar>

INTRODUCCIÓN

Respecto de los instrumentos que se han venido utilizando para la identificación de alteraciones en niños pequeños, dada la dificultad de la medición a esta edad, una forma de detectar sus problemas conductuales es el empleo de procedimientos de valoración estandarizados y la comparación de estos resultados con la muestra de pares de la misma edad y sexo. El sistema de evaluación ASEBA (*Achenbach System of Empirically Based Assessment*), creado por Achenbach (1991), identifica problemas de conducta mediante un conjunto integrado de formatos, como el *Child Behavior Checklist* (CBCL), entre otros.

OBJETIVO

Aplicar el CBCL a dos poblaciones de niños entre 1,5 y 5 años que concurren a control de salud y aquellos que lo hicieron en el contexto de la clínica CLASE para la detección de problemas de conducta. Población Se evaluaron 60 niños control y 60 niños que consultaron a la clínica clase con una X de 4.1 que consultaron a control de salud y al espacio de la clínica CLASE en el periodo 2007-2011. Material y Métodos Estudio observacional y prospectivo Se incluyeron: Niños que ingresaron para control de salud de manera espontánea y niños que concurren para evaluación a la clínica CLASE con diagnóstico al ingreso de Déficit de atención, Trastornos del aprendizaje con edades comprendidas entre los 18 meses y 5 años. Se excluyeron: Niños con déficits sensoriales asociados, con encefalopatías crónicas, y con trastorno generalizado del desarrollo (TGD). Se aplico el *Child Behavior Checklist* (CBCL)

de T. M Achenbach (1991) como cuestionario para detectar problemas del comportamiento . Se comparó con una muestra de niños con desarrollo típico apareados por edad y sexo. Se consideraron conductas externalizadoras (E): P del sueño, problemas atencionales y comportamiento agresivo, internalizadoras (I): emocionalmente reactivo ,retraimiento , ansiedad/depresión, somatización. Se completó el consentimiento informado para ambos grupos. Resultados De los niños evaluados 7 del control presentaron síntomas internalizadores y 5 SE. De los que concurren a la clínica CLASE 31 presentaron síntomas I y 24 SE. De los niños control presentaron síntomas de aislamiento, complicaciones somáticas, ansiedad y retraimiento, mientras que solo P del sueño se presentaron como síntomas externalizadores. En cambio en los niños de la clínica CLASE mayormente presentaron síntomas internalizadores en su mayoría de aislamiento, introversión, ansiedad y complicaciones somáticas, mientras que también presentaron síntomas externalizadores fundamentalmente de atención, del comportamiento y T del sueño .

CONCLUSIONES

Child Behavior Checklist (CBCL) de T. M Achenbach (1991) como cuestionario para detectar problemas del comportamiento impresiona ser una herramienta confiable. Según los resultados es interesante observar que en niños con problemas de aprendizaje y conducta su aplicación colabora para detectar síntomas que puedan ser parte de una estructura de personalidad compleja y su detección a tiempo pueda colaborar con el manejo del cuadro en su conjunto.

ACCESO A LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN LA ADOLESCENCIA: DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN EN ALUMNOS DE ESCUELAS TÉCNICAS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO. 2012-2013

RPD 53

Opción a Premio

CARPINETA M.¹; VOLZ F.²; BLACHER M.³; PAGÉS L.⁴; LURO V.⁵; VÁZQUEZ E.⁶
MINISTERIO DE EDUCACION-GCBA^{1,2,3,4,5,6}
<maricarpineta@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

En nuestro país existe un conjunto de normas legales que garantizan la información y el acceso a las prestaciones en salud sexual y reproductiva con especial énfasis en la población adolescente. Sin embargo existe una brecha entre el marco legal y los niveles de acceso a las prestaciones que garantizan. Sumado a los avances legales, la inclusión de la perspectiva de género permite visibilizar la tensión entre los derechos y los patrones de conducta culturalmente establecidos que determinan lo que significa ser hombre y ser mujer en una sociedad. Esta investigación propuso elaborar un diagnóstico sobre el acceso a los derechos sexuales y reproductivos desde una perspectiva de género en adolescentes que asisten a escuelas técnicas de gestión estatal del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Objetivos específicos: a- Indagar diferencias según género respecto de los niveles de acceso y conocimiento sobre derechos sexuales y reproductivos, b- Identificar diferencias según género en los niveles de acceso a las prestaciones en salud sexual y reproductiva.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizan los datos provenientes de 1056 encuestas autoadministradas y estructuradas a alumnos/as de segundo y cuarto año de 9

escuelas técnicas, realizadas en dos años consecutivos 2012-2013. Los resultados se analizaron con el paquete de datos estadísticos SPSS.

RESULTADOS

Las mujeres tienen un nivel de conocimiento mayor sobre sus derechos: elegir orientación sexual (91%M-84%V), exigir información (79%M-70%V), acceder a los métodos anticonceptivos gratuitamente (64%M-57%V) y colocación gratuita de DIU en hospitales públicos (41%M-30%V). Si bien existe un alto desconocimiento sobre Anticoncepción Hormonal de Emergencia, las mujeres saben más respecto a su uso ocasional (58%M-42%V) y que evita un embarazo no deseado (49%M-32%V) si se toma dentro de los cinco días de la relación sexual sin protección (60%M-51%V).

CONCLUSIONES

Si bien el acceso a la información y a las prestaciones en salud sexual y reproductiva son un derecho establecido para ambos sexos, en este estudio se destaca que existen patrones de cuidado condicionados según el género. La perspectiva de género como estrategia inherente a la vulnerabilidad de la mujer deja por fuera a los varones como destinatarios de políticas y programas específicos, reproduciendo y perpetuando situaciones de inequidad en el acceso.

RELACIÓN ENTRE HIPERTENSIÓN, SOBREPESO Y OBESIDAD

PO 54

EIDNER S.¹; GARBOCCI A.²; SIBILLA GALINDEZ M.³; QUIROZ G.⁴; WASERMAN J.⁵
OSECAC^{1,2,3,4,5}
<sandraeidner@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Debido a la epidemia de obesidad que se está desarrollando en todo el mundo tanto en población infantil como en adultos es importante establecer también su relación con hipertensión arterial (HTA) y síndrome metabólico. Hay pocas investigaciones que tienen en cuenta la relación de la intensidad de la obesidad, tiempo de evolución, edad de aparición y distribución de la grasa corporal en los obesos hipertensos.

Teniendo en cuenta que la obesidad infantil es una enfermedad preocupante y sabiendo que el sobrepeso infantil puede controlarse eficazmente es importante conocer la prevalencia de la asociación de ésta con la HTA.

OBJETIVO

Evaluar la prevalencia de HTA y su relación con el índice de masa corporal en una población de 3 años a 6 años y 11 meses.

MÉTODOS, POBLACIÓN Y MATERIALES

Se diseñó un estudio prospectivo, descriptivo y observacional. Se evaluaron las medidas antropométricas de 193 niños que concurren a un consultorio externo de pediatría sito en un centro de atención programada de la Obra Social OSECAC (CABA) durante los meses de febrero a abril de 2014. Luego se confeccionó una planilla de relevamiento tabulada, donde se volcaron los datos antropométricos de

cada paciente. Se calcularon los índices y percentilos de peso, talla, tensión arterial e Índice de Masa Corporal (IMC) según las tablas de OMS. Clasificando a los pacientes según sexo y peso, considerando bajo peso (IMC <P3), eutróficos (IMC entre P3 y P85), sobrepeso (IMC entre P85 y P97) y obesidad (IMC >P97). A su vez se clasificaron según el percentilo de tensión arterial como normal (P<90), prehipertensión (P entre 90 y 95) y HTA (P>95).

RESULTADOS

Analizando la población se observa una mediana de 55 meses con un mínimo de 36 meses y un máximo de 86 meses. Al relacionar IMC y sexo no se observan diferencias significativas. Similar situación se encuentra respecto a la prehipertensión y a la HTA. Por otra parte se observa que sobre 133 niños eutróficos 9 de ellos (7%) presentaron hipertensión, la misma situación se produjo en 2 niños (5%) sobre 37 que presentaron sobrepeso, mientras que el rasgo se presentó en 8 pacientes (34%) sobre 23 niños que presentaron obesidad siendo ésta una diferencia estadísticamente significativa.

Al probar la tendencia lineal de la tensión arterial según niveles de IMC se observa que existe tendencia lineal significativa (p: 0,028).

CONCLUSIÓN

Del estudio se desprende que existe una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad asociadas a la HTA.

EL RUIDO RECREATIVO Y SU IMPACTO EN LA AUDICIÓN DE LOS ADOLESCENTES: REVISIÓN SISTEMÁTICA

PO 55

Opción a Premio

VILARIÑO OVIEDO M.¹
HTAL GARRAHAN¹
<mmvilarino@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN

La exposición al ruido es la principal causa prevenible de hipoacusia neurosensorial. En la actualidad, los adolescentes se exponen precocemente a ruidos recreativos lo que, sumado a la falta de medidas protectoras de los mismos, los transforman en una población de riesgo, evidenciándose alteraciones audiológicas tanto a edades tempranas como potencialmente a largo plazo.

OBJETIVOS

Encontrar en la bibliografía evidencia científica de la asociación entre la exposición a ruidos recreativos y alteraciones auditivas en los adolescentes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión sistemática utilizando las bases de datos de Medline, LILACS, Cochrane y google académico. Se buscaron estudios desde Enero 2000 hasta Diciembre 2012 en idioma inglés que incluyeran adolescentes sanos entre 12 y 18 años.

RESULTADOS

De 99 artículos encontrados sólo se incluyeron diez dado que el resto no respondía la pregunta: una revisión sistemática, dos estudios prospectivos, un estudio retrospectivo y seis cohortes. Se evidenció una variación del umbral auditivo entre 7 y 21% en las frecuencias altas (4 a 6 kHz) de la audiometría tonal a predominio unilateral. Hubo una asociación significativa entre el uso prolongado de reproductores personales e hipoacusia así como una mayor incidencia de tinnitus (OR: 3,68). Otro factor de riesgo significativo fue la exposición reiterada a discotecas y recitales (OR: 2).

CONCLUSIÓN

Si bien se logró encontrar una asociación entre el uso de reproductores personales y cambios en los umbrales de audición audiométricos a frecuencias altas, faltan estudios de mayor rigor científico que demuestren con mayor claridad dicha asociación de tipo causa y efecto. Por otra parte, se evidenció una relación más directa entre el número de asistencias a discotecas o recitales mensuales y audiometrías controles patológicas, lo que debería fomentar la reglamentación de umbrales límites en dichos lugares.

INTERPRETANDO LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN PACIENTE CON HIPOCALCEMIA

PO 56

TANGARI A.¹; TILITZKY S.²; PELERETTI S.³; PORTO C.⁴; GARRIDO J.⁵; TOMBESI X.⁶; CUENYA CAO V.⁷; RODRIGUEZ J.⁸; MACCARI Y.⁹; BATTALLINI M.¹⁰; SELANDARI J.¹¹
 SANATORIO GÜEMES, HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ¹; CLINICA BAZTERRICA²;
 FUNDACION HOSPITALARIA³; SANATORIO GÜEMES^{6,7,9,10,11}
 <tangariana@hotmail.com>

El hipoparatiroidismo (HP) se caracteriza por el hallazgo de hipocalcemia, hiperfosfatemia y paratohormona (PTH) baja. El tratamiento con Ca y calcitriol normaliza la calcemia siendo una excepción los pacientes con HP debido a la mutación del gen codificante del receptor sensor de calcio (CaSR). En estos la liberación de PTH se encuentra continuamente inhibida y al mismo tiempo hay una inhibición de la reabsorción renal de calcio, presentándose con hipocalcemia e hipercalcemia (aunque en algunos casos la calciuria puede ser normal). El cuadro clínico se denomina hipocalcemia autosómica dominante (ADH). En esta patología se intenta mejorar la clínica y levemente la calcemia intentando no acentuar la hipercalcemia para evitar posibles daños en la función renal.

OBJETIVO

Presentar un paciente con hipocalcemia y calcio urinario normal, en quien la falta de respuesta al tratamiento con calcio suplementario sugirió HAD. Reporte del caso: Paciente de 12 años con antecedentes familiares de hipocalcemia en quien se detecta Ca bajo. Antecedentes: Embarazo y parto normal. Padres genéticamente no relacionados. Dificultad para el aprendizaje. Negaba distesias, calambres o convulsiones. Madre con calcificaciones cerebrales descubiertas a los 36 años en TAC cerebral solicitada por cefalea que conduce al hallazgo de hipocalcemia. Al examen físico, peso y talla normal. No poseía rasgos dismórficos ni signos de raquitismo. Signo de Trousseau positivo en el primer minuto,

chvostek levemente positivo. Laboratorio: Ca T: 6.8 mg/dl(8.5-10.5), Calcio iónico: 0.8 mmol/l (1.14-1.3), P: 7.4 mg/dl(2.7-4.5), Mg: 1.5 mg/dl(1.3-2.1), Albúmina 4.4 gr/dl, PTH 9 pg/ml(12-72), Índice ca/creatinina en orina: 0.11(VN<0.2), 25(OH)D: 25.8 ng/ml(NV:30-60), Bicarbonato: 25.9 mEq/l(22-26), Ph: 7.33, EB: -0.5, Na: 138mEq/l(132-145), K 4.25 mEq/l(3.5-5.1). Función renal normal. Para descartar etiologías causantes de hipoparatiroidismo se determinó: función tiroidea y adrenal que fueron normales descartándose síndrome poliglandular autoinmune. No tenía evidencia radiológica de raquitismo. La densitometría mineral ósea en esqueleto total fue normal. Ecocardiograma y ecografía renal normales. Se arribó al diagnóstico de HP. Se indicó calcio ev, normalizándose transitoriamente el Ca. Sin embargo, luego de recibir altas dosis de calcio vía oral (5.5 gr/día) y calcitriol(2ug/día) la calcemia no superó los 7.0 mg/dl. La falta de respuesta al tratamiento sugirió el cuadro de HAD. Se solicitó estudio del gen codificante del Ca SR el cual confirma el diagnóstico al encontrarse dos mutaciones heterocigotas: p.T151R y p.H429Y. Ambas mutaciones previamente reportadas como causales de HAD.

CONCLUSIONES

La pobre respuesta al tratamiento asumiendo buena adherencia al mismo sugirió la etiología de HAD aún en ausencia de hipercalcemia. El test genético resultó ser una herramienta importante para el adecuado diagnóstico y correcto tratamiento evitando usar altas dosis de Ca y consecuentemente los riesgos vinculados al aumento de la excreción de Ca urinario.

SINDROMES GENETICOS Y SUS COMORBILIDADES

RPD 57

PEDROUZO S.¹; CURRI N.²; ROCCA A.³; KESELMAN A.⁴; MARTINEZ RYS M.⁵; MARQUEZ M.⁶
 OSECA^{1,2,3,4,5,6}
 <silvinape2003@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN

Los niños con síndromes genéticos implican un gran desafío para el pediatra en la práctica diaria, debido a la complejidad que presentan para su seguimiento.

OBJETIVOS

Destacar la importancia del diagnóstico y seguimiento integral del paciente con un síndrome genético y sus comorbilidades.

DESCRIPCIÓN

Paciente de 21m consulta por primera vez, para control clínico. Se realiza anamnesis.

Antecedentes Perinatólogicos: EG 36 semanas PN1650 g Talla 37cm pc 34 cm. Internado 2 meses para recuperación nutricional. Fenotipo peculiar. Confirmándose diagnóstico de Silver Russell. Cariotipo 46 xy.

Antecedentes familiares: no refiere. Antecedentes personales: cinco internaciones por diarrea y deshidratación asociada. Alimentación leche materna y fórmula, incorporación de sólidos y gluten al 8vo mes. Maduración: retraso (se para con ayuda, palabras sueltas escasas).

Examen Físico: Peso 5.420 g z score -5.44; Talla 70cm z score -4.94, BMI -5.09, P/T66%. Facie peculiar característica, asimetría corporal, clinodactilia de ambos meñiques, sindactilia cutánea de 3er y 4to dedo del pie, hipospadias. Distensión abdominal, extremidades hipotróficas, piel seca, pelo ralo, irritabilidad y apatía.

Diagnóstico presuntivo desnutrición severa y retraso madurativo a descartar etiología en un niño con síndrome genético.

Se pide screening de laboratorio para desnutrición y hormonal, Rx para ver edad ósea e interconsultas con especialistas: endocrinología, genética,

gastroenterología y nutrición.

Resultados más relevantes: Ig A 95mg/dl, antitransglutaminasa 200 UA. Edad ósea 6m. Se confirma al mes por biopsia intestinal enfermedad celíaca: severa atrofia, incremento de linfocitos intraepiteliales, moderada hipertrofia criptica, moderado infiltrado en lámina propia linfoplasmocitario y eosinofílico. Marsh 3 b.

Se inicia plan de recuperación nutricional, por sonda nasogástrica con bomba de infusión continua y asistencia domiciliar. Se indica dieta libre de gluten. Seguimiento en consultorio semanal.

Evolución: recuperación nutricional progresiva, a valores propios del síndrome, resolución del cuadro digestivo diarreico, asociado a recuperación psicomotriz y del lenguaje. A los 6 meses de tratamiento dietético, el niño comienza a decir frases y a caminar solo. Actualmente escolarizado, edad 5 años. Peso 11.200 g -3,5 z score, talla 92cm -3 z score.

CONCLUSIONES

El síndrome de Silver Russell, no presenta como asociación: retraso madurativo, cuadros diarreicos crónicos y desnutrición severa.

Ante manifestaciones tan significativas e invalidantes en un paciente, deben descartarse, comorbilidades, para así lograr el tratamiento más adecuado, con el fin de mejorar la calidad de vida del niño y su familia. Es importante destacar la importancia del trabajo interdisciplinario en equipo, para el abordaje y seguimiento de pacientes complejos.

En la obra social se atienden 700.000 consultas ambulatorias anuales, motivo por el cual ha aumentado también la complejidad de los pacientes, que son atendidos en centros de referencia de atención primaria como en este caso y derivados a centros de mayor complejidad para su estudio interdisciplinario.

ABUSO SEXUAL INFANTIL- A PROPOSITO DE UN CASO

RPD 59

CHIMPÉN TOLEDO D.¹; SCHIANI M.²; MASIAS C.³; COLOMBO F.⁴; MIRADA A.⁵; TRIBYASZ I.⁶; FERRARI L.⁷; NUÑEZ F.⁸; BEMBENUTO L.⁹; LOPEZ CHOQUE D.¹⁰; DIAZ BARCENA C.¹¹; CHIPANA D.¹²; MEZQUITA A.¹³
HOSPITAL PROVINCIAL GOBERNADOR DOMINGO MERCANTE^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13}
<chimp8@hotmail.com>

INTRODUCCION

El Abuso Sexual Infantil suele resguardarse en el silencio y la vergüenza, siendo la mayor parte de los casos no denunciados. En el mundo, 150 millones de niñas y 73 millones de niños menores de 18 años han experimentado un coito forzado u otra forma de violencia sexual.

OBJETIVOS

Llevar a cabo estrategias preventivas, buscando sensibilizar a la sociedad respecto al problema, favoreciendo, la detección precoz de eventuales casos de abuso sexual infantil y la movilización de las primeras acciones de enfrentamiento a este grave flagelo.

CASO CLINICO

Paciente femenino de 10 años que consulta por prurito generalizado y lesiones de escabiosis. Al examen físico se constata en region genital (labios menores y región perianal) lesiones condilomatosas. Se realiza laboratorio y biopsia de lesiones evidenciándose: Condiloma Lata. Ante la sospecha de Abuso Sexual se decide su evaluación multidisciplinaria (Dermatología, Ginecología, Servicio Social, Salud Mental, Anatomía Patológica y Departamento de Legales). Enfrentada

a la situación la madre presenta actitud de negación, evidenciándose luego temor y angustia. Salud Mental resalta: "Niña fácilmente vencida frente a las palabras del adulto, acentúa contenidos donde es mejor no crecer y marca objetos que denotan cuestiones sexuales". Servicio Social informa: "Niña en situación de vulnerabilidad por presunción de abuso sexual. Hermana mayor y yerno con la misma ETS que la niña (Sifilis)"

CONCLUSIÓN

El Abuso Sexual Infantil es una realidad que atraviesa todas las clases sociales y religiones sin distinciones de nivel económico, afectando a niños y niñas de diferentes edades dentro de su núcleo familiar o fuera de él. En nuestra sociedad existen mitos y situaciones que contribuyen al ocultamiento del mismo, debiendo ésta hacer frente a esta realidad, protegiendo y cumpliendo los Derechos de los Niños, buscando su integridad emocional, física y social. En la Provincia de Buenos Aires existe la Ley 12569 de Violencia Familiar que ampara dichos derechos y promueve la protección del niño.

ERITEMA NODOSO ASOCIADO A INFECCION POR *MYCOPLASMA PNEUMONIAE*. A PROPOSITO DE UN CASO

RPD 61

VALERIO R.¹; BAYLE C.²; NIVELA V.³; DE BIASIO R.⁴; GONZALEZ C.⁵; ROSS R.⁶; RUDI L.⁷; CONVERTINI G.⁸
HOSPITAL POSADAS^{1 2 3 4 5 6 7 8}
<rominaavalerio@yahoo.com>

INTRODUCCION

El eritema nodoso es un síndrome caracterizado por la presencia de nódulos cutáneos y subcutáneos localizados preferentemente en miembros inferiores, y con menos frecuencia en brazos y otras zonas de la piel. Se considera producto de una respuesta inmunológica inespecífica determinada por múltiples agentes causales como: agentes infecciosos, tóxicos o patologías autoinmunes, entre otros. Establecer el diagnóstico etiológico no siempre es fácil, y obliga al pediatra a descartar enfermedades asociadas con el fin de establecer un tratamiento adecuado.

OBJETIVO

Presentar un caso clínico de Eritema Nodoso por *Mycoplasma Pneumoniae*.

CASO CLINICO

Paciente de sexo femenino, de 12 años de edad, con antecedentes de asma controlada. Consulta por presentar lesiones induradas, eritematosas y dolorosas en cara anterior de ambas piernas de 48 hs de evolución, que luego progresan hacia muslos y caderas. Se realiza laboratorio completo, cuyos resultados iniciales muestran

ligera leucocitosis con desviación a la izquierda, serie roja y plaquetas normales, eritrosedimentación acelerada (76mm/1er min), función renal y hepatograma normales. Proteinograma y albumina normales. Orina completa: normal. Rctx: infiltrado intersticial bilateral. Se toma muestra para serologías, y se realiza PPD e hisopado de fauces. Se inicia tratamiento empírico con Claritromicina 15 mg/kg/día v.o. Evoluciona favorablemente, con disminución del dolor y los signos de flogosis luego de 48 hs del tratamiento. Se reciben resultados de serologías: HIV, VDRL, Clamidia Psittacii y Pneumoniae, negativas. IgM anti-Mycolpasma Pneumoniae POSITIVA, IgG: 1/64. Monotest Negativo. C3 y C4 normales. PPD negativa. ASTO <200. Ac Anti-DNA neg. Cultivo de fauces negativo. Continúa tratamiento por 10 días, con desaparición casi completa de los nódulos.

CONCLUSION

El eritema Nodoso es una patología de diagnóstico clínico, cuya etiología es muy variada. Tener en cuenta esta amplia variedad implica realizar estudios complementarios con el fin de descartar enfermedades asociadas y realizar un tratamiento adecuado específico.

HABITOS DE SUEÑO Y CALIDAD DE VIDA

VALERIO R.¹; CONVERTINI G.²
HOSPITAL POSADAS^{1,2}

<rominaavalerio@yahoo.com>

INTRODUCCIÓN

El sueño es uno de los procesos fisiológicos más importantes para el niño. Detectar hábitos del sueño poco saludables es necesario para intervenir oportunamente y evitar consecuencias negativas para el niño y su familia.

OBJETIVOS

Observar hábitos de sueño en niños sanos de 2 meses a 6 años. Detectar malos hábitos de sueño y la influencia de los mismos en la calidad de vida del niño y su familia. Implementar medidas para lograr un sueño saludable.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño Observacional, descriptivo, transversal (longitudinal en segunda etapa o seguimiento).

Población: Se investigaron hábitos de sueño de 174 niños sanos de 2 meses a 6 años, divididos en 5 grupos por semestres de edad (G1, G2, G3, G4 y G5).

METODOLOGÍA

Se realizó una encuesta al adulto acompañante. Se recabaron datos sobre hábitos de sueño y factores socio-ambientales. Al detectarse hábitos poco saludables se realizó intervención. Los datos fueron analizados con el programa Epi Info 3.4.3. Los niños menores de 2 años con hábitos de sueño poco saludables fueron re-encuestados para realizar un seguimiento.

PO 62

RESULTADOS

De un total de 174 niños el 51,7% eran mujeres. Según la edad, la distribución para cada grupo fue: G1: 35,6%; G2: 18,4%; G3: 20,1%; G4: 14,9%; G5: 10,9%. Tardan en dormirse > 30 min: 22,4%. Duerme toda la noche el 42%: 21% (G1); 18,8% (G2); 51,4% (G3), 69,2% (G4) y 94,7% (G5). Prevalencia de colecho: 43,9%. Éste se relacionó de manera significativa con el amamantamiento nocturno y el hacinamiento. El grupo G1 tuvo mayor prevalencia de alimentación nocturna (75,8%), y junto con el G2, de colecho. El discomfort de los padres se relacionó significativamente con el colecho, la alimentación nocturna, tiempo que tardan en dormirse y con despertares nocturnos. Se re-encuestaron 88 niños menores de 2 años con hábitos de sueño poco saludables. Los hábitos más modificados fueron el colecho, tiempo para conciliar el sueño, presencia de una rutina y de despertares nocturnos. Los hábitos que menos fueron revertidos fueron la cohabitación, el amamantamiento nocturno y la capacidad de conciliar el sueño solos.

CONCLUSIÓN

Lograr un sueño saludable es un hábito que se adquiere, se aprende... Es importante profundizar este tema en cada control de salud, implementar estrategias preventivas y detectar malos hábitos para intervenir oportunamente con el fin de mejorar la calidad de vida del niño y su familia.

ENFERMEDAD DE KAWASAKI ATÍPICO E INCOMPLETO. UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO. A PROPOSITO DE UN CASO

VALERIO R.¹; MARTINEZ M.²
HOSPITAL POSADAS^{1,2}

<rominaavalerio@yahoo.com>

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad de Kawasaki es una vasculitis aguda, sistémica y de etiología desconocida. El diagnóstico se basa en criterios clínicos, entre ellos la fiebre persistente. Se han identificado casos atípicos o incompletos. Alrededor de un 20% de los niños que no reciben tratamiento oportuno desarrollan aneurismas de arterias coronarias. Es un gran desafío para el pediatra realizar el diagnóstico precoz con el fin de realizar el tratamiento oportuno y evitar complicaciones.

OBJETIVOS

Presentar un caso clínico de una enfermedad poco frecuente y de difícil diagnóstico, considerando variantes atípicas e incompletas.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino, de 14 años, con antecedentes de broncoespasmos en la niñez. Vacunas completas. Acude por presentar exantema en miembros superiores, fiebre y odinofagia de 4 días de evolución. Fue medicado 72 hs previas a la consulta, en otro Centro, con Amoxicilina/Ac. Clavulánico, sin mejoría. A su ingreso: exantema polimorfo generalizado y confluyente, no pruriginoso, petequial. Aumento del eritema peri-cicatriz de BCG. Inyección conjuntival bilateral, sin secreción. Fauces eritematosas, lengua aframbuesada

RPD 63

saburral, labios fisurados. Adenopatías cervicales derechas <2 cm. Mialgias. Edema indurado y eritema de palmas y plantas. Subfebril. Hemodinamicamente compensado. Se realiza laboratorio: Hemograma normal, Rto. Plaquetas 112.000, PCR elevada, medio interno, hepatograma, coagulograma, PT y albumina: normales. Evaluación cardiológica: normal. Rx tx: normal. Dx presuntivo: Enfermedad de Kawasaki incompleto y atípico. Se decide administrar gammaglobulina ev y AAS 80-100 mg/kg/día vo. Se reciben resultados de serologías: CMV, Toxoplasmosis, EBV, Parvovirus B19, VIH, Chagas, Sífilis negativas. Mycoplasma Pneumoniae: IgG 1/1024, IgM negativa. ASTO <200. Evolucionación favorablemente. Egres a 5to día de internación. Continúa seguimiento por CAI, presentando al 15º día, descamación de palmas. Ecocardiograma de control sin patología.

CONCLUSIÓN

La Enfermedad de Kawasaki debe considerarse como diagnóstico diferencial en cualquier niño con fiebre persistente (aun menor a 5 días) y signos de inflamación mucocutánea, independientemente de su edad. El diagnóstico es clínico y debe ser precoz con el objetivo de instaurar el tratamiento oportuno y prevenir el compromiso coronario.

EL TALLER DE JUEGO INFANTIL COMO ESTRATEGIA DOCENTE

RPD 64

VALERIO R.¹; HIGA M.²; CONVERTINI G.³
HOSPITAL POSADAS^{1,2,3}
<rominaavalerio@yahoo.com>

INTRODUCCIÓN

El aula-taller propone un cambio en la dinámica del proceso educativo donde el alumno se transforma en un sujeto activo de su propio aprendizaje. Es función del docente acompañar, coordinar y desencadenar procesos cognitivos, favoreciendo el aprendizaje significativo. En este contexto se realiza el taller sobre "EL JUEGO INFANTIL", en el cual participan docentes, psicólogas y alumnos de grado (UDH- U.B.A.)

OBJETIVOS

Docente: Capacitación en prácticas de terreno; adquisición de destrezas y habilidades para organizar, coordinar y evaluar un taller. Incorporar otras técnicas de integración de conocimientos (trabajo en grupos, debates orales). Alumno: Observar el juego infantil a diferentes edades, analizando su evolución en el desarrollo infantil. Centrar la atención y el interés en el tema. Utilizar habilidades para construir el marco teórico. Lograr una síntesis informativa para elaborar conceptos. Intercambiar opiniones y conocimientos entre pares. Desarrollar la creatividad, inteligencia y capacidad de investigación. Materiales y métodos: Actividades pre-taller: notificación a docentes y alumnos (lugar, día, horario, bibliografía). El mismo se realiza en la guardería del Hospital. Actividad Inicial: Los alumnos son divididos en grupos, y se les asigna un grupo de niños según edades (Salitas).

DESARROLLO

El docente entrega a cada grupo una consigna: observar las características del Juego de los niños por edades. Integración y cierre: Cada grupo expone oralmente lo observado, analizando las características del juego infantil, integrándolo con contenidos teóricos. Hay intercambio de opiniones que enriquecen el proceso de enseñanza- aprendizaje.

RESULTADOS DE EVALUACIÓN DEL TALLER

Mediante una encuesta no validada, los alumnos reflexionaron acerca del impacto de esta experiencia. Para el 66%: fijaron conceptos, brindó conocimientos nuevos, permitió inferir lo normal de lo patológico. Se valoró la capacitación del equipo docente.

CONCLUSIÓN

Incorporar el "aula-taller" como estrategia pedagógica propone un cambio de paradigma de la enseñanza tradicional, donde ambos actores de este proceso de enseñanza-aprendizaje son protagonistas. Este tipo de actividades conducen al alumno a una reestructuración del conocimiento, lo amplían, abren nuevos interrogantes. Así, el docente y el alumno se convierten en artesanos de sus conocimientos...

EFFECTOS DE LA HIPOXIA AMBIENTAL SOBRE EL METABOLISMO DEL HIERRO EN ESCOLARES RESIDENTES EN TIERRAS ALTAS (TA) ≥ 3000

PO 65

Buys M.¹
INSTITUTO DE BIOLOGÍA DE LA ALTURA (UNIVERSIDAD NACIONAL DE JUJUY)
<mc_buys@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La provincia de Jujuy con características geográficas y edafológicas particulares, genera en sus habitantes de TA, estrategias hematológicas como respuesta adaptativa a esta inclemencia ambiental, la hipoxia consecuencia de la disminución presión parcial de O₂.¹) Incremento de la eritropoyesis, por aumento en producción de Eritropoyetina. Avances de tecnología moleculares aportan mayores conocimiento de metabolismo del hierro en situación de hipoxia.¹) Regulación negativa de la síntesis de hepcidina, siendo la actividad eritropoyética, potente inhibidor de la síntesis de Hpcidina, sin embargo no es la Eritropoyetina la que ejerce directamente esa acción.²) HIF (Factor inducible por hipoxia) tiene un papel preponderante en la absorción intestinal del hierro. El objetivo, de este trabajo es conocer comportamiento de las reservas de Fe sus diferentes etapas, en escolares jujeños procedentes de Tierras Altas (TA), ≥ 3000 msnm.

MATERIAL Y MÉTODOS

La muestra estuvo constituida por 494 escolares en buenas condiciones de salud, concurrentes a instituciones públicas; 204 entre varones y mujeres <12años, y > de 12 años, 194 mujeres y 95 varones. Para su

análisis se agruparon por edad: en < y > de 12 años y por sexo solo en este último grupo etareo. Valores medios de hemoglobina (Hgb), se ajustan a su variación en altura, para definir Anemia ferropénica. Se clasifica la deficiencia de Fe en :Etapas 1:depleción de los depósitos de hierro o ferropenia latente=Ferritina <15ug/dl ;Etapas 2 depleción de Fe circulante o ferropenia manifiesta, = Saturación de Transferrina <15% y Etapa 3,depleción Fe eritrocitaria o Anemia ferropénica. Resultados .Escolares < de 12 años no tienen deficiencia en ninguna de las etapas.Escolares > de 12 años mujeres, presentan deficiencia de 24%,8,21% y 1% en Etapas 1,2 y 3 respectivamente.En varones,la deficiencia es de, 2,10%,4,2% y 7,36% en Etapas 1,2 y3.

CONCLUSIÓN

Con los resultados encontrados solo las niñas > de 12 años tienen deficiencia latente de hierro(24%)Al resto de los escolares se puede calificar como población sin riesgo de deficiencia de hierro. Nuevos conocimientos sobre comportamiento del metabolismo hierro en hipoxia y/o factores externos podrían estar favoreciendo esta situación, entre ellos el enriquecimiento de los alimentos con minerales.

LESIONES PURPÚRICAS EN UN LACTANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD 68

STIER V.¹; BRIJA J.²; GIUFFRÉ A.³
HGAT CABA^{1,2,3}
<vaninass@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN

La presencia de lesiones purpúricas, en especial cuanto más pequeño el niño, requiere diagnóstico urgente. Pueden corresponder a cuadros que comprometan la vida del paciente con alta morbimortalidad o en otras ocasiones, autolimitados y de curso benigno. Presentamos un caso con este último tipo de lesiones.

CASO CLÍNICO

Lactante de 18 meses, sexo femenino, cuyo motivo de consulta es la aparición súbita de lesiones eritemato purpúricas redondeadas en miembros inferiores. Curso CVAS previamente. No refiere antecedentes de traumatismo, ni ingesta de medicamentos. Paciente sano, sin antecedentes patológicos.

Examen físico: BEG, afebril. Peso: 10,880 (pc 25-50) Talla: 79 (pc 25) TA: 80/50. Hemodinámicamente compensada, en suficiencia cardiorrespiratoria. Lesiones eritemato purpúricas redondeadas anulares, alguna tipo escarapela, en ambos miembros inferiores. No pruriginosas. Edema en ambos tobillos. Impotencia funcional al momento de la consulta. Hematomas en ambas plantas de pies. Sin afectación oral, ni conjuntival.

Diagnósticos diferenciales: Eritema multiforme, maltrato infantil, Enfermedad de Kawasaki, Purpura de Schönlein Henoch, urticaria, edema agudo hemorrágico del lactante.

Exámenes complementarios: Hto: 37 %, GB: 10.200/mm³, Plaquetas: 624.000/mm³, ERS: 23, TGO: 37, TGP: 16. Quick: 108 %, KPTT 37". Orina completa: s/p. Radiografía de miembros inferiores: s/p
Evolución: A las 24 hs: estable, sin nuevas lesiones. Disminución del edema en tobillos. Comenzó a deambular. 4° día: aclaramiento de lesiones. Camina sin dificultad. 9° día: desaparición completa de lesiones. Permaneció en buen estado general en toda su evolución. Diagnóstico: Edema Agudo Hemorrágico del Lactante (EAHL)

CONCLUSIONES

El EAHL es una vasculitis leucocitoclástica, de etiología desconocida, afecta a pequeños vasos, en menores de 2 años de edad y de presentación infrecuente. Aparecen súbitamente pápulas y placas purpúricas edematosas de aspecto equimótico y tienden a formar lesiones en escarapela o diana. Se distribuyen en extremidades y cara, sin afectar otros órganos, en paciente con buen estado general.

La evolución es benigna. Resolución espontánea en una a tres semanas.

Creemos fundamental poder diferenciar la etiología de los síndromes purpúrico, teniendo en cuenta el modo de presentación y el estado general del paciente.

APLICACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD: VERSIÓN PARA LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA (CIF-IA) EN LA POBLACIÓN DE UN CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO

PO 69

BENITEZ CAAMAÑO M.¹; SHALOM C.²; SPENGLER J.³; MOYANO CATURELLI S.⁴; PEREZ J.⁵; MAGI N.⁶; MOUCE N.⁷; IMPINI S.⁸; FUCKS S.⁹; ALONSO S.¹⁰; TOME M.¹¹
SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACIÓN^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11}
<benitez.mg@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, Versión para la Infancia y Adolescencia (CIF-IA), basada en el marco conceptual de la CIF (OMS, 2001), incorpora más de 200 categorías y permite identificar de forma sensible cambios en las etapas del desarrollo infantil e influencias del entorno. El Centro Educativo Terapéutico (CET) está dirigido a personas con discapacidad con restricciones en autovalimiento, relación interpersonal, cognición y aprendizaje.

OBJETIVOS

Conocer las categorías relevantes de la CIF-IA que describan el perfil de funcionamiento de niños y adolescentes con discapacidad que concurren al CET "Alter". Describir características socio-económicas y demográficas de la muestra.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio cuantitativo descriptivo y de corte transversal. Muestra de 46 niños y adolescentes, rango etario entre 4 y 18 años. Se evaluaron interdisciplinariamente por profesionales del Servicio Nacional de Rehabilitación, relevándose datos de historias clínicas y profesionales tratantes. Se diseñó una planilla para la recolección de datos.

RESULTADOS

Masculino 74% - Femenino 26%. Edad: < 6 años 4%, entre 6 a 12 años

48%, >12 y <18 años 48%. Alfabetización: 33% no aplicable (< 10 años y en proceso de aprendizaje), del 67% restante que corresponde a > 10 años, se obtiene que 77% es analfabeto y 23% es analfabeto instrumental. Cobertura Salud: 100% con obra social o prepaga. Tipo de familia: Nuclear 78%, Monoparental 11%, Ensamblada 7%, Extensa 4%. Medicación: Sí 57%, No 43%. Condiciones de salud: predominan Retrasos Mentales y Trastornos Generalizados del Desarrollo. CIF-IA: Se utilizaron categorías nuevas en toda la muestra. Funciones corporales: promedio de 2 categorías nuevas, las más utilizadas: funciones cognitivas básicas; funciones relacionadas con la predisposición y el funcionamiento intrapersonal y funciones relacionadas con la adaptabilidad. Actividad y participación: promedio de 9 categorías nuevas en los capítulos: Aprendizaje y aplicación del conocimiento, Tareas y demandas generales, Autocuidado, Interacciones y relaciones interpersonales, Áreas principales de la vida. Factores Ambientales: 100% de los casos se utilizó una nueva categoría: servicio de educación y formación especial.

CONCLUSIONES

La CIF-IA es una clasificación sensible que aporta categorías específicas que permiten describir el funcionamiento en las diferentes etapas evolutivas de niños y adolescentes concurrentes al CET Alter. En la muestra, el mayor aporte de nuevas categorías se encontró en el componente de Actividad y Participación.

ENFERMEDAD POCO FRECUENTE TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO EN PEDIATRÍA

RPD 70

GUTIERREZ D.¹; FERNÁNDEZ V.²
SANATORIO ITOIZ^{1,2}
<dora_sg@hotmail.com.ar>

INTRODUCCIÓN

El tumor miofibroblástico Inflamatorio es una neoplasia poco frecuente, en general benigna aunque con posible evolución hacia la malignización. Esta patología afecta comúnmente al pulmón, aunque se ha reportado en otras las partes del cuerpo, ocupando el abdomen el segundo lugar. Las características clínicas dependen de la región en la que esté ubicado siendo la cirugía curativa, siempre y cuando la resección sea total, aunque no se excluye la posibilidad de recidivas.

OBJETIVO

El interés por publicar este caso radica en que el tumor miofibroblástico es un tumor benigno poco frecuente de etiología desconocida y brindar información breve y precisa en relación al diagnóstico y tratamiento del tumor en la infancia

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 11 años de edad, sin antecedentes personales de importancia que ingresa con cuadro clínico de 24 hs de evolución de dolor abdominal localizado en Fosa Iliaca Derecha con náuseas, vómitos y fiebre. Con diagnóstico clínico presuntivo de apendicitis aguda se realiza laparotomía exploradora, hallándose una tumoración que compromete región ileocecal obligando a una resección que involucra una masa tumoral que se envía a anatomía patológica. Para descartar la asociación de este tipo de tumoración con enfer-

medades intestinales crónicas, se realiza interconsulta con Gastroenterología Infantil quién descarta Enfermedad Inflamatoria Intestinal mediante estudios endoscópicos e histopatológicos. El niño (al cuál se le realizó una hemicolectomía derecha con anastomosis termino terminal exitosa) presenta más de 10 meses con seguimiento libre de enfermedad.

DESCRIPCIÓN ANATOMO PATOLÓGICA DE LA PIEZA

Macroscopía: Resección segmentaria de colon derecho que mide 14 x 4 cm e incluye 8 cm de intestino delgado y apéndice cecal de 3 x 0.8 cm.

Microscopía: Pared intestinal de tipo ileal con áreas de erosión, intenso infiltrado mixto en lámina propia, con edema y congestión vascular. Se destaca fibrosis activa que se extiende al peritoneo y grasa pericolónica en la que se encuentra infiltrado linfoplasmocitario

CONCLUSIÓN

Este tipo de neoplasia se presenta con un cuadro clínico muy variable, siendo los estudios complementarios inespecíficos. Según la literatura revisada nunca pensamos en esta entidad antes ni durante la cirugía. Generalmente tiene un curso benigno siendo la cirugía curativa. Esta neoplasia aún continua en estudio ya que se desconoce su etiología.

Servicio de Pediatría del Sanatorio Itoiz, Avellaneda, Bs. As

REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS DE USO FRECUENTE EN PEDIATRÍA AMBULATORIA

PO 71

MARTÍN M.¹; NEIRA M.²; GIL AGUER M.³; PROKOPEZ C.⁴; BALDA M.⁵; PAPAPE R.⁶
DEPARTAMENTO DE FARMACOVIGILANCIA, ANMAT, MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN.^{1,2,3,4,5,6}
<maria_cecilia_martin@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN

Las reacciones adversas a medicamentos (RAM) son efectos indeseados por la administración de un fármaco. Los niños son un grupo de riesgo, debido a diferencias con los adultos y la falta de estudios de farmacología pediátrica. En la bibliografía, la incidencia de RAM en pediatría ambulatoria es 1,5%, las RAM contribuyen al 2% de las hospitalizaciones pediátricas, el 12% de las RAM en niños son serias, y afectan más a menores de 5 años. El Sistema Nacional de Farmacovigilancia (SNFVG) es una herramienta oficial, basada en la notificación espontánea, voluntaria y confidencial de sospechas de RAM. El Departamento de FVG (DFVG) de ANMAT funciona como Efector Central. Su objetivo es la detección, evaluación, comprensión y prevención de efectos adversos y otros problemas relacionados con los medicamentos.

OBJETIVO

Caracterizar las notificaciones pediátricas de RAM al DFVG de ANMAT de los últimos 5 años. Analizar por ingredientes farmacéuticos activos (IFAs) seleccionados. Resaltar la importancia de la FVG.

Material y método: Estudio epidemiológico descriptivo. Se analizaron las notificaciones de RAM al DFVG de ANMAT, entre 2009 y 2013, de pacientes entre 0 y 18 años. Se caracterizaron por IFAs de uso

frecuente en este grupo etario: AINEs, antibióticos, agonistas β_2 , glucocorticoides, antihistamínicos y anticonvulsivantes. Los IFAs en un mismo reporte se consideraron en todos los grupos farmacológicos. Se analizó por edad, se clasificó por Clase-Sistema-Órgano (SOC), severidad e imputabilidad. De todas las RAM en un mismo reporte, se consideró la principal para su evaluación.

Resultado: En esta serie, entre 2009 y 2013 hubo 32720 notificaciones de RAM, 1788 (5%) fueron pediátricas y 629 (2%) por los IFAs seleccionados. La mayoría fueron entre 7 y 12 años (30%). Las RAM principales fueron especialmente dermatológicas (35%), gastrointestinales (12%), sistémicas (11%), del sistema nervioso (7%) y respiratorias (6%). Los grupos terapéuticos implicados fueron especialmente antibióticos (49%), anticonvulsivantes (26%) y AINEs (10%). El 31% de las RAM fueron serias. Las RAM posibles (41%) y probables (36%) fueron las más frecuentes.

CONCLUSIÓN

Las RAM son una importante causa de morbimortalidad y los niños son un grupo de alto riesgo. El porcentaje de notificaciones pediátricas serias fue mayor al esperado por la literatura. Esto podría deberse a múltiples factores. La FVG es una importante herramienta para la evaluación de la farmacoterapia en Pediatría.

INFECCION DE PIEL Y PARTES BLANDAS: ¿SIGUE SIENDO LA CEFALEXINA LA PRIMERA OPCION?

PO 72

MORETE M.¹; CARRIQUIBORDE S.²; OLIVERO V.³; ARRUA M.⁴; BRUNO R.⁵; CUELLO O.⁶; JULIANI D.⁷; LAMENZA M.⁸; SZAMES C.⁹

HOSPITAL SUBZONAL ESPECIALIZADO ELINA DE LA SERNA DE MONTES DE OCA, LA PLATA¹²³⁴;
HOSPITAL JUAN E. DE LA FUENTE, GRAL BELGRANO⁶⁷⁸⁹

<moretemiriam@hotmail.com>

INTRODUCCION

Las infecciones de piel y partes blandas (IPPB) son una causa frecuente de consulta en los centros de atención ambulatoria (CEA). La descripción en la literatura del incremento de cepas resistentes de *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes* provenientes de la comunidad, en contraposición con la falta de disponibilidad de recursos para la toma de muestras para cultivo en los CEA, plantea una controversia para el pediatra al momento de elegir el tratamiento empírico inicial (conocimiento científico vs realidad de tratamiento).

OBJETIVOS

Conocer las características de la población atendida por IPPB en dos centros de salud (CDS) de La plata (LP) y Gral.Belgrano (GB) Pcia de BA, en lo que refiere a: 1) Tipo de infección: superficial o profunda; 2) Presencia de fiebre o dolor; 3) Respuesta al tratamiento antibiótico (ATB) empírico a las 48-72 hs y 7-10 días; 4) Recurrencia de IPPB a los 3 meses; 5) Requerimiento de internación.

MATERIAL Y METODOS

Se incluyeron 164 pacientes de 0 -14 años que consultaron por IPPB en 2 CDS de diferentes ciudades (LP y GB) durante los meses de noviembre a marzo. Fueron tratados inicialmente según criterio clínico con diferentes ATB y seguidos en forma presencial o telefónica a las 48-72 hs, 7-10 días y 3 meses. Para la recolección de datos, se

confeccionó una planilla en programa excell con formación de una base donde se consignaron.

RESULTADOS

CENTRO DE SALUD CIUDAD DE LP: se incluyeron 94 consultas: 1) IPPB superficiales 93, profunda 1; 3) con Cefalexina presentaron buena evolución el 78,8% de los pacientes, mala 5,6%, se desconoce 15,6%. Con TMP/SMX, buena el 100%; 4) Presentaron recurrencia el 9,5%, se desconoce 19,1%; 5) No presentaron internaciones 84 pacientes, 10 se desconoce. HOSPITAL DE GB: se incluyeron 70 consultas: 1) IPPB superficiales 52, profundas 18; 3) Con Cefalexina presentaron buena evolución el 84,6% de los pacientes, mala 15,4%. Con TMP/SMX el 100% evolucionaron bien; 4) Presentaron recurrencia el 15,7%; 5) Fueron internados 4 pacientes.

CONCLUSIÓN

En nuestra experiencia clínica, la Cefalexina como tratamiento empírico inicial continúa siendo efectivo, con un estricto control clínico y procediendo al cambio de terapia antimicrobiana de no obtener una respuesta apropiada. TMP/SMX demuestra ser una buena opción ante el fallo inicial. Las mejoras de las condiciones medioambientales y de higiene son fundamentales para evitar la aparición y prevenir las recurrencias.

DISPLASIA ESQUELÉTICA: SÍNDROME DE JARCHO LEVIN. A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD 73

LOCANE F.¹; ILARDO M.²; GANDOLFI M.³; VEDIRE C.⁴; ROTHFELD S.⁵; GUERRINI M.⁶
HOSPITAL DE CLÍNICAS¹²³⁴⁵⁶

<fabrilocane88@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Jarcho Levin se define por una displasia esquelética que afecta a cuerpos vertebrales y costillas. Presenta un patrón de herencia autosómico recesivo, cariotipo normal que puede asociarse con malformaciones urogenitales y atresia anal.

Se produce por un déficit embriológico en la diferenciación de las somitas a esclerotomas y dermomiótomas que luego rodearan el tejido neural y la notocorda.

Presenta una incidencia de 0,2 por cada 100.000 nacidos vivos.

OBJETIVO

Descripción y actualización de Síndrome genético en paciente con Displasia esquelética como origen de escoliosis de tipo congénita.

CASO CLÍNICO

Paciente RNTPAEG en seguimiento por consultorio de Pediatría de Hospital de Clínicas desde los 11 días de vida con sospecha de Síndrome genético por presentar Hipertelorismo, occipucio prominente, torax corto y hemivértebras. Inicia seguimiento interdisciplinario por servicios de Neurología, Traumatología y Genética.

Presentó mal progreso pondoestatural. Se realizó cariotipo que fue normal (46XY). Presentó al año y tres meses de edad diagnóstico de ectacia pielocalicial discreta. En el aspecto quirúrgico se realizaron cirugías de corrección de hernia inguinal y criptorquidea derecha.

Se realizó TAC de columna al año y dos meses de vida que reveló malformaciones a nivel vertebral desde C1 a L4.

Se encuentra actualmente en seguimiento interdisciplinario a cargo de Hospital de Clínicas Jose de San Martín.

CONCLUSIÓN

El Síndrome de Jarcho Levin se caracteriza fenotípicamente por presentar torax corto, occipucio prominente, fascies característica, protuberancia abdominal e hipotonicidad. Presenta disminución de la caja torácica lo que produce una disminución a largo plazo de la compliance pulmonar, lo que puede llevar a insuficiencia respiratoria y muerte por hipoplasia pulmonar en casos mas graves.

El grado de supervivencia suele variar desde la displasias leves con un 100% a edad adulta, y de 50% en los casos de espondilitorácicas que producen síntomas respiratorios graves.

FIBROMA OSIFICANTE JUVENIL AGRESIVO

SANTINI C.¹; BANDE A.²; VERINI A.³; BORDA S.⁴; GUERRINI M.⁵; GANDOLFI M.⁶
HOSPITAL DE CLÍNICAS " JOSÉ DE SAN MARTÍN " ^{1,2,3,4,5,6}
<cesantini@gmail.com>

RPD 75

INTRODUCCIÓN

El fibroma osificante juvenil es una neoplasia ósea benigna característica del esqueleto cráneo-maxilo-facial constituida por tejido conectivo fibroso. Es poco frecuente, representando menos del 5% de las neoplasias óseas.

Generalmente de crecimiento lento, asintomático, no encapsulado, bien delimitado, de conducta agresiva y recidivante. Invade localmente y puede alcanzar gran tamaño. No tiene predilección por sexo, pero sí por edad, afectando a menores de 15 años (79%).

Se localiza con mayor frecuencia en el maxilar superior (90%), y puede abarcar senos paranasales y huesos orbitarios generando asimetría facial, exoftalmia y obstrucción nasal.

El diagnóstico se realiza a través de anatomía patológica siendo característica la presencia de un estroma de tejido conectivo fibroso denso con cantidades variables de hueso metaplásico y tejido mineralizado. No existen reportes sobre transformaciones malignas.

El tratamiento es quirúrgico y el pronóstico es incierto debido a la alta tasa de recidiva (25-58%).

OBJETIVO

Presentar un caso clínico de una entidad poco frecuente, aunque agresiva, con alta tasa de recidiva y gran morbilidad, cuya interven-

ción adecuada y precoz brinda un mejor pronóstico y calidad de vida al paciente.

REPORTE DE UN CASO.

Paciente de 13 años de edad, sexo masculino, sin antecedentes patológicos previos comenzó en agosto de 2012 con insuficiencia ventilatoria nasal progresiva asociado a estrabismo en ojo izquierdo. Se realizó TAC de macizo cráneo facial (MCF) que evidenció lesión expansiva que comprometía senos paranasales y órbita izquierda. Se confirmó diagnóstico con biopsia de la lesión que informó "fibroma osificante juvenil psamomatoso agresivo".

Se realizó la cirugía resectiva en marzo del 2013, presentando posteriormente su primera recidiva tumoral, por lo que se llevó a cabo una segunda intervención quirúrgica siete meses después. Al año de realizada la primera resección presentó una segunda recidiva por lo que en marzo de 2014 se realizó el tercer exéresis tumoral por los servicios de Neurocirugía y ORL infantil.

CONCLUSIÓN

El fibroma osificante es una neoplasia osteofibrosa benigna, poco frecuente, que se presenta predominantemente en la población infantil. No suele causar síntomas, es de crecimiento rápido, comportamiento agresivo y tiene gran tendencia a la recurrencia.

MOTIVO DE CONSULTA Y RELACION CON DIAGNOSTICO FINAL EN UNA CLINICA DE TRASTORNOS DE APRENDIZAJE Y DESARROLLO

GIANNOTTI A.¹; DRA. GRAÑANA N.²; DRA. RICHAUDEAU A.³; DRA. MAGGIO V.⁴; DR. BURGOS F.⁵; DR. ROCCA RIVAROLA M.⁶
HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL ^{1,2,3,4,5,6}
<agiannott@cas.austral.edu.ar>

RPD 76

INTRODUCCIÓN

Los niños con trastornos del desarrollo y del desempeño escolar, representan una proporción importante de la consulta pediátrica. Cuando se derivan a evaluación muchas veces el motivo de derivación no coincide con el diagnóstico final.

OBJETIVOS

Evaluar la relación entre el motivo de consulta y el diagnóstico final de los trastornos de aprendizaje y desarrollo en una población de niños y adolescentes derivados a evaluación en la Clínica CLASE.

POBLACIÓN

Se evaluaron 250 niños y adolescentes atendidos en una clínica pediátrica especializada en aprendizaje y trastornos del rendimiento escolar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo observacional de las historias clínicas de los últimos seis años, en un grupo de niños y adolescentes, cuyos padres consultaron por dificultades escolares, el motivo de consulta inicial, comparándolo con los diagnósticos de egreso finales de los pacientes. Se incluyeron niños de 2 a 16 años en escolaridad común; se excluyeron niños no escolarizados, en escolaridad especial. Se consideraron los motivos de consulta por problemas

de aprendizaje, problemas de atención, de retraso de lenguaje o de adquisición de pautas madurativas y problemas de conducta. Resultados Se encontró que de la población que completó la evaluación neuropsicológica, eran 185 varones y 65 mujeres, con una relación v/m 2.8, una edad promedio 7 años (rango 2 – 16 años). Los pacientes consultaron por: trastornos de aprendizaje en 95, sospecha de déficit de atención 64, trastornos de conducta 45, retraso en el lenguaje 31 y en el desarrollo 15 niños. Los diagnósticos a los que se arribó fue: trastornos en el rendimiento escolar con déficit de atención con o sin hiperactividad 90 pacientes, trastornos de aprendizaje en 35, trastornos del desarrollo del lenguaje 52 niños, otros trastornos de conducta 30, RM 10 resultados normales en 26 niños. Relacionados con la edad, fue más frecuente la consulta por dificultades en el aprendizaje y trastorno por déficit de atención en los más grandes (60%), mientras que T del lenguaje en los preescolares (50%). Se constató más de un diagnóstico en 105 casos.

CONCLUSIONES

Los motivos de consulta tuvieron una correlación adecuada con los diagnósticos en la mitad de los casos evaluados, especialmente en síntomas de déficit de atención, conducta y lenguaje. Dentro de los motivos de consulta, fueron más frecuentes las dificultades de aprendizaje y atención en los escolares y de lenguaje en los preescolares.

ENFERMEDAD DE CHARCOT-MARIE-TOOTH. A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD 79

VILLANUEVA N.¹; BALCAZAR V.²; CAROZZO C.³; GILARDENGI T.⁴; KOZICKI V.⁵; SETTEN C.⁶; ALBA G.⁷; BUSTAMANTE L.⁸; MULLER C.⁹; DE RISIO K.¹⁰; FLORES Y.¹¹
 HOSPITAL IIRIARTE¹²³⁴⁵⁶⁷⁸⁹¹⁰¹¹
 <naty_28villanueva@yahoo.com.ar>

INTRODUCCION

La enfermedad de Charcot-Marie-Tooth (CMT) es un trastorno neurológico hereditario, conocida como neuropatía hereditaria motora y sensitiva o atrofia muscular del peroneo, abarca un grupo de trastornos que afectan los nervios periféricos. Una característica típica incluye debilidad en los pies y de los músculos inferiores de la pierna, que pueden dar lugar a una deformación del pie y generar una marcha a pasos grandes que desencadena en tropiezos o caídas frecuentes. El inicio de los síntomas ocurre más a menudo en la adolescencia o al comienzo de la edad adulta.

OBJETIVO

Presentación de un caso clínico de una niña de 7 años de edad con diagnóstico de Charcot-Marie-Tooth.

CASO CLINICO

Niña de 7 años de edad que consulta por dificultad respiratoria de 12 hs de evolución. Al examen se constata dificultad respiratoria, tiraje generalizado e hipoxemia, destacándose alteración del estado

nutricional y neurológico: paciente distrofica (P/E - T/E- P/T por debajo de percentil 3), con atrofia muscular, hipotonía generalizada, imposibilidad a la bipedestación y a la marcha, no cumpliendo con pautas madurativas para la edad. Al interrogatorio se recaba el dato de comienzo de la dificultad en la deambulación y aprendizaje a partir de los 4 años de edad. Durante su internación resuelve cuadro respiratorio, persistiendo con clínica compatible con neuropatía. Se solicita perfil nutricional para descartar enfermedades asociadas, con resultados dentro de parámetros normales. Se realiza interconsulta con servicio de Neurología Infantil en centro de alta complejidad, donde se realiza estudio de neuroconducción de extremidades determinándose diagnóstico de polineuropatía periférica crónica de Charcot-Marie-Tooth (CMT).

CONCLUSION

presentar el caso de una niña de 7 años de edad, en la cual se arriba al diagnóstico de una enfermedad neurológica poco frecuente, solapada por retraso neuromadurativo, desnutrición crónica y cuadro respiratorio agudo.

TUBERCULOSIS GANGLIONAR PERIFERICA (TGP) EN NIÑOS

PO 80

SQUASSI I.¹; CERQUEIRO M.²; MARTINEZ BURKETT A.³; GAMARRA M.⁴; CARATOZZOLO A.⁵; DE MATTEO E.⁶; GENTILE L.⁷
 HOSPITAL DE NIÑOS R. GUTIERREZ¹²³⁴⁵⁶⁷
 <isquassi@yahoo.com.ar>

La TGP es una de las formas más frecuentes de presentación de la tuberculosis (TB) extrapulmonar (XP) corresponde al 5% de todas las formas de TB. En nuestro servicio corresponde al 28% de las formas XP, luego de las pleurales. El tratamiento (Tto) se demora por falta de sospecha clínica, descartándose antes otros diagnósticos diferenciales. En los inmunocomprometidos (VIH, linfomas) puede quedar enmascarada. La exéresis quirúrgica es controvertida.

OBJETIVO

Abordaje de los aspectos antes señalados desde una presentación de casos.

MATERIALES

Análisis retrospectivo de las historias clínicas de pacientes (Ptes) con TGP asistidos entre el 1/8/00 y el 4/12/13 en un centro pediátrico de 3º nivel.

RESULTADOS

Se reunieron 74 Ptes, 31 niños y 43 niñas, edad media 8,4 años, 86,5% eutróficos, 51,4% sin comorbilidades, 12 Ptes con infecciones asociadas, 10 antecedentes respiratorios, 3 con cáncer y 2 reumatológicos. El 55% procedía de Conurbano. El foco se confirmó en 34 Ptes y se sospechó 18. Todos tenían vacunación BCG y PPD reactiva inicial el 62,3%. El tiempo de evolución promedio fue 80 días. El 86% había

recibido antibióticos previos. En la mitad de los casos la localización fue única (cervical, axilar o inguinal), múltiple periférica en 30% y además profunda 20%. La Rx de tórax fue normal en el 47%, y con lesión pulmonar 21% (miliar y neumonía). 2/3 de los Ptes requirieron internación. La ecografía resultó de utilidad para determinar contenido líquido accesible y control de evolución. El diagnóstico se confirmó por biopsia con cultivo de M. tuberculosis sensible a drogas de 1º línea en 31 Ptes y de materiales respiratorios en 6; en otros 3 la PCR fue positiva, en 16 la anatomía patológica compatible y 13 casos respondieron al Tto empírico. Todos los Ptes iniciaron Tto con 3 o 4 drogas, por sospecha clínica, exposición a foco y/o PPD positiva, antes de la confirmación bacteriológica. Efectos adversos se observaron en 12 Ptes. Un paciente falleció, se derivaron a completar tratamiento 5, abandonaron 6, curaron 62. Dos casos requirieron corticoides.

CONCLUSIONES

Siempre debe considerarse la TB en las adenomegalias de evolución subaguda y ante un procedimiento invasivo (PAF y/o biopsia) enviar material para cultivo de micobacterias. La exéresis quirúrgica no está indicada ya que con el Tto adecuado la evolución y cicatrización aunque lenta es lo habitual. La TGP es una enfermedad de buen pronóstico aún con un diagnóstico tardío.

PSEUDOTUMOR INFLAMATORIO DE ÓRBITA: A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD 81

SECRETO L.¹; ZAPATA R.²
CLINICA INDEPENDENCIA^{1,2}
<Lilianasecreto@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El Pseudotumor Inflamatorio de Orbita (PIO) es un proceso inflamatorio benigno no específico sin evidencia de enfermedad local o sistémica. Es un diagnóstico clínico de exclusión aplicado a la inflamación orbitaria.

OBJETIVO

Dar a conocer un cuadro infrecuente que puede dejar daños severos en la función visual. Descripción: Niña de 10 años que consulta por fiebre de 48 hs, y mal estado general, se interna como sepsis sin foco, se medica con ceftriaxona, se toman cultivos. A las 12 hs presenta edema bupalpebral izquierdo, con limitación a la apertura ocular e intenso dolor, se interpreta como celulitis periorbitaria. Laboratorio: GB 16800 (88%N) PCR 96 VSG 90. TAC de órbita y SPN: edema de partes blandas periorbitario izquierdo con rarefacción de la grasa del tejido celular subcutáneo asociado a exoftalmo, e imagen de densidad de partes blandas que ocupa el mismo seno frontal, las celdillas etmoidales y ambos senos maxilares con niveles hidroaéreos en su interior, se interpreta como celulitis periorbitaria secundaria a pansinusopatía. Aumenta el exoftalmo, se indica dexametasona con muy buena. Esta situación se repite a las 24 hs, por lo que se orienta el diagnóstico a

PIO comenzando terapia corticoidea a altas dosis, con muy buena evolución. Se realiza RNM con contraste donde se observa ocupación completa del seno frontal por un tejido hipointenso en T1 hiperintenso en T2 que realza de manera periférica y heterogénea con contraste. Hay inflamación en la grasa extraconal, exoftalmos homolateral, edema periorbitario y palpebral. Engrosamiento con realce periférico del músculo recto superior. La paciente evoluciona favorablemente lográndose la externación a los 21 días, con dosis mínimas y en descenso, y disminución de VSG y PCR. La paciente recae sin medicación, respondiendo rápidamente a la administración de Corticoides. perfil tiroideo, Hemocultivos y perfil reumatológico normales.

CONCLUSIÓN

El punto eje para sospechar PIO es la inflamación como hallazgo clínico, aguda o subaguda; la excelente respuesta a los corticoides, y la radiología, donde la lesión principal es la inflamación local que refuerza con contraste. Los principales diagnósticos diferenciales son la celulitis orbitaria y la oftalmopatía tiroidea, pero el tumor linfoide, linfangioma, sarcoidosis, carcinoma metastásico y enfermedades reumatológicas deben sospecharse.

LINFADENITIS BCG

RPD 82

ARTACHO P.¹; MONACHESI L.²; POMERANTZ B.³; GADDA N.⁴; BERTOLINI M.⁵; GOMEZ S.⁶; GAY D.⁷
HOSPITAL POSADAS^{1,2,3,4,5,6,7}
<cartacho@intramed.net>

INTRODUCCION

La linfadenitis BCG es la complicación más común de la vacunación por BCG

OBJETIVOS

Descripción de tres formas de presentación de linfadenitis BCG.

DESCRIPCION

Caso 1: Paciente de 7 meses, sexo masculino, derivado de hematología, por presentar adenopatías axilares derechas de dos días de evolución, con ecografía en la que se observa imágenes hipoecóicas de 2,5x2,4 cm y 1,3x1,6cm, Rx Tórax: con ensanchamiento del mediastino y anemia. Por lo cual es derivado a nuestro consultorio de moderado riesgo para estudio donde se realiza nueva Rx Torax normal, se indica hierro y se mantiene conducta expectante. A los 15 días la adenopatía se encuentra de menor tamaño pero fluctuante y eritematosa por lo que se consulta a Neumonología quienes consideran que se encontraba sobreinfectada y se indica medicar con cefalexina posterior al drenaje y cultivo de la lesión. El paciente no regresa a la consulta con cirugía y a los 6 días drena espontáneamente recibiendo 10 días de cefalexina a 100/mg/día. Al mes resuelve el cuadro.

Caso 2: Paciente de 2 años, sexo masculino, que presenta tumoración axilar derecha móvil e indolora desde los 3 meses de vida con aumen-

to de tamaño desde los 2 meses previos a nuestra consulta. Ecografía axilar con formación ecogénica no vascularizada de 2,7x1,3cm con múltiples calcificaciones. Se realiza laboratorio y Rx de tórax normal. PPD 2UT negativa. Se toma conducta expectante. Se cita en 15 días, donde se presentaba con iguales características y al mes se encontraba regresión total del cuadro.

Caso 3: Paciente de 9 meses, sexo masculino, consulta por presentar tumoración en región axilar derecha de 3x2cm, móvil e indolora de tres meses de evolución. Recibió cefalexina a 100 mg /kg/día 7 días y luego TMS a 10 mg /kg/día 10 días en forma consecutiva que fue indicado en diferentes hospitales en el último mes. Presentó laboratorio con leucocitosis y anemia. En la primera consulta se toma conducta expectante y se indica hierro. A los 15 días presenta adenopatía en resolución de 1x1cm móvil e indoloro.

En todos los casos se constató BCG con cicatriz.

CONCLUSIÓN

La linfadenitis por BCG es de resolución espontánea. El manejo de la patología debe ser conservador. El tratamiento anti-biótico sólo se utilizará en los casos en que se sospeche sobreinfección. Las formas supurativas pueden requerir punción aspiración.

SECUNDARISMO SIFILÍTICO ADQUIRIDO POR CONTACTO. UNA SITUACIÓN DIFÍCIL, QUE DEBE ENFRENTAR EL EQUIPO MÉDICO PARA DESCARTAR ABUSO SEXUAL. A PROPÓSITO DE TRES CASOS

PO 83

GOLDBERG C.¹; MUÑECAS M.²; BAIL N.³; AUSILIO G.⁴; FORMAN P.⁵; FREIRE N.⁶; DE SOUSA SERRO R.⁷

HTAL ARGERICH^{1,2,3,4,5,6,7}

<carolinagoldberg@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La sífilis es una enfermedad infecciosa causada por el *Treponema pallidum*. La enfermedad se transmite por contacto directo a través de lesiones durante el estadio primario y secundario. Presentamos 3 casos con diagnóstico de sífilis adquirida, en periodo secundario, los cuales fueron sospechadas de abuso sexual, debiendo intervenir el equipo de salud y realizar intervención judicial. Caso 1: Paciente de 1 año y 11 meses de edad que se interna con VDRL+. El padastro tenía VDRL positiva 1 mes previo. Mamá VDRL +, habría presentado adenomegalias y rash micropapular, y úlceras en boca. Examen físico: Exantema micropapular no pruriginoso en tronco, brazos, piernas, palmas de las manos y plantas de los pies. Adenomegalias diseminadas, submaxilares, inguinales. Lesión en mucosa oral tipo ulcerosa. Ex. Complementarios: VDRL en LCR -. Eco abdominal con hepatomegalia y esplenomegalia. FO: normal. Serologías HVB, HIV, TOXO, CMV, EPB: negativas. Rx huesos largos sp. Intervienen servicio social, CNNA, salud mental, Equipo de violencia familiar, y se descarta abuso sexual. Diagnóstico: secundarismo sifilítico en paciente con sífilis adquirida, por contacto familiar, con saliva, lesión ulcerosa en labio y lesiones en piel.

Caso 2: paciente de 18 meses que se interna por presentar una lesión perianal de un mes de evolución. Examen físico: lesiones eritematosas en puntillado en zona del pañal compatible con dermatitis del pañal micótica. Condilomas planos en región perianal. Laboratorios: De la mama VDRL +/- Del Padre biológico VDRL- /De la bebe VDRL+, HVB-HVC-, Cultivos: flujo vaginal de la bebe con FH, Mycoplasma-, Ureaplasma-, Gonococo-, Hisopado Anal-, hisopado de

fauces-, PCR C. Trachomatis-/HIV-/Rx huesos largos sp, Fo normal. Intervención de servicio social, Violencia familiar, Salud mental, CNNA, Ginecología, Infectología; se asume, juez mediante y luego de citación a todos los profesionales intervinientes como Secundarismo sifilítico adquirido por contacto, se descarta abuso sexual.

Caso 3: Paciente de 4 años, con lesiones maculopápulas rosadas, que comenzaron en abdomen, ampollas en palmas de manos y plantas de pies, adenopatías cervicales bilaterales no dolorosas, móviles y adenopatías inguinales. Se recibe VDRL+, HVB-, HVC-, CHAGAS-, TOXO-, HIV-.TPHA: REACTIVA. PL-. Se da intervención a servicio social, CNNA, salud mental y violencia familiar. Se interroga a la familia y contactos posibles. Se realiza VDRL a todos los contactos y a las parejas de los padres que estaban separados. Se encuentra VDRL+ en la madre.

CONCLUSIÓN

La sífilis puede ser adquirida por contacto sexual, por un beso, por contacto íntimo con lesión activa, por inoculación accidental bien por pinchazo o manipulación de material clínico infectado. La mayoría de casos se da entre adolescentes y adultos jóvenes. Hay pocos casos descritos en niños. Debemos remarcar la intervención de un equipo multidisciplinario y la denuncia precoz al CNNA, para poder descartar una situación de abuso sexual. Llegar a la conclusión de un diagnóstico de secundarismo sifilítico por contacto sin abuso, es difícil. No en todos los casos los organismos que intervienen pueden estar de acuerdo, y el juez, con todas las pruebas determinará de qué se trata.

OPORTUNIDADES PERDIDAS EN ABUSO SEXUAL INFANTIL

RPD 84

FANTIN S.¹; FRAGA J.²; SELANDARI J.³; SLAVSKY A.⁴

SANATORIO GÜEMES^{1,2,3,4}

<smfantin@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La situación de abuso sexual infantil (ASI) representa para los niños y sus familias una experiencia traumática. La consulta puede ser originada tanto por el relato del niño o de los familiares o sospecharla el pediatra por signos indirectos. En la primera visita, además de evaluar la necesidad de internación, cultivos, serologías, es de relevancia la premura en la consulta para decidir la quimioprofilaxis. Posteriormente, el seguimiento requiere de múltiples consultas y análisis de laboratorio.

OBJETIVO

- Determinar proporción de los niños con indicación de quimioprofilaxis de urgencia que consultaron en tiempo adecuado.
- Precisar cuántos pacientes cumplieron con la quimioprofilaxis indicada.
- Establecer qué proporción de pacientes realizaron el seguimiento clínico y serológico completo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Los datos se extrajeron de la base de datos clínico-administrativa de la institución durante el periodo comprendido entre 01/01/2010 al 30/06/2014.

Los diagnósticos son registrados por los pediatras según la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 9. Se revisaron todas las consultas realizadas en consultorios externos y en guardia

pediátrica con el diagnóstico de "Problemas derivados de la violencia/agresiones", código Z25 y se analizaron aquellas consultas por abuso sexual infantil.

RESULTADOS

Se hallaron 20 pacientes, entre 2,7 y 14,11 años de edad, 7 (35%) varones y 13 (65%) niñas. Cumplían criterios para recibir quimioprofilaxis 14 (70%) pero sólo 5 (35%) fueron tratados, dado que 9 (65%) consultaron tardíamente (>72hs). De los 5 pacientes que consultaron oportunamente y se les indicó quimioprofilaxis, sólo 1 (20%) cumplió adecuadamente con el seguimiento y tratamiento.

En el seguimiento, 7 (35%) pacientes sólo realizaron la consulta inicial, 6 (30%) se controlaron durante un mes, 3 (5%) hasta los seis meses siguientes, y 4 (20%) más allá de los seis meses. Sólo 2 (10%) repitieron el análisis de laboratorio luego de las serologías iniciales.

CONCLUSIÓN

La consulta inicial es tardía para quimioprofilaxis efectiva en más de la mitad de los pacientes. Luego de la consulta inicial solo una minoría de pacientes recibe un tratamiento y seguimiento satisfactorio. El pediatra con un equipo multidisciplinario debe lograr un seguimiento que evite que el niño persista en situación de desprotección más allá de que no se sostenga la situación de abuso. Es prioritario contar con un servicio social para el seguimiento longitudinal.

CUANDO LA EXPECTATIVA DE VIDA ES REDUCIDA, LA MUERTE ES EL PRÓXIMO PASO. A PROPÓSITO DE 3 CASOS QUE LLEVAN AL EQUIPO DE SALUD A RECURRIR A LOS MÁS PROFUNDOS DONES HUMANOS

RPD 85

GOLDBERG C.¹; IRALUR S.²; STITZMAN J.³; ALONSO J.⁴; ARTEAGA MOLINA M.⁵; SOLER S.⁶; MIRANDA M.⁷; DE SOUSA SERRO R.⁸
HTAL ARGERICH^{2,3,4,5,6,7,8}

<carolinagoldberg@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Según la OMS, los cuidados paliativos para los niños consisten en el cuidado activo del cuerpo, la mente y el espíritu del niño con enfermedad que amenaza y/o limita su vida. El alivio de síntomas, el apoyo psicosocial y espiritual, el trabajo en equipo y la buena comunicación; valorar en cada decisión clínica el para qué, cuánto beneficio y cuánto perjuicio se obtendrá con cada conducta para la mejor calidad de vida del niño, desde la perspectiva del niño y la familia. La afectación neurológica severa plantean la necesidad de familiarizar al pediatra, no solo con el seguimiento de estos niños sino con la de su familia, su contención y la decisión de hasta cuándo seguir con tratamientos innecesarios que quizás producen dolor. Presentamos 3 casos clínicos, cuya atención fue destinada a dar confort a los pacientes y contención a la familia, debiendo el equipo de salud llegar a un acuerdo para lograrlo.

Caso 1: Paciente de 3 meses, con Síndrome Genético en estudio, holoprocencefalia semilobar, criptorquidia y síndrome convulsivo. Hipotónico, pupilas mióticas, hiporeactivas, inestable clínicamente, que evoluciona con diversas interurrencias. Se interna y externa en varias oportunidades. Seguimiento en conjunto de la familia con Servicio de Salud Mental. Hasta que concurre en PCR. Según lo acordado con los padres, no se realizan medidas heroicas, ni de ningún tipo por constatarse óbito del paciente.

Caso 2: Paciente de 37 ddv, con diagnóstico de Holoprocencefalia, Hidranencefalia, Nervio Óptico disgenético, con VDVP. Con desmejoría clínica, comienza

con episodios de apnea centrales 2º a su enfermedad de base. Se realizó seguimiento conjunto de la niña y su grupo familiar, dado el mal pronóstico de la niña, junto con la familia, el personal médico, y el equipo de Salud Mental, se decide no realizar maniobras heroicas, ni medidas invasivas. Se envía carta al comité de Ética, no se logra tratar el caso antes de la defunción de la niña. Caso 3: Paciente de 41 ddv con diagnóstico prenatal de hidrocefalia. Al nacimiento se diagnóstica hidranencefalia, artrogrifosis y fractura de cadera. Presentaba lagos faríngeos durante la alimentación que requerían aspiración y oxígeno suplementario. Presentó PCR reiterados que resolvieron con maniobras básicas de RCP. Se convoca al comité de bioética del hospital, por disyuntiva por parte de los padres en cuanto al tratamiento de la niña y concluyen en acompañarlos en la circunstancia, pero proponen el no encamizamiento terapéutico.

CONCLUSIÓN

Como parte del equipo de salud, nos parece importante contar nuestra experiencia con estos tres pacientes, que han nacido con una patología similar, cuya expectativa de vida ha sido desde el nacimiento reducida, que se ha buscado contener a estas familias y prepararlas, de algún modo para el momento de la muerte de estos bebés de poco tiempo de vida. Está recomendado que todos los profesionales de la salud que asisten niños deberían contar con los conocimientos, actitudes y destrezas básicas para ofrecer una atención de cuidados paliativos a quienes lo necesiten, en todos los escenarios de atención, en forma personal o en equipo.

SÍNDROME DE MILLER FISHER. A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD 86

KARAMANIAN M.¹; RICCA V.²; GARCIA M.³; BOGLIOTTI V.⁴; BASILE R.⁵
HOSPITAL ALVAREZ^{2,3,4,5}

<majokaramanian@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Miller Fisher es la variante clínica más frecuente del Síndrome de Guillán Barre. Las manifestaciones clínicas de esta polirradiculoneuropatía aguda, mediada por complejos inmunes, son entre otras oftalmoplejía bilateral, ataxia y arreflexia.

OBJETIVOS

En virtud de las posibles variables clínicas de la enfermedad se presenta el caso de un paciente de 9 años de edad, atendido en el Servicio de Pediatría del Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez en el año 2013 en el que se asumió el diagnóstico a partir de la exclusión de otras patologías.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se trata de un niño previamente sano cuyo motivo de consulta fue ptosis palpebral y oftalmoplejía izquierda de 5 días de evolución que comenzó 48 hs. posteriores al inicio de un cuadro febril presuntamente viral. El paciente evoluciona con hipotonía e hiporreflexia aquileana y rotuliana y presenta exámenes complementarios dentro de parámetros normales. Se interconsulta con el Servicio de Neurología Pediátrica de otro Hospital y comienza tratamiento con Gammaglobulina con evolución favorable del cuadro clínico en 10 días y regresión completa del cuadro que se asume como Síndrome de Miller Fisher.

CONCLUSIÓN

La importancia de presentar este caso, radica en el análisis de los diagnósticos diferenciales ante un paciente con esta clínica y su respuesta al tratamiento instituido.

ALIMENTACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA

RPD 88

EIDNER S.¹; GARBOCCI A.²; QUIROZ G.³; SIBILLA GALINDEZ M.⁴; WASERMAN J.⁵
OSEACAC^{1,2,3,4,5}
<sandraeidner@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La promoción de un estilo de vida saludable incluye el aspecto nutricional y la actividad física; pilares fundamentales en el crecimiento y desarrollo del niño. Una alimentación adecuada y balanceada es: variada, suficiente y equilibrada. El niño es un aprendiz, por lo que es responsabilidad del adulto (padre, madre y/o cuidador) enseñar y acompañar en la ardua tarea de aprender a comer. El sobrepeso y la obesidad, consideradas como la epidemia del siglo XXI, al igual que la desnutrición responden a causas multifactoriales; de aquí la importancia de la intervención temprana del pediatra no sólo en la detección sino en la prevención de las mismas. La adquisición de los hábitos comienza en la niñez y tiene su gran impacto en la adultez; por ello es importante trabajar en esta etapa. Comer de todo en su justa medida y estimular la práctica regular de actividad física es tarea del pediatra, de esta manera habremos logrado inculcar hábitos de vida saludable que protegen de una serie de patologías que se manifestarán a lo largo de la vida.

OBJETIVOS

- Identificar las características alimentarias.
- Determinar si realizan o no actividad física extracurricular y cantidad de tiempo.
- Poner de manifiesto quienes acompañan a nuestros pacientes en las comidas principales.

MÉTODOS, POBLACIÓN Y MUESTRA

Diseño: se realizará un estudio prospectivo; descriptivo y observacional.
Población: 100 Pacientes de 6 a 14 años 11 meses que concurren por 1º vez a

consultorio programado pediátrico de un centro de atención de la Obra Social de Empleados de Comercio (OSEAC) de diciembre de 2013 a abril de 2014.

MATERIAL

Se confeccionará una planilla a todo paciente con edades comprendidas entre 6 y 14 años 11 meses que concurre por primera vez a control clínico.

RESULTADOS

Se analizaron 100 encuestas observándose que 51% de los pacientes correspondían a edades entre 6 y 9 años, 20% entre 9 y 12 y 29% entre 12 y 14 años 11 meses, siendo el 60% mujeres. De los pacientes encuestados el 90% desayunaban, 36% llevaban al colegio galletitas dulces y/o alfajores como colación. Con respecto al resto de la alimentación, el 98% consumían lácteos; 74% verduras, 85% frutas; sólo el 23% comían carne roja y blancas; el 96% carne roja exclusivamente y el 2% no consumían ningún tipo de carne.

Se remarca que el 22% realizaban 4 comidas en familia y el 37% solo hacían una. Al analizar las horas de actividad física extracurricular el 27% hacían 2 hs/día; el 16% entre 2 y 4 hs y sólo el 1% más de 4 hs.

CONCLUSIÓN

Se observa que estos pacientes presentaban una alimentación adecuada y balanceada; debiendo poner énfasis en el aumento de consumo de carnes blancas. Debemos optimizar cada consulta para concientizar sobre la importancia que tiene el realizar al menos dos comidas en familia para fortalecer las pautas alimentarias, aprovechando las mismas como lugar de encuentro para estimular el vínculo familiar; así como promover el aumento de la actividad física para lograr un estilo de vida saludable.

LA LLEGADA A LA PALABRA

RPD 89

STIER V.¹; D'ARTAGNAN N.²; PULPEIRO M.³; PLOTNIK N.⁴; LEVI P.⁵; SOR L.⁶; ESPOSITO S.⁷; SIMONOTTO E.⁸; ARAGON R.⁹;
FAVAZZA L.¹⁰; MORANA V.¹¹
HGAT CABA^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11}
<vaninass@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN

En el desarrollo de nuestra práctica venimos observando con mayor frecuencia niños y niñas entre 2 y 4 años con ausencia de lenguaje verbal expresivo o que tienen una marcada dificultad en la adquisición del mismo. A partir de esto nos propusimos indagar las variables que creemos inciden en esta problemática.

OBJETIVOS

- Identificar y problematizar las variables que intervienen en la demora en la adquisición del lenguaje expresivo.
- Generar estrategias de intervención que nos permitan el abordaje interdisciplinario de las mismas.

POBLACIÓN:

Familias, niños y niñas que fueron atendidos en el dispositivo de acompañamiento en la crianza en el periodo 2013 - 2014 en el Servicio de Pediatra del Hospital Tornu de CABA.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño cualitativo de índole retrospectivo. Fuentes Primarios: registro de crónicas grupales, entrevistas individuales y observaciones

clínicas con abordaje interdisciplinario individual y grupal en los grupos de crianza, espacios de promoción de la lectura y talleres de musicoterapia.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Encontramos que las siguientes variables: la relación entre el niño y el adulto, la incidencia de los medios de comunicación y tecnológicos en la vida cotidiana de los niños y niñas, las situaciones de transculturalización y migración, el silenciamiento y violencia inciden en el retraso en la aparición del lenguaje expresivo. Creemos necesario que el equipo de salud despliegue estrategias transversales, dispositivos lúdicos para el abordaje de esta problemática. Entendemos que el trabajo en interdisciplina nos permite el abordaje de las cuestiones planteadas.

A PROPOSITO DE UN CASO: S.A.M. COMPLICACION EN PACIENTE CON ARTRITIS IDIOPATICA JUVENIL SISTEMICA

RPD 90

GRAZIANO J.¹; CAMINO F.²; PEREZ GARNIER M.³
HOSPITAL DELICIA CONCEPCION MASVERNAT CONCORDIA ENTRE RIOS^{1,2,3}
<mechiargentina29@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El síndrome de activación macrofágica (SAM) es una condición severa y potencialmente fatal asociada con una excesiva activación y expansión inmunitaria. Es la principal causa de morbimortalidad en Reumatología pediátrica y frecuentemente se asocia con ALJ.

OBJETIVOS

Comunicar diagnóstico y manejo de reiterados episodios de SAM en paciente pediátrica con ALJ.

MATERIALES Y METODOS

Análisis de la historia clínica del paciente y bibliografía relacionada. CASO CLINICO: Paciente de 10 años, eutrófica. Con diagnóstica ARJ a los 7 años y 4 meses.

1ra internación: A los 8 años. Ingresa por síndrome Convulsivo, fiebre intermitente, rash maculopapular evanescente, hepatoesplenomegalia, derrame pericardio, Laboratorio: leucocitosis, anemia. Se realiza PL, TAC, RMN con angioresonancia normal. Se asume de causa infecciosa medicándose con Meropenem y Vancomicina. Presenta pancitopenia, hipertrigliceridemia, hipofibrinogenemia, ferritina >3000, insuficiencia hepática y renal. Se realiza PAMO: se observa hemofagocitosis. Se interpreta como SAM. Se realizan pulsos de CTC (corticoides).

2da internación: 8 años y 4 meses, Presenta reactivación de SAM. Se indica ciclosporina y corticoides.

3ra internación: 9 años y 5 meses, Fiebre de 5 días, sedimento urinario patológico, se diagnostica ITU realiza tratamiento con ceftriaxona, agrega rash, esplenomegalia, fiebre, oliguria, Laboratorio: GB:1800 (90/7) anemia, plaquetas: 54000, GPT/GOT aumentadas. Evoluciona con regular estado general, hemodinamicamente descompensada. Pasa a UTI requiere inotrópicos y ARM, se asume como shock séptico, se medica con meropenem-Vancomicina. Presenta HTP con derrame pericardio, convulsiones. Por presentar criterios compatibles con SAM, se realizan pulsos de solumedrol.

4ta. Internación 10 años y 10 meses. Fiebre de 24hs, rash generalizado de 10 días de evolución hepatoesplenomegalia, sedimento patológico, se asume como ITU se medica con ceftriaxona. Cursa con disnea progresiva, plaquetopenia, aumento de enzimas hepáticas, falla renal. Pasa a UTIP. Se asume como SAM, se realiza CTC. Se produce fallecimiento del paciente.

CONCLUSIONES

Se requiere un alto índice de sospecha clínica para poder realizar diagnóstico e instaurar tratamiento inmediato. Conociendo que los principales diagnósticos diferenciales son Sepsis y reactivación de enfermedad de base.

MEDIDAS DEL LET EN UN CENTRO DE ATENCION PEDIATRICA PRIVADA

PO 91

OLIVIERI M.¹; CAJAL R.²; RUIZ D.³; FERNANDEZ I.⁴
SANATORIO SAN LUCAS^{1,2,3,4}
<masiolivieri@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La limitación del esfuerzo terapéutico (LET) es la decisión clínica de no iniciar o retirar las medidas de soporte vital cuando existe desproporción entre éstas y el objetivo del tratamiento, evitando el ensañamiento del equipo de salud, que prolongan inútilmente el sufrimiento, tanto del paciente como de su familia. Es un proceso de difícil aceptación, que requiere información e instrucción de todo el equipo tratante.

OBJETIVO

Determinar si el personal de la institución posee información sobre la aplicación de LET y conocer las dificultades y temores con los que se enfrentan estos profesionales para ponerlas en práctica.

MATERIAL Y MÉTODO

Se llevó a cabo un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal aplicándose una encuesta prediseñada que consta de 7 preguntas. La misma se realizó en una institución privada: "Sanatorio Infantil San Lucas". La población muestra sumo un total de 39 personas entre médicos (n=15) y enfermeros(n=24) de la institución

Resultados: Los resultados obtenidos fueron: el 74 % mujeres, siendo el promedio de edad de 44.5 años. El 54% de los casos registro una antigüedad laboral de 6-15 años. El 79% refirió conocer que con-

siste la LET, estando a favor de su aplicación el 56%. El 87% conoce la diferencia existente entre retirar y no iniciar una medida terapéutica. El 41% indicó a las medidas de LET como "eutanasia". El 98% de los encuestados concuerda en que para implementarlas se debe tener en cuenta la opinión de los padres del niño y el 54% opinó que la decisión debe ser tomada en forma multidisciplinaria. El 69% del personal de salud manifestó no estar preparado para llevar adelante las medidas de LET.

CONCLUSIÓN

La toma de medidas de LET siempre es una decisión difícil. Llama la atención que un alto porcentaje del personal encuestado se encuentra informado en que consiste la LET, estando a favor de su aplicación la mitad de los mismos; siendo pocos los que se sienten preparados para ponerla en práctica. Además en todos los casos se debe tener en cuenta la opinión de los padres

Recomendaciones: El presente trabajo se debe considerar como el inicio para promover estudios posteriores que permitan determinar la participación real de enfermería en LET e implementar estrategias tendientes a preparar a los padres para aceptar de la mejor forma la decisión tomada por el equipo de salud.

ENFOQUE EN EL USUARIO, UN MODELO DE ATENCIÓN

PO 92

FERRARO S.¹; CIFRÉ M.²; SESTA L.³; SPATARO G.⁴; VIDELA I.⁵; CANSLER C.⁶; D'ANDREA L.⁷; MOHR C.⁸;
BRAGADINI L.⁹; PUERTO M.¹⁰
HTAL MANUEL ROCCA^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10}
<sandra.ferraro@yahoo.com.ar>

El Comité de Discapacitados Visuales del Htal de Rehabilitación Manuel Rocca nació en 1992 de la identificación de necesidades terapéuticas educativas no satisfechas de niños con discapacidad visual y multidéficit y de sus familias.

OBJETIVOS

Presentar una modalidad de atención cuyo abordaje terapéutico se enfoca sobre las necesidades demandadas por los usuarios y las normativas sugeridas por el equipo.

MATERIAL Y MÉTODO

Durante 2013 se midieron los requerimientos de las familias a través de 2 herramientas:

1. Encuestas semiestructurada de requerimientos y expectativas en el proceso de evaluación conjunta interdisciplinaria.
2. Matriz de selección de necesidades normativas confeccionada por el equipo.

RESULTADOS

Durante 2013 se atendieron 45 familias: el 62% concurrió por sugerencia (25 % de hospital pediátrico, 21% de neurólogo, 14% de hospital general, 10% de pediatra de cabecera, 7% de escuela y 21% por referencia), el 11% buscaba rehabilitación, 9% realización de estudios audiológicos, 7% estimulación visual, 3 % estimulación de la deglución, 2% kinesioterapia y 6% otros.

Al 49 % le preocupaba el retraso madurativo (32% la ausencia de sostén cefálico, 32% imposibilidad de sentarse, 36% que no camine), al 16% que no vea, al 14% que no se recupere, al 9% la dificultad para alimentarse, al 5% que siga con convulsiones y el 7% no pudo precísarlo.

En cuanto al recorrido de la familia antes de la consulta en el comité: 38% había asistido a dos instituciones, 28% a tres, 27% a un solo servicio de salud y el 7% a cuatro.

El 43% esperaba contención a la familia, 20% estimulación para sus hijos, 14% estimulación visual, 13% tratamiento integral, 6% estimulación de la deglución y 4% nada.

Las necesidades percibidas por el equipo fueron: en el 96% fortalecer el vínculo entre el niño y sus cuidadores para poder ser interpretado adecuadamente y favorecer el aprendizaje y en el 80% habilitar una adecuada alimentación que favoreciera su crecimiento.

Conocer estas necesidades nos llevó a rediseñar nuestro proceso principal creando el subproceso de admisión y reconsiderar el espacio de reflexión con familias incorporándolo a los programas de atención.

CONCLUSIÓN

Definir la prioridad de los requerimientos facilitó la selección de los objetivos para el abordaje terapéutico que se le ofreció a cada paciente y su familia teniendo en cuenta su singularidad.

EPIDEMIOLOGÍA DE LA DEMANDA ESPONTÁNEA EN PEDIATRÍA EN UN MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

RPD 93

FERRARO S.¹; SASTRE G.²; WASSERMAN J.³
HTAL MANUEL ROCCA¹; OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS DE COMERCIO^{2,3}
<sandra.ferraro@yahoo.com.ar>

La atención de la demanda espontánea enfrenta al pediatra con el desafío de reconocer problemas de salud de los pacientes, darles una respuesta apropiada sin descuidar el correcto uso de los exámenes complementarios, la indicación del tratamiento y el contexto psicosocial de quienes consultan.

OBJETIVOS

Describir las características epidemiológicas en la demanda espontánea a centros de atención ambulatoria de una obra social nacional.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo y retrospectivo.
Período: año 2012.

POBLACIÓN

Pacientes menores de 15 años atendidos en centros ambulatorios OSECAC de CABA y Gran Bs As.

RESULTADOS

Se realizaron 234496 consultas. El 51 % fueron varones. La mediana de la edad fue de 4 años. El 30 % de los pacientes tenía menos de 2 años. Observamos una menor cantidad de consultas a medida que aumentó la edad de los pacientes.

Los diagnósticos más frecuentes: causas respiratorias (40%), controles de enfermedad (18%) y causas infecciosas no respiratorias (8%).

Las causas respiratorias alcanzaron en los meses de mayo a octubre una incidencia mayor al 45%. El 70% de las consultas por causas respiratorias se debieron a infecciones de vías aéreas superiores, de

las cuales el 51% correspondió a CVAS, seguido por faringitis (27%) y otitis (14%). De los cuadros que afectaron las vías aéreas bajas, 85% se debieron a cuadros broncoobstructivos.

En cuanto al control de enfermedades, tanto la frecuencia como las causas que motivaron las consultas variaron durante el año en estrecha relación con las causas respiratorias.

Entre las consultas por causas infecciosas la fiebre motivó el 76%.

Entre las digestivas, las gastroenteritis ocuparon el 64%, seguidas por dolor abdominal y los vómitos.

La prevalencia de lesiones no intencionales fue del 3,5%, siendo los traumatismos los más frecuentes (76%).

Fueron derivados para exámenes complementarios el 1,17% de las consultas.

El 0,6% de los pacientes se derivaron a interconsultas urgentes con cirugía, traumatología u observación por guardia.

Requirieron internación el 0,4%; siendo los diagnósticos más frecuentes hipoxemia y síndrome febril sin foco.

No evidenciamos diferencias significativas con otras publicaciones, salvo una menor tasa de internaciones.

CONCLUSIÓN

Conocer nuestra realidad epidemiológica nos permitió detectar los problemas de salud más frecuentes, la información relevante al momento de destinar recursos, evaluar programas y capacitar a los profesionales.

ESTUDIO DE SEGUIMIENTO DE UNA COHORTE DE HIJOS DE MADRES CON ENFERMEDAD DE CHAGAS

PO 94

GONZALEZ N.¹; MOSCATELLI G.²; MORONI S.³; VOLCOVICH R.⁴; D'AMICO I.⁵; BISIO M.⁶; ALTICHEH J.⁷
HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ^{1,2,3,4,5,6,7}
<ng211@hotmail.com>

INTRODUCCION

La Enfermedad de Chagas es una zoonosis endémica en nuestro país, causada por el parásito *Trypanosoma cruzi*.

Hay varias formas de contraer esta enfermedad, siendo la vectorial (picadura de la vinchuca) y la congénita las más frecuentes. Debido a los fenómenos migratorios, la mayor parte de los sujetos infectados viven en áreas urbanas, lo que llevó a esta enfermedad a regiones donde no hay transmisión vectorial. En dichas áreas, el mayor número de nuevos casos se produce por vía transplacentaria.

No hay estudios de cohorte a largo plazo de cinética de eliminación de anticuerpos IgG por pasaje transplacentario utilizando técnicas de ELISA, siendo de fundamental importancia contar con esta información para definir el momento de un nuevo estudio serológico luego de realizar el estudio parasitológico al recién nacido.

OBJETIVOS

Comparar la cinética de negativización de los anticuerpos en niños con enfermedad de Chagas congénita tratados y pacientes no infectados hijos de madre con Enfermedad de Chagas.

POBLACION

Pacientes pediátricos ambulatorios que concurren al Servicio de Parasitología del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez de la Ciudad de Buenos Aires.

MATERIALES Y METODOS

Estudio descriptivo, abierto, con seguimiento de una cohorte de hijos de madres con Enfermedad de Chagas. Se definió infección por la presencia de *T.cruzi* en el estudio parasitológico por microhematocrito. Los pacientes infectados fueron tratados con benznidazol 5-7 mg/kg/día por 60 días. Aquellos con resultado negativo, se efectuó estudio trimestral con serología (HAI, ELISA) hasta los 9 meses de vida, con el fin de observar la cinética de eliminación de los anticuerpos maternos.

RESULTADOS

Se incorporaron al estudio un total de 88 niños, al momento de la presentación completaron el seguimiento 34 pacientes.

6 presentaron microhematocrito positivo y recibieron tratamiento.

En los pacientes con parasitemia negativa, la cinética de eliminación de anticuerpos, el porcentaje

Al ingreso, 100% presentó serología reactiva, a los 3 meses fue de 89.28% (25/28, IC95 0.71-0.97), a los 6 meses fue de 60.71% (17/28, IC95 0.401-0.78) y a los 9 meses fue de 0% (0/28, IC95 0-0.12). De los 6 pacientes tratados, presentaron serología reactiva 5/6 a los 3 meses, 4/5 a los 6 meses y 3/3 a los 9 meses.

CONCLUSIONES

Al momento de la presentación observamos que los anticuerpos IgG por pasaje pasivo transplacentario, en los niños no infectados, se negativizan entre los 6 y 9 meses de vida.

MODIFICACIONES DE PARÁMETROS CLÍNICOS Y DE LABORATORIO EN NIÑOS CON ENFERMEDAD DE GAUCHER (EG) TIPO 1 TRAS TRATAMIENTO DE REEMPLAZO ENZIMÁTICO

PO 95

GEREZ J.¹; CORONA R.²; MIRANDA M.³; REICHEL P.⁴; RUIZ A.⁵
CEPSI "EVA PERÓN"^{1,2,3,4,5}
<jor_gerez@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La EG es un desorden autosómico recesivo, crónico, progresivo y multisistémico cuyos síntomas son visceromegalias, destrucción ósea y citopenias periféricas. Su incidencia es de 1/40.000-200.000 personas. Hay alteración del metabolismo de los esfingolípidos por deficiencia de la enzima glucocerebrosidasa, con depósito de la glucosilceramida en las células del sistema monocito-macrófagico en médula ósea, bazo, hígado, pulmones y en las formas neurológicas en cerebro, con daño celular y disfunción orgánica. Clasificada en tres tipos: I o no neuronopática, II o neuronopática aguda y III o neuronopática subaguda.

OBJETIVO

Analizar la respuesta al tratamiento enzimático en niños con EG 1.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se recolectaron datos entre 2009 y 2013 de historias clínicas de niños entre 3 y 10 años de edad al iniciar tratamiento, con EG tipo I confirmada mediante biopsia y dosaje enzimático estudiados en Servicio de Hematología del CePSI, los cuales recibieron Imiglucerasa y velaglucerasa 60 UI/kg de forma quincenal. Se analizó motivo de consulta, valor de hemoglobina, recuento plaquetario, recuento leucocitario, presencia de visceromegalias y de crisis óseas.

RESULTADOS

Se estudiaron 8 niños, 75% sexo femenino, 25% sexo masculino. Edad media 6,3 años.

Motivo de consulta: 25% distensión abdominal, 25% hermano con EG, 25% citopenias, 12,5% dolores óseos y 12,5% tumoración facial. Cambios en niveles de Hb: promedio pre tratamiento: 10.6 mg/dl, post tratamiento: 12,9 gr/dl. Una de las pacientes se hallaba asintomática y otra no logró normalizar su hemoglobina al final del estudio.

Cambios en niveles plaquetarios: promedio pre tratamiento: 130.750/mm³, post tratamiento 212.250/mm³

Cambios en niveles leucocitarios: promedio pre tratamiento: 5087/mm³, post tratamiento: 6287/mm³

Presencia de visceromegalias: el 87,5% presentó hepatoesplenomegalia al comienzo del tratamiento. El 100% disminuyó con el mismo

Presencia de crisis ósea: 62,5%, mejorando el 100% de los mismos con el tratamiento.

CONCLUSIONES

El empleo de terapia enzimática sustitutiva ha mejorado la calidad de vida y disminuido la morbimortalidad de los pacientes con EG 1, lo que hace importante la sospecha ante visceromegalias, citopenias y alteraciones óseas para iniciar el tratamiento precozmente.

VEJIGA PREPUICIAL COMO CAUSA DE INFECCIÓN URINARIA RECURRENTE A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD 96

MARTINEZ M.¹; PEREA C.²; GAY D.³; DEREGIBUS N.⁴
HOSPITAL NACIONAL A. POSADAS^{1,2,3,4}
<mlmartinez21@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La vejiga prepucial es una patología poco conocida. Se caracteriza clínicamente por un abultamiento en forma de reservorio a nivel ventral del pene al momento de la micción, que a veces es necesario comprimirlo para evacuarlo. Un exagerado crecimiento de la mucosa prepucial (recubierta en casi su totalidad por piel) obstruye el meato urinario. No debe ser confundido con pene enterrado, megalouretra y divertículo uretral. Un examen físico adecuado lleva a un diagnóstico y tratamiento temprano evitando infecciones urinarias a repetición, balanopostitis y complicaciones estéticas y funcionales en el adulto.

OBJETIVOS

Reconocer la presentación clínica de esta patología en la consulta ambulatoria con un adecuado examen físico y una correcta anamnesis ante pacientes que presentan infecciones urinarias recurrentes. Descripción del caso: Paciente de 2 años, previamente sano, que presenta infecciones urinarias mensuales desde los 7 meses de vida, con aislamiento de múltiples gérmenes en urocultivos, cumpliendo varios esquemas antibióticos. Se realizó ecografía renal y vesical normal. Al examen físico inicial se observa fimosis fisiológica, prepucio redun-

dante y adherencias balanoprepuciales. Presenta chorro miccional en gotas, con abultamiento en la región ventral del pene, que requiere ser presionado para finalizar la micción.

Se diagnostica vejiga prepucial, indicando tratamiento tópico con Furoato de Mometasona nocturna y nuevo control en 3 meses para eventual cirugía. Resuelve la fimosis a los 3 meses pero al año de vida intercorre con una pielonefritis con riesgo de bacteriemia por lo cual Urología indica resolución quirúrgica de vejiga prepucial. A los 17 meses se realiza cirugía exitosa no repitiendo nuevas infecciones urinarias.

CONCLUSIÓN

La vejiga prepucial es una entidad infrecuente y poco conocida para los pediatras, que es necesario reconocerla, diagnosticarla y tratarla temprana y adecuadamente teniendo en cuenta su potencial capacidad para generar complicaciones en la vía urinaria del niño (ITUs) con un resultado estético y funcional satisfactorio al tratamiento quirúrgico. No siempre se debe efectuar la CUGM. La cirugía temprana (aproximadamente 6 meses) disminuye el impacto psicológico.

ENFERMEDAD DE KAWASAKI EN UN PACIENTE DE 17 AÑOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD 97

SECRETO L.¹; ZAPATA R.²
CLINICA INDEPENDENCIA^{1,2}
<Lilianasecreto@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis de pequeños y medianos vasos, que puede producir aneurismas arteriales, valvulitis y miocarditis. Es la primera causa de cardiopatía en niños en países desarrollados, predomina en varones, el 80% son menores de 8 años. Su etiología es desconocida.

OBJETIVOS

Aumentar el índice de sospecha en grupos etáreos donde la enfermedad no es tan frecuente. Descripción: paciente de 17 años, sin antecedentes relevantes, residente en ámbito rural y estudiante de escuela agrotécnica; comienza con odinofagia y fiebre 4 días antes de la consulta. Al examen físico presenta adenopatías cervicales izquierdas, fiebre y mal estado general, por lo que se interna. Laboratorios: Hto 36,4% Hb 12,5 GB 13000 (Ns 88%) plaquetas 249000 VSG 85 PCR 192 Bi T 1,52 TGP 70 TGO 36 FAL 403, se toman HMC, RX tórax s/p. Se interpreta como adenitis cervical, se inicia ceftriaxone 2gr/d. Comienza con vómitos con estrías de sangre, inyección conjuntival bilateral no supurativa, tos seca, cefaleas y dolores musculares, poliartrosis en pequeñas articulaciones. Se toman muestras para Hantavirus, Leptospira, CMV, HIV, Ebstein Barr, Hepatitis A, B, C. TAC de cuello:

macroadenopatías en espacio parafaríngeo, postestiloideo e intraparotideo izquierdo de 18 mm y 23 mm de diámetro, con adenomegalias supraclaviculares izquierdas. Se agrega penicilina y clindamicina. El joven continúa febril, con estomatitis, gingivitis, edemas en manos y pies, con eritema palmoplantar, poliartrosis, vómitos, epistaxis, dolor lumbar. Frotis de sangre periférica: sin patología, ecografía abdominal: esplenomegalia, derrame pleural leve. Biopsia de ganglio cervical superficial: sin hallazgos. El 9no día de fiebre aumenta PCR (1536), GB (15200) y disminución de HTO y Hb y aumento de plaquetas (307000). Se evalúa al paciente con criterios para EK (fiebre mas 4 criterios) por lo que se deriva para comenzar tratamiento con inmunoglobulina mas AAS. Se realiza ecocardiograma sin aneurismas coronarios ni axilares. El paciente comienza tratamiento con Ig 2gr/Kg y AAS con mejoría clínica, cese de la fiebre y resolución de adenopatías. A los 30 días se normaliza laboratorio. Serologías y HMC fueron negativos.

CONCLUSIÓN

El tratamiento de la EK pretende reducir los procesos inflamatorios del miocardio y las arterias coronarias si se administra precozmente, pues su eficacia es dudosa si se realiza tras el décimo día desde la aparición de los síntomas.

VACUNAS OTRO GRAN DESAFIO

GARBOCCI A.¹; EIDNER S.²; QUIROZ G.³; SIBILLA GALINDEZ V.⁴; WASERMAN J.⁵
OSECAC^{1,2,3,4,5}
<anagarbocci@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La inmunización correcta de nuestros pacientes es una de las intervenciones del pediatra más eficaz; debemos asumir esta tarea con gran responsabilidad para mantener los niveles alcanzados y enfrentar nuevos desafíos. Todo paciente debe tener un plan completo de vacunación acorde a edad y sexo; así como ser conocedores de las vacunas existentes que no se encuentren dentro del calendario oficial. En nuestro accionar diario debemos incorporar pautas e información adecuada para evitar oportunidades perdidas. En la Obra Social contamos con el espacio de ateneos donde se discuten las normas para seguimiento de los pacientes, entre las cuales existen las de vacunación. Para establecer estrategias es fundamental conocer las características de la población que se atiende.

OBJETIVOS

- 1) Determinar el cumplimiento del calendario oficial de vacunación en pacientes que ingresan por 1º vez a la consulta programada.
- 2) Evaluar el conocimiento de vacunas extracalendario.
- 3) Establecer los motivos por los cuales no acceden a esas vacunas.

MÉTODOS

Diseño: se realizará un estudio prospectivo; descriptivo y observacional.

POBLACIÓN Y MUESTRA

Pacientes de 0 meses a 14 años 11 meses que consultaron por 1º vez a consultorio programado de un centro de la Obra Social de Empleados

de Comercio (OSECAC) de enero a abril del 2014.

Material: Se confeccionará una planilla a los pacientes de 0 meses a 14 años 11 meses que consultaron por 1º vez a Consultorio programado dicho centro. Se analizarán los datos obtenidos.

RESULTADOS

Se analizaron 112 encuestas realizadas a padres o acompañantes de pacientes que concurren a control con uno de los equipos pediátricos cuyas edades estaban comprendidas en el grupo etario de 0 meses a 14 años 11 meses; correspondiendo a menores de 6 años el 26.78% de las encuestas y el 73.21% a mayores de esta edad. 107 pacientes (93.7%) tenían plan de vacunación completo por calendario oficial acorde a edad y sexo, refiriendo ser conocedores del mismo el 93.7 % de los encuestados.

Con respecto a las vacunas extracalendario 67 (59.8%) refirieron conocerlas; 44 (39.28%) de los niños las habían recibido. 24 (21.4%) de los encuestados refirieron que el pediatra de cabecera no se las indicó y sólo 15 (13.39%) no había podido dárselas por cuestiones meramente económicas.

CONCLUSIONES

La población encuestada se encontró satisfactoriamente vacunada según calendario, comparando los datos obtenidos con las cifras dadas por el Ministerio de Salud de la Nación (en CABA es de 91.3%). Se destaca que, si bien las vacunas extracalendario son conocidas, se deberá reforzar el concepto en los pediatras de cabecera en función de los resultados del análisis.

RPD 98

TRASTORNOS DE CONDUCTA EN LA INFANCIA: ENFERMEDAD DE GRAVES, A PROPÓSITO DE UN CASO

CHIONETTI M.¹; MARTÍN M.²; CARVALLO H.³; OJEA C.⁴; ZAPPA M.⁵
HOSPITAL JULIO DE VEDIA^{1,2,3,5}; HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARÍA LUDOVICA DE LA PLATA⁴
<mchionetti@hotmail.com>

Reportamos un caso de hipertiroidismo por Enfermedad de Graves con diagnóstico previo de trastorno de conducta, alimentario y derivación a psiquiatría.

OBJETIVO

Remarcar la importancia de descartar patología orgánica en pacientes con alteraciones en la conducta. En el caso de hipertiroidismo el diagnóstico es sencillo y al alcance en la mayoría de los centros hospitalarios.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Niña de 7 años con diagnóstico de anorexia nerviosa que consulta en busca de una segunda opinión. Comienza hace 2 meses, tras S. febril de 4 días de evolución, con vómitos pertinaces post ingesta, adelgazamiento, diarrea y cambio de carácter. Refiere decaimiento, importante pérdida de peso, cefalea frontal

Examen físico. Peso 32,6 kg (p95), Talla 140,5 (>p97). Vel. de crecimiento: Talla 10,48 cm/año (>p97) Peso 1,41 kg/año (p10) TA 110-60

mmHg, Fc 110 lat/min Paciente adelgazada e inquieta. Responde al interrogatorio y colabora. Exoftalmos a predominio derecho. Piel suave, caliente, húmeda, acro temblor. Aumento indoloro de tiroides. E. complementarios (datos positivos): TSH >0,02uU/ml, T3 >12 nmol/L, T4I 5,86ng/dl. Ecografía tiroidea: tiroiditis difusa. Con diagnóstico de Psicosis secundaria a Enfermedad de Graves se medica con Propranolol y Metimazol y se deriva a Endocrinología.

CONCLUSIONES

La E. de Graves es la principal causa de hipertiroidismo infantil. Es un trastorno autoinmune con producción de inmunoglobulinas estimulantes de la glándula tiroidea, provocando bocio tóxico difuso y secreción excesiva de hormona tiroidea. Su prevalencia en la infancia es de 0,02% (1:5000). La finalidad de esta presentación es no olvidar las enfermedades tiroideas como diagnóstico diferencial en pacientes con síntomas psiquiátricos y remarcar la importancia de la historia clínica y examen físico completos.

RPD 99

OPORTUNIDADES GANADAS EN LA CONSULTA DE PACIENTES CON MIELOMENINGOCELE

PO 100

DE CASTRO PEREZ M.¹; BUREK C.²; LOPEZ B.³; VALVERDE G.⁴; RABASA P.⁵; ARGIRIMBAU J.⁶; CAMPANY L.⁷
 HOSPITAL GARRAHAN¹²³⁴⁵⁶⁷
 <mariferdc@gmail.com>

En el hospital de Pediatría Garrahan, desde hace 9 años funciona un equipo interdisciplinario para la atención de pacientes con mielomeningocele.

Han sido evaluados más de 650 pacientes, 400 están en seguimiento activo. Anualmente registramos 40 a 60 nuevos ingresos. Aproximadamente el 45 % de la población reside a más de 100 Km. del hospital. En la población en seguimiento hemos detectado una alta prevalencia enfermedad renal crónica, una de las comorbilidades evitables, de mayor impacto para la calidad de vida de estos pacientes.

La mayoría de los pacientes con MMC nacen con función renal normal. Esta se deteriora por la vejiga neurogénica, el reflujo vesicoureteral, y las infecciones urinarias. Con un seguimiento precoz y tratamiento adecuados es posible disminuir la prevalencia de daño renal. Para implementar este seguimiento se requiere de consultas especializadas y evaluaciones periódicas, con estudios de laboratorio, imágenes y funcionales del tracto urinario.

El inicio tardío y/o la mala adherencia al seguimiento y tratamiento nefro-urológico son factores comunes, presentes entre los pacientes con mayor afectación renal.

Las dificultades en la adherencia son de causa multifactorial:

- Factores propios de la enfermedad, de la familia, sociales, económicos, culturales.
- Factores generados por el Sistema de Salud: escasos equipos de atención, inadecuada comunicación con las familias, dificultad en coordinar y articular exámenes complementarios y consultas.

Con el objetivo de disminuir la prevalencia de comorbilidad evitable implementamos un programa con un protocolo de evaluación inicial y seguimiento, que contempla un abordaje específico para pacientes procedentes del interior.

La meta es acercarnos a un cuidado coordinado, accesible, integral, equitativo, con mejor adherencia, de la mayor calidad al menor costo posible. Favorecer el desarrollo potencial de cada paciente y disminuir la carga de la enfermedad al niño, su familia y la sociedad.

Implementar este cuidado requiere compromiso, gestión, flexibilidad de los Equipos de atención y la asignación de recursos humanos y económicos por parte del sistema de salud

A PROPÓSITO DE UN CASO: DIFICULTAD RESPIRATORIA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE HIDATIDOSIS PULMONAR COMPLICADA

RPD 102

VALDÉS A.¹; CHIESA C.²; DEREGIBUS M.³; PALMA M.⁴
 HOSPITAL NACIONAL "ALEJANDRO POSADAS"¹²³⁴
 <animvaldes@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La hidatidosis es una zoonosis parasitaria que se presenta en muchas regiones del mundo. La afectación pulmonar es la segunda forma de presentación luego de la hepática, pudiendo evolucionar más rápido y con mayor riesgo de complicaciones, siendo una de las causas de dificultad respiratoria a descartar en pacientes provenientes de zona endémica. El diagnóstico se basa en la epidemiología, imágenes y serología. El tratamiento farmacológico se utiliza para disminuir el riesgo de diseminación en las fases de pre y pos intervención quirúrgica.

OBJETIVOS

Mostrar que la hidatidosis pulmonar puede presentarse clínicamente con dificultad respiratoria y que esta debe pensarse como diagnóstico diferencial en pacientes provenientes de zonas endémicas.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Niño de 10 años de edad, oriundo de zona rural endémica de equinocosis, con vacunas completas Presenta internación previa por neumonía de base izquierda en la cual presenta radiografía de tórax que evidencia en hemitórax izquierdo imagen radiopaca homogénea redondeada de bordes definidos. Se solicita TAC de tórax observándose imagen quística de paredes finas de 70 x 60 mm unilocular. Ecografía abdominal normal, serologías para Echinococcus granulosus (IFI, ELISA y Western Blot) negativas y coproparasitológico negativo.

Con sospecha de hidatidosis pulmonar no complicada por medio epidemiológico e imágenes compatibles, inicia seguimiento por cirugía infantil y tratamiento farmacológico con albendazol vía oral, programándose cirugía en diferido.

Luego de dos meses de tratamiento, presenta cuadro clínico de 5 días de evolución caracterizado por fiebre y dificultad respiratoria progresiva. Presenta vómica de material "color clara de huevo". Por empeoramiento del cuadro y agregarse hipoxemia, se decide internación.

Se realiza radiografía de tórax frente que evidencian múltiples imágenes radiopacas redondeadas en campo medio y base pulmonar izquierda, diseminación broncógena en campo medio y base derecha. En el perfil, gran imagen quística en campo inferior. Ecografía pleural con imagen hipocóica heterogénea no vascularizada de 40 x 30 mm en campo medio posterior izquierdo con derrame pleural laminar.

Con diagnóstico de neumonía multifocal en paciente con sospecha de hidatidosis pulmonar, inicia tratamiento con ceftriaxona - clindamicina y dexametasona endovenosas.

Presento hemocultivos negativos, frotis de sangre periférica con eosinofilia 14% y parasitológico de esputo que mostró ganchos de escólex de Echinococcus granulosus.

Con buena evolución clínica, sin presentar signos de anafilaxia ni sepsis, se otorga el egreso hospitalario con diagnóstico de hidatidosis pulmonar complicada por ruptura del quiste. continua seguimiento ambulatorio por equipo multidisciplinario.

CONCLUSIÓN

La dificultad respiratoria es un motivo de consulta frecuente en pacientes pediátricos El pediatra debe realizar una correcta anamnesis y examen físico para llegar a un diagnóstico etiológico certero. Si el paciente proviene de zona endémica se debe tener en cuenta que la ruptura de un quiste hidatídico puede producir dificultad respiratoria severa.

UN NUEVO MOTIVO DE LLANTO EN LACTANTES

RPD 103

BELTRAMINO J.¹; DI PAOLO J.²
CONSULTORIO¹; UNIV. TECNOLÓGICA NACIONAL²
<jcbeltramino@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Eventos como cólicos abdominales, "angustia del octavo mes" y otitis media, entre otros, pueden ser diagnósticos que se sostienen como causa de llanto inexplicable frente a la imposibilidad de atribuir este síntoma a otros motivos. El objetivo de este trabajo fue valorar a niños que consultaron por llanto inexplicable que presentaron además una pequeña escoriación en piel de causa desconocida.

MATERIAL Y METODOS

Estudio descriptivo de serie de casos prospectivo. Criterio de inclusión: niños entre 1 y 24 meses de vida que consultaron por llanto inexplicable y que presentaron una excoriación en piel de causa desconocida. Criterios de exclusión: todo niño que consulto por llanto con lesiones en piel por accidente explicable, impétigo, mordedura o quemadura.

RESULTADOS

Entre el 2002 y 2014 fueron incluidos 13 lactantes entre 3 y 10 meses de edad que consultaron por llanto inexplicable en un consultorio de Santa Fe (Argentina). 9 pacientes tenían la lesión en la piel del

tórax y 4, en el abdomen. La media, en mm, del tamaño de la lesión fue de 7(r 5-10). El 100% de los casos utilizaban chupete con broche sujetador. Mediante un análisis de causalidad se estableció asociación temporal entre la aparición de la lesión, los episodios de llanto y el uso del broche sujetador. Se comprobó que la presión de apriete con el broche en semi-apertura equivale, aproximadamente, a 2 veces la presión atmosférica, lo que justifica el daño cutáneo que mostraban los lactantes. Una vez contraindicado el uso del sujetador, los niños no repitieron el cuadro clínico de llanto y la lesión remitió espontáneamente.

CONCLUSIÓN

En niños con pequeñas lesiones en la piel del tórax o el abdomen y antecedentes de episodio de llanto inexplicable, se debe investigar el uso de chupetes con sujetador ya que resulta posible que al plegar la ropa para asir el prendedor puede quedar atrapada la piel del lactante causándole excoriación y dolor.

IMPACTO DE LAS CAMPAÑAS DE VACUNACIÓN ANTIGRIपाल

PO 104

LUENGO D.¹; CARELLI SECCHI R.²; COBAS M.³; RAMIREZ I.⁴; ESPINOSA I.⁵
HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA^{1,2,3}; VACUNATORIO HOSP ITALIANO DE LA PLATA⁴;
VACUNATORIO DEL HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA⁵
daniluenigo@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Las recomendaciones de vacunación antigripal tienen como objetivo reducir la mortalidad y morbilidad asociada a la gripe, así como el impacto de la enfermedad en la comunidad. Por ello, debe ir dirigida a proteger a las personas que tienen un mayor riesgo de presentar complicaciones en caso de padecer la gripe, a las que pueden transmitir la enfermedad a otras personas con alto riesgo de complicaciones y a aquellas que proporcionan servicios esenciales en la comunidad.

OBJETIVOS

- Evaluar la adherencia a las campañas de vacunación antigripal.
- Establecer datos sobre el cumplimiento de la 2º dosis de vacuna antigripal en niños de 6 meses a 2 años.
- Considerar los meses de máxima vacunación antigripal.

MATERIALES Y MÉTODOS

Recopilación de datos de planillas del vacunatorio del Hospital Italiano de La Plata, de marzo a agosto de los años 2011-2012-2013. Diseño: Estudio retrospectivo, observacional.

POBLACIÓN

Niños de 6 meses a 2 años. Embarazadas y madres de niños menores de 6 meses.
Personal de salud. Niños con factores de riesgo Población total de vacunados

RESULTADOS

Se observó que la adherencia a las campañas de vacunación antigripal aumentó entre los años 2011- 2012-2013, registrándose : 2011: 1458; 2012 : 1621 y 2013: 2260 dosis respectivamente. Del total de dosis administradas en 2013, se aplicaron el 28 % de las dosis (642) a niños entre 6-24 meses como primeras dosis y 21% , (472) como segundas dosis. Niños con factores de riesgo 114 dosis en total. Se observó un 73% de adherencia a la 2º dosis, si bien hay un sesgo porque tanto la 1º como la 2º aplicación podrían ser recibidas en otro vacunatorio. Se concluyó que el mes de máxima adherencia para la 1era dosis es mayo, para la 2da dosis los meses de mayo y junio, y marcado descenso en agosto.

CONCLUSIONES

La finalidad de este trabajo es mostrar los datos de nuestro vacunatorio, llegando a la conclusión que las campañas de vacunación afectaron en forma positiva a nuestra población. Lo demuestra el aumento de la cantidad total de vacunados con vacuna antigripal. Deberíamos insistir en educación sanitaria para la comunidad y reforzar la información sobre la importancia de la 2º dosis, para poder completar el calendario. Recordar que la vacunación es adecuada hasta incluso agosto para llegar a una cobertura mayor.

BRECHAS EN LA DISTRIBUCIÓN DE LA TUBERCULOSIS PEDIÁTRICA Y DEL ADOLESCENTE EN ARGENTINA EN 2010-2012

RPD 105

Bossio J.1; Luque M.2; Arias S.3; Armando G.4

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS "EMILIO CONI", ANLIS^{1,2,3,4}

<jcbossio@arnet.com.ar>

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es un problema de salud pública global y tiene importancia en la población pediátrica y adolescente.

OBJETIVOS

Describir la magnitud de la tuberculosis pediátrica y adolescente en Argentina y la desigualdad entre jurisdicciones.

POBLACIÓN

Casos de tuberculosis todas las formas menores de 15 y de 15 a 19 años notificados en Argentina en el trienio 2010-2012.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo transversal. Se estratificó la información en grupos quinquenales de edad y por jurisdicción. Se calcularon tasas por 100000 por grupo de edad y jurisdicción para 2010-2012. El análisis de desigualdad se realizó con la diferencia y razón de tasas y con el índice de Gini (IG), con intervalo de confianza del 95%. Se utilizó Excel 2010 y EPI Dat 3.1.

RESULTADOS

En 2010-2012 se notificaron 2805 casos de tuberculosis menores de 15 y 2555 de 15 a 19; con tasas de 8,8 por 100000 y 23,9 por 100000. En los dos grupos, la tasa más alta fue en Ciudad de Buenos Aires (CABA): 27,7 y 51,0 por 100000, respectivamente.

En menores de 15, hubo 25,9 por 100000 casos más de tuberculosis en CABA que en Tierra del Fuego (1,8 por 100000) y la tasa fue 15,7 veces mayor. De 15 a 19 hubo 48,3 casos por 100000 más y la tasa

fue 19,4 veces mayor.

La desigualdad entre jurisdicciones fue mayor en menores de 15, IG=0,407 (0,266; 0,547), que de 15 a 19, IG=0,352 (0,245; 0,460).

La mayor tasa en CABA fue en todos los grupos y la diferencia fue mayor de 10 a 14, 38,8 veces mayor que en Catamarca: 33,0 y 0,8 por 100000, respectivamente, y La Pampa, La Rioja y Tierra del Fuego sin casos.

De 5 a 9, la tasa en CABA fue 31,2 veces mayor que en Mendoza (20,4 y 0,7 por 100000, respectivamente), con La Rioja, Neuquén y Tierra del Fuego sin casos.

En menores de 5, la tasa en CABA fue 30,7 veces mayor que en Corrientes (4,8 por 100000), con La Rioja sin casos.

La desigualdad en la distribución de la tuberculosis fue mayor de 5 a 9, IG=0,418 (0,278; 0,557), menor de 10 a 14, IG=0,409 (0,250; 0,568), y más baja de 15 a 19, IG=0,352 (0,245; 0,460).

En todos los grupos, la desigualdad fue mayor que en todas las edades: IG=0,288 (0,196; 0,380).

CONCLUSIONES

La desigualdad en la tuberculosis pediátrica y adolescente en Argentina es mayor y la tasa más alta está en la principal ciudad del país. El diagnóstico de tuberculosis en niños y adolescentes refleja transmisión actual y la desigual distribución podría atribuirse a fallas en la organización del control del problema.

ASOCIACIÓN ENTRE LA MODALIDAD DE TRATAMIENTO Y LA ADHERENCIA ENTRE LOS CASOS DE TUBERCULOSIS PEDIÁTRICA Y DEL ADOLESCENTE EN ARGENTINA, 2010-2011

PO 106

Bossio J.1; Luque M.2; Arias S.3; Armando G.4

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS "EMILIO CONI", ANLIS^{1,2,3,4}

<jcbossio@arnet.com.ar>

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis cuenta con un tratamiento altamente efectivo, siempre que se garantice la adherencia del paciente hasta completarlo, para lo que se recomienda una modalidad ambulatoria supervisada. Objetivos: Evaluar la asociación entre modalidad de tratamiento y adherencia en casos de tuberculosis pediátrica y adolescente en Argentina.

POBLACIÓN

Casos de tuberculosis en menores de 20 años en Argentina en 2010-2012.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de cohortes de casos de tuberculosis todas las formas notificados en 2010-2012, estratificados por edad y modalidad de tratamiento (supervisado o autoadministrado). Se calculó la proporción de casos que tuvo resultado del tratamiento al año de iniciado y la incidencia de abandono del tratamiento entre estos. Se compararon los resultados según modalidad de tratamiento con el test de la diferencia de proporciones y con el riesgo relativo, su intervalo de confianza del 95% y el valor del p.

Se utilizaron los programas Excel 2010 y EpiDat 3.1.

RESULTADOS

En 2010-2012 se notificaron 5740 casos de tuberculosis todas las

formas en menores de 20 años: 2932 menores de 15 y 2808 de 15 a 19. La proporción con tratamiento supervisado fue 50,1% (48,8; 51,4) en menores de 20, y fue similar en todos los grupos de edad (p=0,2217).

La evaluación del tratamiento fue mayor en los casos que realizaron tratamiento supervisado que en los que lo realizaron autoadministrado: 78,6% (77,0; 80,1) y 54,7% (52,8; 56,6), respectivamente, p<0,001. Esta diferencia se registró en todos los grupos de edad.

La incidencia de abandono fue mayor en los casos con modalidad autoadministrada que con modalidad supervisada. El riesgo de abandono fue 2,1 (2,0; 2,3) veces mayor en menores de 20 con tratamiento autoadministrado (23,1%; 20,9; 25,4) que con tratamiento supervisado (10,6%; 9,2; 11,9), p<0,001.

El mayor riesgo de abandono del tratamiento autoadministrado se observó en todos los grupos de edad: 2,2 (1,5; 3,2), p=0,0001 en menores de 5; 2,2 (1,4; 3,6), p=0,0019, de 5 a 9; 3,0 (1,96; 4,6), p<0,0001, de 10 a 14; y 2,0 (1,6; 2,4), p<0,0001, de 15 a 19.

CONCLUSIONES

La modalidad supervisada mejora la adherencia al tratamiento de los casos de tuberculosis pediátrica y adolescente, a pesar de lo cual sólo la mitad de ellos la recibe en el país. Se considera fundamental incrementar su cobertura, especialmente en las jurisdicciones con mayor abandono.

DESIGUALDAD EN EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PEDIÁTRICA Y DEL ADOLESCENTE ENTRE LAS JURISDICCIONES DE ARGENTINA, 2010-2012

PO 107

Bosso J.¹; Luque M.²; Arias S.³; Armando G.⁴
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS "EMILIO CONI", ANLIS^{1,2,3,4}
<jcbosso@arnet.com.ar>

INTRODUCCIÓN

El tratamiento supervisado es la principal estrategia para la adherencia al tratamiento de la tuberculosis (TB).

OBJETIVOS

Analizar la desigualdad en la modalidad y resultado del tratamiento de la tuberculosis pediátrica y del adolescente por jurisdicción en Argentina en 2010-2012.

POBLACIÓN

Casos de TB notificados en menores de 20 años en Argentina durante el período 2010-2012.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de cohortes de casos notificados en 2010-2012, estratificados por edades quinquenales y jurisdicción de residencia. Se calculó la proporción, con su intervalo de confianza del 95%, para tratamiento supervisado, y para evaluación y abandono del tratamiento, por jurisdicción. Se usó el test de diferencia de proporciones y el índice de Gini (IG) con su intervalo de confianza del 95%. Se utilizaron los programas Excel 2010 y EpiDat 3.1.

RESULTADOS

El 50,1% (48,8; 51,4) de los casos de TB menores de 20 recibió modalidad supervisada, proporción similar en cada grupo de edad ($p=0,22$). La cobertura fue desigual entre jurisdicciones: 100% en Catamarca, La Pampa, La Rioja, Neuquén, Río Negro, San Luis, Santa Cruz y Tierra del Fuego; y 24,0%

(22,3; 25,6) en provincia de Buenos Aires; $IG=0,331$ (0,310; 0,351). La brecha entre jurisdicciones fue similar para cada grupo de edad.

El tratamiento se evaluó en 66,0% (64,7; 67,2) de los menores de 20 y varió entre 20,0% (17,2; 22,8) en Ciudad de Buenos Aires y 100,0% en La Pampa, San Juan y San Luis; $IG=0,186$ (0,112; 0,259).

El 14,6% (13,4; 15,7) de los menores de 20 años abandonó el tratamiento y fue desigual por jurisdicción: $IG=0,349$; 0,197; 0,502. No hubo abandonos en Catamarca, La Pampa, La Rioja, Mendoza, San Juan, San Luis y Tierra del Fuego; pero el abandono fue 21,5% (14,9; 28,1) en Ciudad de Buenos Aires y 20,9% (18,9; 22,9) en provincia de Buenos Aires.

El abandono fue mayor de 15 a 19, 15,9% (14,3; 17,5) que en menores de 15, 13,00% (11,4; 14,6), $p=0,0143$ y tuvo su valor más bajo en menores de 5: 12,9% (10,3; 15,5). La desigualdad fue mayor en menores de 15 ($IG=0,395$; 0,229; 0,562), que de 15 a 19 ($IG=0,317$; 0,159; 0,475) pero los intervalos de confianza del 95% se superponen.

CONCLUSIÓN

Aunque la modalidad supervisada está recomendada para la adherencia al tratamiento, solo la mitad la recibe, con grandes diferencias entre jurisdicciones. El abandono es elevado y también desigual, superando el 20% en algunas jurisdicciones. Ampliar la cobertura de tratamiento supervisado de los casos de tuberculosis pediátrica y en la adolescencia contribuiría a reducir el abandono y a incrementar el éxito del tratamiento de estos casos.

SÍNDROME DE ATRAPAMIENTO DE LA ARTERIA POPLÍTEA. A PROPÓSITO DE UN CASO

PO 108

Saad M.¹; Benitez G.²; Cacchiarelli N.³; Kreindel T.⁴; Puigdevall M.⁵; Caravello M.⁶
HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES^{1,2,3,4,5,6}
<maria.saad@hiba.org.ar>

INTRODUCCIÓN

La claudicación intermitente de miembros inferiores es infrecuente en pediatría. Dentro de las causas se encuentra el síndrome de atrapamiento de la arteria poplítea. En los pocos casos publicados se describe mayor frecuencia en varones, adultos jóvenes, deportistas. El diagnóstico temprano es importante para realizar un tratamiento efectivo.

OBJETIVO

Dada la baja prevalencia de este síndrome se presenta el caso para tenerlo en cuenta ante un paciente con claudicación intermitente de miembro inferior.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 14 años de sexo femenino con antecedente materno de síndrome de Raynaud y sin antecedentes personales de relevancia, consulta por palidez, frialdad y pérdida de la sensibilidad intermitente de tres dedos del pie derecho, de una semana de evolución. Al momento del examen físico se constata ausencia de pulso pedio derecho sin otras alteraciones. Se plantean como diagnósticos diferenciales

patologías de origen traumatológico, vascular, neurológico y reumatológico. Se solicita ecografía doppler que informa vasospasmo de la arteria poplítea y resto del sistema arterial-venoso con flujos conservados. Se realizan evaluaciones a fines de descartar causas reumatológicas, traumatológicas y neurológicas, no estableciéndose un diagnóstico claro. Ante la persistencia de los síntomas y la sospecha clínica de patología vascular se decide repetir ecografía doppler vascular evidenciándose trombo móvil en la arteria poplítea sobre estenosis, por engrosamiento parietal, asociada a trombosis de aspecto agudo de la arteria tibial anterior; y trombosis de la arteria tibial posterior; y arteria poplítea ocluida. Con este resultado, se solicita angiogramografía que informa síndrome de atrapamiento de arteria poplítea del miembro inferior derecho con compresión de dicho vaso a expensas de banda accesoria del músculo gemelo interno. Con diagnóstico de síndrome de atrapamiento de la arteria poplítea se realiza cirugía para liberación de banda accesoria del músculo gemelo interno.

CONCLUSIÓN

Es importante tener en cuenta esta patología ya que la sospecha clínica es fundamental para arribar al diagnóstico.

COBERTURA DE VACUNACIÓN ANTIGRI PAL OBLIGATORIA EN NIÑOS DE 6 A 24 MESES – AÑO 2013- EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (CAPS)

RPD 111

RODRÍGUEZ ALCÁNTARA V.¹; APARICIO V.²; BARRICHI R.³; BARTOLOMÉ M.⁴; GADEA C.⁵; GODOY L.⁶; GONZALEZ M.⁷; MOLINA M.⁸
CAPS PUERTO VIEJO - PARANÁ - ENTRE RÍOS¹²³⁴⁵⁶⁷⁸
<valitarodal@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La vacuna antigripal fue incluida en calendario para el grupo etario de niños de 6 a 24 meses de edad en el año 2011 (Res.Min.35/2011). Entre Ríos presenta tasas de cobertura en este rango poblacional muy bajas (2013: 1er dosis 66,4% - 2da dosis 39,3%) en relación a la meta sanitaria esperada (95%-100%) e inferiores a las tasas alcanzados por la media país y por la mayoría de las provincias. El CAPS Puerto Viejo es un centro asistencial nivel I con un promedio de admisión de 34 a 40 recién nacidos/año para seguimiento pediátrico.

OBJETIVOS

Conocer la realidad local evaluando cobertura de vacunación antigripal nominalizada de esta franja de nuestra población, a los fines de planificar estrategias de APS que logren mejorar las tasas de cobertura, de ser necesario.

POBLACIÓN

Niños/as nacidos del 1ero de abril de 2011 al 28 de febrero de 2013, que concurrirían al CAPS Puerto Viejo como centro asistencial de referencia (seguimiento/controles de salud) durante la campaña 2013. Se excluyeron pacientes cuyos registros de inmunizaciones no estuviesen disponibles.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, mediante revisión

de registros de inmunizaciones (base de datos del CAPS, Historias clínicas, carnet original). Se efectuó base de datos en Excel. Se definió esquema de vacunación según lineamientos del Ministerio de Salud de la Nación.

RESULTADOS

La muestra quedó conformada por 73 pacientes (95% del total), destinados a recibir esquema de 2 dosis, en su totalidad. Se constató cobertura 1er dosis del 72,6% y 2da dosis del 37 %, representando este ultimo valor la tasa de cobertura adecuada. Analizando la fecha de aplicación de primer dosis la mediana fue 05/07/13 correspondiente a la semana epidemiológica 27 (rango abril-septiembre).

CONCLUSIONES

Se objetivaron tasas de cobertura real muy bajas en relación a la meta sanitaria, con valores inferiores a la media nacional y ligeramente superiores a la media provincial del año 2013 para 1º dosis. Debe destacarse que el 50 % de las primeras dosis fueron aplicadas de forma tardía (con posterioridad al pico epidemiológico SE 26-28) El relevamiento efectuado fue de utilidad para conocer fehacientemente la realidad de nuestra población y planificar estrategias tendientes a mejorar la cobertura partiendo de analizar las barreras que dificultan este objetivo.

¿PODEMOS MEJORAR LA COBERTURA DE VACUNACIÓN ANTIGRI PAL EN NIÑOS DE 6 A 24 MESES? – ESTUDIO DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA CAMPAÑA 2013-2014 EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (CAPS)

RPD 112

RODRÍGUEZ ALCÁNTARA V.¹; APARICIO V.²; BARRICHI R.³; BARTOLOMÉ M.⁴; GADEA C.⁵; GODOY L.⁶; GONZALEZ M.⁷; MOLINA M.⁸
CAPS PUERTO VIEJO - PARANÁ - ENTRE RÍOS¹²³⁴⁵⁶⁷⁸
<valitarodal@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La vacuna antigripal, incluida en calendario para niños de 6 a 24 meses en 2011, presenta bajas tasas de cobertura a nivel nacional y provincial. En el CAPS Puerto Viejo, a través de un estudio descriptivo retrospectivo constatamos cobertura adecuada (2D) en solo el 37 % de los pacientes de 6 a 24 meses en seguimiento durante la campaña 2013 (marzo-sept). En consecuencia, se planificaron estrategias para mejorar la cobertura en la campaña 2014.

OBJETIVOS

Comparar la cobertura de vacunación antigripal nominalizada de esta franja de nuestra población, entre campaña 2013 y 2014 (parcial) a los fines de evaluar la efectividad de las intervenciones desarrolladas.

POBLACIÓN

Niños/as nacidos del 01/04/11 al 28/02/13 (cohorte 2013) y niños nacidos desde el 01/04/12 al 28/02/14 (cohorte 2014), con seguimiento en CAPS Puerto Viejo (Controles de salud) durante la campaña 2013 y 2014 respectivamente. Inclusión de dosis aplicadas en ambas campañas desde 26/03 al 18/07. Exclusión de pacientes cuyos registros de inmunizaciones no estuviesen disponibles.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de intervención comunitaria. Revisión de registros de inmunizaciones (base de datos del CAPS, Historias clínicas, carnet original). Base de datos

en Excel. Intervención (estrategias aplicadas): capacitación - difusión de la campaña - educación - accesibilidad y reducción de oportunidades perdidas - recordatorios/captación activa de pacientes) Análisis comparativo entre dos muestras (grupo control histórico 2013 y posintervención 2014) Evaluación de esquemas de vacunación según lineamientos del Min. Salud de la Nación en cada campaña.

RESULTADOS

La cohorte 2013 quedó conformada por 73 pacientes, en su totalidad esquema 2 dosis (2D). La cohorte 2014 incluyó 72 pacientes, correspondiendo 50 al esquema 2D y 22 al esquema dosis única (DU). La cobertura 2013 fue 1ºd= 54,8 % y 2ºd=11%. La cobertura 2014 fue en esquema 2D 1ºd=64% y 2ºd= 34% y en esquema DU = 77,3 %. La cobertura adecuada correspondió en 2013 al 11% (2 dosis aplicadas) y en 2014 al 47,2% (2 dosis aplicadas+ dosis única).

CONCLUSIONES

Se objetivaron tasas de cobertura real muy superiores en 2014 en relación a 2013, lográndose en el período comparado una tasa de cobertura adecuada que cuatuplica la tasa de 2013. Las estrategias desarrolladas fueron muy satisfactorias aunque se deberá reevaluar la situación a fin de la campaña y promover en 2015 la vacunación oportuna precoz de la población objetivo.

LIBRETA DE SALUD INFANTIL (LSI) DE LA PROVINCIA DE ENTRE RÍOS: UNA HERRAMIENTA EN PEDIATRÍA AMBULATORIA

RPD 113

RODRÍGUEZ ALCÁNTARA V.¹; REINA P.²; RODRÍGUEZ E.³; ZANUTTINI G.⁴
EQUIPO TÉCNICO AD-HOC DIRECCIÓN MATERNO INFANTO JUVENIL DE ENTRE RÍOS^{1,2,3};
DIRECCIÓN MATERNO INFANTO JUVENIL DE ENTRE RÍOS⁴
<valitarodal@hotmail.com>

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN

La provincia de Entre Ríos contaba desde 1984 (Ley 7406) con una Libreta Sanitaria Infantil, de distribución gratuita a todos los recién nacidos del territorio provincial. En 2010, posterior a la revisión de la Historia Clínica Pediátrica Ambulatoria provincial se detecta la imperiosa necesidad de actualizar la Libreta de salud, considerando la misma una herramienta de gran utilidad, tanto para el pediatra como para las familias, en el seguimiento ambulatorio de los niños/as. Estrategias, técnicas y acciones empleadas: Revisión, actualización e incorporación de contenidos de base científica, asociado a un proceso de rediseño gráfico. 1- lectura crítica de la Libreta preexistente; 2- definición del perfil/estilo buscado (documento único en salud, perspectiva de derechos, visión integral del desarrollo de la niñez de 0 a 11 años, jerarquización de la familia como principal agente promotor, calidad de las prestaciones, equidad); 3- búsqueda bibliográfica; 4- actualización de consejería en cada control e inclusión de anexos (educación alimentaria, prevención de lesiones, primeros auxilios, etc.), incorporación de gráficas de crecimiento OMS/MSAL, incor-

poración de carnet de salud bucal, actualización de carnet/registro inmunizaciones; 5- diseño gráfico; 6- revisión final por las tres filiales SAP provinciales; 7-promoción de legislación acorde; 8- difusión del material (LSI e instructivo de llenado); 9- Impresión; 10- Distribución gratuita y obligatoria a los recién nacidos a través del Registro Civil al momento de tramitar DNI.

CONCLUSIONES

La LSI permite sistematizar las intervenciones del profesional y del equipo de salud, favoreciendo la conformación de redes entre los distintos niveles de atención, promueve el cumplimiento del calendario de controles periódicos y de vacunación obligatoria oportuna y facilita la detección precoz de desviaciones de los patrones normales. Además, es un instrumento que sirve de apoyo en la comunicación del equipo de salud y la familia, representando un recurso educativo de promoción, prevención y autocuidado para la misma. Su distribución gratuita a todos los niños nacidos en el territorio provincial la convierte en una herramienta igualadora de derechos.

RIESGO CARDIOMETABÓLICO Y RESISTENCIA INSULÍNICA EN ADOLESCENTES

PO 115

PONCE G.¹; QUEZADA A.²; RODRÍGUEZ M.³; BOERI M.⁴
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PATAGONIA SAN JUAN BOSCO^{1,2,3,4}
<graciellamabelponce@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El incremento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad a nivel mundial, es uno de los temas más alarmantes para la salud pública. Esto puede explicarse por los cambios en la disponibilidad de alimentos hipercalóricos, sumado a la disminución en la realización de actividad física. Esta situación, contribuye a la presencia de resistencia insulínica con los consecuentes riesgos asociados.

OBJETIVO

Evaluar en un grupo de adolescentes de Comodoro Rivadavia, marcadores de resistencia insulínica mediante los indicadores HOMA (Homeostasis Model Assessment) y TG/HDL (índice triglicéridos/HDL) y describir su perfil metabólico y los riesgos asociados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se estudiaron por muestreo no probabilístico y consecutivo, 402 voluntarios (279 mujeres y 123 varones) de edades comprendidas entre 12 y 16 ± 0,5 años. Con consentimiento escrito de los padres y asentimiento de los voluntarios, se realizaron mediciones antropométricas (peso, talla, circunferencia de cintura (CC), presión arterial); se calculó el Z de índice de masa corporal (ZIMC) y el percentilo de CC

(Pc CC) (criterios OMS) y se extrajo una muestra de sangre en ayunas para determinar insulina (IRMA), glucemia, colesterol total, HDL, LDL y triglicéridos (espectrofotometría). Se calcularon los índices HOMA y TG/HDL.

RESULTADOS

El 34,8 % de las mujeres y el 48,8 % de los varones, presentaron sobrepeso u obesidad según ZIMC y un 22,2 % y 20,0 % de mujeres y varones respectivamente un Pc>90 de CC. Los valores promedios ± DE de las variables bioquímicas fueron: insulina: 12,7 ± 10,0 μU/ml; glucemia: 84,0 ± 9,3 mg/dl; colesterol: 158,6 ± 27,4 mg/dl; HDL 53,5 ± 12,1 mg/dl; LDL: 89,3 ± 23,7 mg/dl; TG: 76,4 ± 45,4 mg/dl; HOMA: 2,7 ± 2,3 y TG/HDL: 1,6 ± 1,1. Existieron diferencias estadísticamente significativa entre los valores de insulina, HOMA, TG/HDL, presión arterial, glucemia, TG y HDL y la presencia de obesidad (según ZIMC y Pc CC>90), (p<0,01).

CONCLUSIÓN

Las asociaciones encontradas muestran la urgente necesidad de realizar una intervención sanitaria tendiente a disminuir el sobrepeso y la obesidad adolescente a fin de evitar futuros problemas de salud.

ATENCIÓN AMBULATORIA DE NIÑOS CON ECNE/PATOLOGÍA NEUROLÓGICA SEVERA EN UN SERVICIO DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

PO 116

RODRÍGUEZ ALCÁNTARA V.¹; CABALLO A.²; PEROSI GAMBOA B.³; PESERICO F.⁴; RICHARD P.⁵

SERVICIO DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS- HTAL. MATERNOINFANTIL SAN ROQUE, ENTRE RÍOS¹²³⁴⁵
<valitarodal@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El Servicio de Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP) del HMISR, creado en agosto de 2011, asiste a niños/as y adolescentes con enfermedades limitantes para la vida y sus familias. El Modelo 4 de Atención incluye pacientes con encefalopatía crónica no evolutiva (ECNE), malformaciones del sistema nervioso central y encefalopatía hipóxico-isquémica, entre otras. Se brinda asistencia en consultorio ambulatorio de demanda programada/espontánea, hospital de día e internación (camas propias/otras), a través de un equipo interdisciplinario.

OBJETIVOS

Describir la prevalencia, características demográficas, síntomas/problemas prevalentes y necesidades detectadas en este grupo de pacientes.

POBLACIÓN

Pacientes Modelo 4 asistidos de forma ambulatoria en nuestro servicio en el período abril 2012-marzo 2014.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo en base a revisión de registros del servicio (Planillas Excel) e historias clínicas.

RESULTADOS

Se constataron un total de 760 consultas ambulatorias de pacientes

Modelo 4 (73,3 % sobre total de consultas ambulatorias) correspondientes a 51 pacientes/flias (70,8 % del total). La media de consulta anual por paciente fue de 7. Al momento de la admisión en el servicio la edad media fue de 6 años, con mediana de 4 años y rango de 1 mes a 16 años, predominando el sexo masculino (55%). El 23 % de los pacientes proceden de otras localidades de la provincia. Los síntomas/problemas prevalentes fueron espasticidad (80%), convulsiones (63%) y constipación (61%). Las principales necesidades evidenciadas en el seguimiento fueron control de síntomas, abordaje integral, accesibilidad a la atención, comunicación, toma de decisiones, cuidados de respiro y asesoramiento/acompañamiento psicosocial.

CONCLUSIONES

La ECNE y otras patologías neurológicas severas son patologías crónicas, limitantes para la vida, que requieren un seguimiento longitudinal planificado atento a las múltiples necesidades físicas, psicosociales y espirituales del niño y su familia. Es fundamental el rol del pediatra de cabecera como organizador del seguimiento, orientando y acompañando la toma de decisiones. La estrategia de atención de CP en atención primaria es óptima para estas unidades de cuidado. Un adecuado enfoque interdisciplinario e interinstitucional es necesario para un verdadero abordaje integral de su variada problemática, lo cual representa un desafío en nuestra práctica profesional.

HOSPITAL DE DÍA: UNA HERRAMIENTA PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DE PACIENTES ECNE/PATOLOGÍA NEUROLÓGICA SEVERA. EXPERIENCIA DE UN EQUIPO DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

RPD 117

RODRÍGUEZ ALCÁNTARA V.¹; CABALLO A.²; PEROSI GAMBOA B.³; PESERICO M.⁴; RICHARD P.⁵

SERVICIO DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS- HTAL. MATERNOINFANTIL SAN ROQUE- PARANÁ, ENTRE RÍOS¹²³⁴⁵
<valitarodal@hotmail.com>

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN

La encefalopatía crónica no evolutiva, las malformaciones del SNC, la encefalopatía hipóxico-isquémica y las secuelas por prematuridad extrema representan condiciones irreversibles pero no progresivas que causan vulnerabilidad extrema. Estos pacientes y sus familias presentan problemáticas y necesidades múltiples que requieren un abordaje interdisciplinario e integral. Los cuidados paliativos pediátricos (CPP) representan un enfoque cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida del paciente y la familia frente a los problemas asociados a enfermedades limitantes para la vida, entre ellas las enfermedades citadas, incluidas en el modelo 4 de intervención. El Hospital de Día (HD) es una modalidad de atención que brinda asistencia interdisciplinaria organizada estructural y funcionalmente, garantizando calidad y eficiencia en cuidados o tratamientos concretos que se realizan durante el día.

ESTRATEGIAS, TÉCNICAS Y ACCIONES EMPLEADAS:

1. Objetivos/espíritu orientador: calidad de vida de la unidad de cuidado; abordaje integral con estrategias centradas en adecuada valoración de sus necesidades; accesibilidad al sistema de salud y continuidad en los cuidados; adecuada comunicación que favorezca la toma conjunta de decisiones; fortalecimiento de los

cuidadores; cuidados de respiro y prevención de desgaste familiar y profesional.

- Organización del HD: Espacio físico (2 camas diferenciadas dentro del servicio/gimnasio terapéutico) Equipo interdisciplinario (pediatras - médica de familia con formación en CPP/ enfermería/ terapeuta ocupacional / neurokinesióloga / fonoaudióloga / nutricionista/ asistente social / psicóloga) Turnos programados. Planificación de la atención (anticipada e individualizada posterior a entrevista de admisión). Historia Clínica.
- Cuidados/tratamientos brindados: control de síntomas, intervenciones educativas, terapias de rehabilitación, asesoramiento/ acompañamiento psicosocial, evaluación por especialistas y toma de decisiones conjuntas, entrevistas comunicativas.

CONCLUSIONES

El Hospital de Día representa, a nuestro criterio, una estrategia positiva que facilita la accesibilidad, la continuidad y la coordinación en los cuidados, el trabajo en interdisciplina, la optimización de los recursos y la toma conjunta de decisiones. Representa una modalidad útil para el control de síntomas, soporte y relación. Es un espacio favorecedor de la comunicación, lo que redundará en beneficios para la unidad de cuidado.

ESTADO NUTRICIONAL EN ESCOLARES DE LA CIUDAD DE SANTA FE, 2013

PO 118

MARTINS J.¹; SIEBEN, X.²; BOSSIO, J. S.; ARIAS S.⁴

CÁTEDRA DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA, FACULTAD DE BIOQUÍMICA Y CIENCIAS BIOLÓGICAS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL^{1,2,3,4}

<jeronimormartins@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El sobrepeso y la obesidad son un problema creciente en nuestro país y este problema ha comenzado a detectarse ya en la edad escolar.

OBJETIVO

Describir el estado nutricional de escolares de escuelas primarias de la ciudad de Santa Fe.

POBLACION

Escolares de primer, cuarto y séptimo grado de escuelas primarias de la ciudad de Santa Fe.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de corte transversal realizado sobre 908 escolares en ocho escuelas de la ciudad de Santa Fe.

Se determinó el peso y la talla de 324 escolares de primer grado, 408 de cuarto y 176 de séptimo grado, utilizando una balanza de pie y un tallímetro, siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Internacional para el Avance de la Cineantropometría (ISAK). Se calculó el índice de masa corporal y se clasificó a los escolares según su edad (IMC/edad) de acuerdo a los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Se calculó la prevalencia de cada condición nutricional (bajo peso, sobrepeso y obesidad) para el total de las escuelas, por sexo y grado, con su intervalo de confianza al 95%, mediante el método de Wilson. La comparación de prevalencias se realizó mediante el test exacto de Fisher.

Se utilizaron los programas Excel 2010 y R Project.

RESULTADOS

La prevalencia de sobrepeso u obesidad fue de 17,1% (14,5; 19,6) para el total (155 escolares), y no hubo diferencia por sexo: 17,6% (14,6; 21,2) en varones (90) y 15,7% (12,5; 19,6) en mujeres (65); p=0,29.

La prevalencia de bajo peso fue 0,7% (0,3; 1,4), 6 casos en total, 5 varones y 1 mujer.

No se encontró diferencia estadísticamente significativa (p>0,05) en la prevalencia de sobrepeso por grado: 17,9% (14,1; 22,4) en primer grado (58 escolares), 14,7% (11,6; 18,5) en cuarto grado (60 escolares) y 18,3% (14,2; 25,9) en séptimo grado (60 casos).

Cuando se comparó por grado, se observó una diferencia estadísticamente significativa en la prevalencia de sobrepeso u obesidad por sexo en séptimo grado: 25,0% (17,8; 33,4) en varones (27 escolares) y 10,3% (5,1; 19,8) en mujeres (7 escolares); (p=0,01). En el resto de los grados, no se observó diferencia estadísticamente significativa (p>0,05): en primer grado, la prevalencia de sobrepeso u obesidad fue 16,8% (12,0; 22,9) en varones (30 escolares) y 19,3% (13,7; 26,5) en mujeres (28 escolares); y, en cuarto grado, la prevalencia fue 14,7% (10,6; 20,2) en varones (31 escolares) y 14,6% (10,4; 20,3) en mujeres (29 escolares).

CONCLUSIÓN

El sobrepeso o la obesidad afectan aproximadamente al 18% de los escolares, tanto al inicio como al final del ciclo. Esto pone de manifiesto que el problema se genera en el hogar, antes del ingreso a la escuela y que durante el ciclo escolar no se logra revertirlo. El bajo peso, en cambio, es un problema poco frecuente que afecta menos del 1% de los escolares. Dados los efectos perjudiciales del sobrepeso en la edad escolar, se deben poner en práctica intervenciones específicas para la reducción de este problema.

NO TAN LIBRE EL TIEMPO LIBRE

RPD 119

BIANCO F.¹; LEN F.²; BROWN A.³; GIGREY C.⁴; ORELLANA C.⁵

HOSPITAL ALVAREZ^{1,2,3,4,5}

<fbbianco@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN

El tiempo libre es aquel que una persona dedica a cualquier actividad placentera que elige en forma arbitraria y sin condicionamientos. Esta definición válida para los adultos, merece algunas consideraciones en el caso de los niños y adolescentes, ya que estas decisiones suelen ser resorte de sus padres, cuidadores y/o personas que los tienen a cargo.

OBJETIVOS

Determinar las características en la utilización del tiempo libre en nuestros pacientes. Comparar con bibliografía. Establecer pautas para padres y maestros.

POBLACIÓN

2.133 pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO

Se encuestaron todos los pacientes internados y de consulta ambulatoria de control, asistidos por los autores desde el 01/10/11 al 30/09/12, en el Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez.

RESULTADOS

El 43,46% de 6 y 10 años, el 34,60% menos de 6 y el 21,94% mayor de 10. La mitad eran niñas. El 17,72% eran único hijo. El 40,93% de las madres tenían de 18 a 30 años y el 2,95% menos de 18. El 67,93% de las madres trabajan, el 57,76% pasan entre 4-8 hs fuera del ho-

gar. El 73,42% convivían con ambos padres y el 24,90% sólo con la madre. El 78,05% de menores de 6 años concurre a jardín (maternal/infantes). En mayores de 6 años todos están escolarizados (simple/doble/especial), en el 94,52% es adecuada, no hubo abandono. En menores de 6 años el 93,90% y el 97,30% pasan 3hs/día con el TV y la PC respectivamente. De 6 a 10 años el 52,43% no realiza actividad extraescolar (física/artística). En mayores de 10 años el 50%. El 1,69% no tiene agua de red y el 5,06% carece de cloacas. El 23,21% de los hogares con más de 6 convivientes. Consumían drogas el 0,42% de las madres, 1,27% de los padres y el 0,51% de los hermanos. El 10,13% y el 10,55% tenían controles de salud inadecuados y calendario de vacunación incompleto respectivamente.

CONCLUSIONES

Los niños pasan muchas horas frente al TV o PC y poco tiempo en juegos, actividades deportivas o artísticas coincidiendo con la bibliografía consultada. El niño crece jugando, el juego es necesario para todo sujeto en desarrollo, siendo un emergente la ausencia del mismo. Un niño que juega, es un niño sano.

RECOMENDACIONES

Interrogar sobre el tiempo libre. Explicar la importancia del juego, entre pares y con adultos en la socialización. Realizar talleres y evaluar dificultades.

FLAP

ZITO M.¹; BEGER G.²
HOSPITAL POSADAS^{1,2}
<paula.zito@hotmail.com>

RPD 120

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN

Presentación del equipo interdisciplinario para el seguimiento de pacientes con FLAP en el Hospital Nacional Prof. Dr. A. Posadas. Aprobada por Resolución Ministerial N° 0245 (03/2012).

ESTRATEGIAS

Apoyar la toma de decisiones del equipo de salud interdisciplinario en relación con el diagnóstico precoz, tratamiento, seguimiento y rehabilitación, enfatizar la necesidad de una atención coordinada, comprensiva y accesible a las necesidades individuales del paciente y la familia. Identificar las intervenciones más costo-efectivas para el tratamiento, seguimiento y rehabilitación del paciente, desde el nacimiento hasta los 15 años de edad.

TÉCNICAS Y ACCIONES EMPLEADAS

El FLAP es una malformación congénita frecuente (1 por cada 800 nacidos vivos en la Argentina).

El acceso se realiza a través de diagnóstico prenatal, recién nacido y derivaciones de otras instituciones.

El equipo está constituido por:

- Diagnóstico prenatal por ecografía: quien puede detectar a partir de la semana 16 fisura labial, entre la semana 18 y 23, la sensibilidad ecográfica es del 67% y 75%. Al confirmar el diagnóstico se deriva a los padres al servicio de psicología, quienes acompañaran a los padres durante todo el tratamiento.

- Neonatología: Confirmación diagnóstica.
- Pediatría: El pediatra será el eje con los otros especialistas. Realiza controles habituales. En este consultorio se realiza evaluación de la deglución y rehabilitación de la disfagia junto a la Fonoaudiología y Gastroenterología.
- Odontología: Instalación de placa de ortopedia dentro de las primeras 48hs de vida.
- Genética: Luego de la confirmación diagnóstica, realiza el asesoramiento genético a la familia.
- Cirugía Plástica: Se realiza en dos tiempos quirúrgicos.
- Otorrinolaringología: Primer examen antes de los tres meses de vida y exámenes complementarios.
- Servicio Social: Realiza diagnóstico del entorno familiar, cuidadores del paciente y evalúa los recursos con los que cuenta la familia para el tratamiento.
- Fonoaudiología: Estimulación temprana, evaluando voz, habla, lenguaje y audición.

CONCLUSIÓN

Esta patología relativamente frecuente, requiere de un equipo interdisciplinario que contemple el diagnóstico prenatal para un mejor acompañamiento de la evolución y el tratamiento del paciente y su familia. El primer año (2013) se evaluaron 1000 pacientes con FLAP.

CONVULSIONES FEBRIL TÍPICA VS CRISIS TEMPORAL A PROPÓSITO DE UN CASO

CAIA M.¹; EIDNER S.²; GARBOCCI A.³; WASSERMAN J.⁴
OSECAC^{1,2,3,4}
<angiecaia@hotmail.com>

RPD 121

MARCO TEÓRICO

Definimos convulsiones febriles como crisis convulsivas ligadas a edad etiológica febril aguda. Aparición 6 meses a 5 años, con fiebre pero sin evidencia de infección o causa intracraneal definida excluyéndose crisis en niños que sufrieron alguna convulsión afebril. Las convulsiones febriles se diferencian de la epilepsia por ser éstas crisis recurrentes afebriles y siendo más frecuente en varones. Origen familiar con herencia poligénica multifactorial.

Respecto de las crisis temporales se definen como crisis parciales simples o complejas con o sin crisis secundarias generalizadas que comienzan en la infancia o más tarde y mayor incidencia de convulsiones febriles. Se presenta con auras aisladas con síntomas epigástricos o experiencias emocionales (temor), inmovilidad y fijeza de la mirada, automatismos oroalimentarios complejos sin compromiso motor, confusión postictal y amnesia para el evento ictal.

Como diagnóstico diferencial podríamos hablar de la epilepsia severa mioclónica de la infancia con aparición entre los 4 y 12 meses, siendo sus síntomas convulsiones clónicas o tónico-clónicas generalizadas o unilaterales de duración prolongada. En más grandes, es frecuente la aparición de otro tipo de crisis, mioclonías, ausencias atípicas y parciales complejas, con retraso cognitivo, ataxia y alteraciones graves de la conducta. El 25% presenta historia familiar de epilepsia.

OBJETIVO

Presentación de un caso

DESCRIPCIÓN

Paciente de 2 años concurre en Junio de 2012 con fiebre intermitente de días

de evolución y presenta convulsión tónica clónica generalizada de 5 minutos que revierte con diazepam intrarrectal. Al interrogatorio surge que el paciente presentó episodio similar a los 10 meses de iguales características que no repitió, ante los antecedentes, se decide su derivación para estudios. Se le realizan laboratorios y radiografía de tórax, ambos normales, por lo que se asume un síndrome convulsivo febril típico. Continúa en seguimiento por su pediatra y al mes presenta episodio de pérdida de conocimiento no constatada sin signos neurológicos y diarrea. Consulta, le realizan laboratorio y se constata hiponatremia e hipocloremia y diagnostican de diarrea aguda, le indican tratamiento sintomático e interconsulta con neurología infantil. La neuróloga constata que la niña presentó una ausencia de 3 minutos de duración y realizan TAC, EEG y RMN con resultados normales. Luego la paciente no repite nuevos episodios. Dos meses posteriores, presenta nueva ausencia con disartria y automatismo, se interconsulta con neuróloga y surge diagnóstico de crisis temporales solicitando nuevamente EEG (normal) y se medica con Clobazam a 10mg/día.

La paciente no repite episodios, se encuentra en sala de 4 años con desarrollo madurativo acorde a su edad, con buen rendimiento escolar y socialización. Permanece en control pediátrico y neurológico con buena evolución y será evaluada la suspensión de la medicación en breve.

CONCLUSIÓN

Resaltar la importancia que el síndrome convulsivo febril típico puede ser el comienzo o la manifestación de otra patología. No dejar de lado la semiología y antecedentes para evitar problemas de otra índole.

DISPLASIA SEPTO-OPTICA

ZITO M.¹; DIAZ M.²; ESPINOSA R.³; BRUNORI E.⁴; WASSERMAN J.⁵
OSECAC^{1,2,3,4,5}
<paula.zito@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La displasia septo-óptica (DSO) o síndrome De Morsier, es un cuadro congénito de presentación poco frecuente (10,9 c/100000) constituida por hipoplasia de uno o mas frecuentemente de ambos nervios ópticos, ausencia de septum pellucidum y deficiencia hormonal de las hormonas hipotálamo – hipofisaria. Es uno de los casos más importantes de pérdida visual.

Su etiología es poco clara y la hipótesis genética es la más aceptada. Como factores de riesgo existe la baja edad materna, diabetes, anti-depresivos y antiépilépticos, tabaquismo, alcoholismo fetal.

El diagnóstico se realiza por exploración visual y estudio de imágenes. El tratamiento debe realizarse por equipo multidisciplinario endocrinólogo, oftalmólogo, estimuladora visual y neurólogo.

OBJETIVO

Presentación de un caso clínico de una patología poco frecuente en pediatría.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino, de tres meses de edad, que concurre a control de niño sano sin antecedentes perinatológicos de importancia, al examen físico: Ausencia de sostén cefálico, no seguimiento con

la mirada, no fijeza de la mirada, nistagmus horizontal. Se deriva a oftalmología quien realiza fondo de ojos: Papilas pequeñas y pálidas. Neurología, solicita RMN: agenesia de septum pellucidum, y disgenesia con hipoplasia de sector anterior del cuerpo calloso, EEG: normal, PEAT: compatible con hipoacusia conductiva y/o neurosensorial de grado leve, PEV: pérdida de unidades nerensoriales funcionales. Endocrinología: Estudio hormonal normal. Genética: por triada de hipoplasia del nervio optico, hipoplasia pituitaria y ausencia del cuerpo calloso y del Septum pellucidum, siendo una entidad nosológica de etiología monogéica (mutación del Gen HESX) en brazo corto del cromosoma 3 de herencia autosómica dominante. El paciente comienza con estimulación temprana y estimulación visual con muy buena respuesta, actualmente con tres años de edad concurre al jardín logrando relacionar objeto con imagen, realizando seguimiento visual en todas las direcciones clasificando por color correctamente, imitando gestos y movimientos a corta distancia.

CONCLUSIÓN

La DSO es una patología poco frecuente que si es abordada precozmente y con un manejo multidisciplinario hasta el desarrollo puberal, se logran resultados muy favorables.

PO 122

CÓMO EVALUAR EL RIESGO DE CONSUMO PROBLEMÁTICO, ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS EN EL CONSULTORIO: ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO CRAFFT COMO INSTRUMENTO DE PESQUISA

BERTINI M.¹; BUSANICHE J.²; BAQUERO F.³; EYMANN A.⁴; CATSICARIS C.⁵; PAZ M.⁶; KRAUSS M.⁷
HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES^{1,2,3,4,5,6,7}
<maria.bertini@hospitalitaliano.org.ar>

INTRODUCCIÓN

La consulta adolescente ambulatoria es un oportunidad para la identificación temprana de conductas de riesgo de consumo problemático de sustancias y contar con un instrumento de pesquisa eficaz y de fácil ejecución para evaluarlo como el CRAFFT resulta necesario. A la fecha no existen estudios que hayan comprobado su validez en población hispanoparlante o con condiciones socioculturales propias de los países latinoamericanos.

OBJETIVO

Efectuar una adaptación al castellano y validar el cuestionario CRAFFT en un grupo de adolescentes argentinos que acuden al consultorio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Adolescentes entre 14 y 20 años de edad que asistieron a consulta ambulatoria en la Sección de Adolescencia del Hospital Italiano de Buenos Aires entre octubre 2011 y febrero 2013. Con previa autorización de los autores originales, se realizó la adaptación transcultural del cuestionario CRAFFT que incluyó la traducción inicial al español (argentino) de forma independiente por parte de un traductor matriculado y otro bilingüe. Unificadas ambas traducciones (CRAFFTa) se realizó una retrotraducción al inglés por dos traductores independientes. Estas versiones en inglés fueron unificadas, comparadas con la versión original y avalada por los autores originales. Para la validación se compararon los resultados de CRAFFTa con el área del uso y abuso de sustancias del POSIT (POSITuas). En ambas escalas se asignó un puntaje de 1 en caso de responder "sí" y 0 si la respuesta era "no". Se consideró como individuo con riesgo aumentado

de uso problemático, abuso o dependencia de drogas a todo aquel que puntúe un total de 2 tanto para el CRAFFTa como para POSITuas.

RESULTADOS

286 adolescentes completaron adecuadamente ambos cuestionarios. El 52% fueron mujeres. La edad media fue de 16,6 años. El 98,6 % tenía secundario incompleto o estudios más avanzados. El 29 % (IC 23,7-34,3) de los adolescentes tuvo puntaje igual o mayor a 2 para CRAFFTa y el 37 % (IC 31,4-42,7) para POSITuas. La sensibilidad del CRAFFTa fue 59% y su especificidad del 88%, comparado con POSITuas. El valor predictivo positivo para CRAFFTa fue igual a 0,74 y el valor predictivo negativo fue igual a 0,78. El área bajo la curva con un corte de 2 fue igual a 0,73 (0,68-0,79). En la regresión lineal, variable dependiente el puntaje total de POSITuas, el R2 para los seis items fue 0,60. No se modifica con la exclusión de la pregunta 3 (si toma solo) y se modifica poco (0,58) sin la pregunta 1 (vehículo). Un modelo de 4 preguntas (relajarse, olvidos, familia y amigos y problemas) tiene casi la misma correlación (R2 0,58) que las 6 preguntas de CRAFFTa en un modelo de regresión lineal. Sexo y edad no modifican los resultados. La pregunta 4 (olvidos) es la que mejor se relaciona con POSIT (R2=0,33), seguida por la pregunta 5 (familiares o amigos) (R2= 0,27). La consistencia interna del test (alfa de Cronbach) fue 0,64.

CONCLUSIONES

A nuestro criterio el CRAFFTa puede ser para el pediatra un instrumento válido para pesquisar problemas relacionados al consumo de alcohol y otras drogas, aún cuando tenga una sensibilidad menor a la reportada. Un modelo de 4 preguntas del CRAFFTa se comporta de manera similar al de 6 preguntas.

PO 123

Opción a Premio

RQUITISMO: LO CREÍAMOS DERROTADO

RPD 124

DE SOUSA DO OLIVAL S.¹; FERRARO S.²; SASTRE G.³; WASSERMAN J.⁴
OSECAC^{1,2,3,4}
<sildaga@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN

Los bebés sanos de término que son amamantados exclusivamente hasta los seis meses con exposición adecuada a la luz solar no están en riesgo de desarrollar deficiencia de vitamina D. Solo pocos alimentos contienen niveles significativos de esta vitamina, por lo que se necesita la suplementación o fortificación de los mismos

OBJETIVOS

Revisar causa de déficit de vitamina D a propósito de un caso

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino que en su control del año de vida se constata genu varo bilateral asimétrico. Antecedentes: RNTPAEG. Sospecha de sepsis, medicado con antibióticos endovenosos, hemocultivos negativos. Alimentación con lactancia exclusiva hasta el 6° mes no suplementado con vitaminas.

Se solicita Rx que evidencia ensanchamiento de metafisis proximal de tibia y fémur.

Laboratorio patológico: 25OH vitamina D 16,4 ng/l, fosfatemia y calcemia disminuidas. Se descartaron otras causas de déficit de vitamina D, asumiéndose el origen como carencial.

CONCLUSIÓN

Se recomienda que los lactantes alimentados a pecho exclusivo se expongan al sol solo con pañal 30 minutos a la semana y vestidos sin gorro 2 horas por semana. Se sugiere suplementar con 400UI/día de vitamina D a aquellos niños alimentados con lactancia exclusiva hasta el sexto mes y a aquellos con alimentación por fórmula que reciban menos de 1000 ml/d.

Concientizar sobre la importancia de suplementación con vitamina D a todo lactante alimentado con pecho exclusivo y con exposición deficiente al sol.

UTILIDAD DE LA TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTADA EN TRAUMATISMO DE CRÁNEO LEVE EN PEDIATRÍA

PO 125

MÜLLER A.¹; ALBIOL P.²; BRAGAGNOLO L.³; SILVA N.⁴; SANCILIO A.⁵
HIGA EVITA LANUS^{1,2,3,4,5}
<anamuller2013@hotmail.com.ar>

INTRODUCCIÓN

Los accidentes constituyen la primera causa de morbimortalidad en la infancia; un tercio de los casos ocurren en el hogar, tratándose de eventos prevenibles.

El traumatismo craneal (TC) está presente en más del 80% de los casos, siendo en su mayoría considerados leves aunque pueden ocasionar lesiones intracraneales y generar secuelas.

La indicación de tomografía axial computarizada (TAC) en el TC leve en la infancia, es motivo de controversia en los servicios de urgencias pediátricas.

OBJETIVOS

Describir las características epidemiológicas y evolutivas de los niños hospitalizados con TC leve y conocer la utilidad de los estudios por imágenes en estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo y descriptivo realizado mediante el análisis de historias clínicas de niños internados en sala de Pediatría del HIGA Evita en el período de enero de 2013 a marzo de 2014 con diagnóstico de TC leve, entendiéndose como tal a aquellos niños que a su ingreso presentaron Glasgow mayor a 13 puntos.

Se analizó sexo, edad, mecanismo del trauma, motivo de internación, estudios de diagnóstico por imagen dentro de las primeras 24 hs, días de hospitalización y evolución.

RESULTADOS

Se incluyeron 105 pacientes, 70% eran del sexo masculino. El 49,5% eran menores de 2 años.

Se observó que el mecanismo del trauma más frecuente fue por caídas dentro del hogar en todas las edades, (67,6%), con un aumento del trauma por accidente de tránsito en los niños mayores de 2 años.

El motivo de internación más frecuente encontrado al ingreso fue en un 21% pérdida de conocimiento, 17% cefalohematoma, 17% hallazgo de imagen compatible con trazo fracturario en la radiografía de cráneo. El 66,6% permaneció internado durante 24 hs, 23,8% por 2 días y solo 9,5% más de 2 días.

Se realizó TAC en 33,3% de los casos; evidenciándose fractura en 13,3%.

El 1,9% requirieron intervención neuroquirúrgica.

CONCLUSIONES

Se observó al igual que en la literatura publicada, un mayor porcentaje de TC en pediatría en pacientes de sexo masculino, observándose que el accidente domiciliario fue la causa más frecuente del TC en todas las edades. En esta casuística se observa que en un alto porcentaje la TAC realizada dentro de las primeras 24 horas del TC leve no evidenció lesión estructural ósea.

DISCUSIÓN

El accidente no es una fatalidad, es ausencia de prevención, y como pediatras en la consulta debemos concientizar sobre la supervisión permanente de un adulto, ya que es la mejor y menos costosa conducta preventiva.

ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD 126

LABORDE B.¹; RODRIGUEZ J.²; MORANO P.³; MIRAMON V.⁴; BAZÁN S.⁵; ALONSO M.⁶; MACCARI Y.⁷; SELANDARI J.⁸
SANATORIO GÜEMES¹²³⁴⁵⁶⁷⁸
<brendalaborde12@hotmail.com>

OBJETIVO

Comunicar un caso de esclerosis múltiple y su evaluación multidisciplinaria. Actualizar el lugar e importancia de las nuevas metodologías diagnósticas de la patología desmielinizante pediátrica.

CASO CLÍNICO

Paciente de 14 años, sin antecedentes importantes de salud, derivada por servicio traumatología por temblor de miembros superiores de 2 meses de evolución, en tratamiento con antiinflamatorios, mio-relajantes y kinesioterapia motora.

La paciente refiere limitación para sus actividades cotidianas, aseo personal, escritura y uso de cubiertos. Debido a esto también refiere no asistir al colegio desde hace 2 meses.

EXAMEN FÍSICO

Lúcida, vigil, orientada, Glasgow 15/15, presenta fasciculaciones en lengua, parecía de miembros superiores con rigidez en rueda dentada izquierda e hiperreflexia patelar dercha. Hipoestesia en hemicuerpo izquierdo. Dismetría, adiadocoquinesia, motricidad fina alterada y ataxia.

Exámenes complementarios: hemograma, estado ácido base, ionograma, glucemia, hepatograma, rectantes de fase aguda, coagulograma, urea, creatinina, ácido láctico, amonio, CPK: normales. Se solicita RMN de cerebro y columna vertebral con y sin contraste que informa: áreas desmielinizantes activas en cerebro y médula cervical y dorsal. Se decide su internación y para completar estudios: potenciales evocados visuales alterados, auditivos y somatosensitivos normales, punción lumbar para bandas oligoclonales e Ig G y acuaporinas en sangre periférica negativos. Realizó tratamiento con metilprednisolona y plasmaféresis. Egreso sanatorial con diagnóstico de enfermedad desmielinizante multifocal, primer episodio.

Al mes presenta recaída clínica y RMN que evidencia nuevas lesiones en actividad en áreas diferentes de las del inicio y bandas oligoclonales positivas, arribando al diagnóstico de esclerosis múltiple.

En este trabajo se revisará el rol e importancia de los diversos métodos diagnósticos disponibles en la actualidad para la evaluación de este tipo de enfermedades.

SANGRADO GENITAL INTERMITENTE COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PODERES. A PROPÓSITO DE UN CASO

PO 127

TAGLIAFERRO G.¹; SLAVSKY A.²; RODRIGUEZ J.³; MACCARI Y.⁴; SELANDARI J.⁵
SANATORIO GÜEMES¹²³⁴⁵
<drstein083@hotmail.com>

OBJETIVO

Reportar un caso de diagnóstico difícil, que genera un reto para los pediatras en su práctica habitual.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Munchausen por poderes (SMPP) constituye una forma de maltrato infantil de alto riesgo, de difícil diagnóstico que a menudo pasa desapercibido. Uno de los padres simula la existencia o provoca síntomas en el niño con el objetivo de buscar asistencia médica y maniobras diagnósticas o terapéuticas costosas o de alto riesgo.

CASO CLÍNICO

Paciente de 7 años y 5 meses de edad, previamente sana, en seguimiento ambulatorio en nuestra institución por un periodo de 2 meses, presenta sangrado genital intermitente de 3 meses de evolución, según referencia materna. No escolarizada por tal motivo. Al examen físico: buen estado general, normo coloreada. No se observan lesiones en piel y mucosas, no presenta edemas ni otros sangrados. Genitales acorde sexo y edad, en ropa interior se constata sangrado oscuro. Presenta sedimento urinario con más de 30 hemáties, 3 leucocitos, sin proteinuria. Con diagnóstico presuntivo de infección urinaria, recibe tratamiento antibiótico por 10 días (urocultivo negativo). Evaluado

por Nefrología, Urología, Ginecología y Endocrinología. Se realizaron los siguientes exámenes complementarios que fueron normales: laboratorio, ecografía abdomino-renal y ginecológica, TC abdomen y pelvis con y sin contraste oral y EV. Por persistir con signo sintomatología se realiza vaginoscopia bajo anestesia (normal). Nueva muestra de orina realizada en presencia de personal médico (normal). Con el diagnóstico presuntivo de SMPP se indica internación para mejor evaluación que no se puede efectivizar debido a falta de cobertura de su obra social en nuestra institución. No se halla institución receptora por su sistema de seguridad social por lo que se solicita evaluación al hospital Garrahan, donde realiza seguimiento ambulatorio inicial, luego internación y posterior alta con seguimiento por Pediatría, Salud Mental y Servicio Social con sospecha de SMPP.

CONCLUSIÓN

Nos encontramos frente a un Síndrome de difícil diagnóstico, que no posee una presentación clínica típica y que muchas veces es subdiagnosticado. Destacamos la importancia de un buen seguimiento ambulatorio por parte del personal médico a cargo, para poder sospechar esta forma de maltrato, logrando reportar el caso, en las situaciones que así lo ameriten para garantizar la protección del niño.

DOLOR ABDOMINAL COMO SÍNTOMA INICIAL DE TUMOR SUPRARRENAL. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

PO 128

ORTIZ ARAYA V.¹; GROSSE A.²; ALONSO M.³; MORANO P.⁴; MACCARI Y.⁵; SELANDARI J.⁶; GRILLO J.⁷
SANATORIO GÜEMES^{1,2,3,4,5,6,7}
<vale1585@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal es un motivo de consulta frecuente, muchas veces subestimado. Las características del dolor, junto a antecedentes, examen físico, estudios complementarios ayudan a arribar a su causa. Las masas abdominales son en su mayoría organomegalias y un menor porcentaje corresponden a anomalías del desarrollo o neoplasias.

OBJETIVO

Comunicar dos casos de etiología infrecuente como causa de dolor abdominal aislado.

Caso clínico 1: Niña de 9 años, consulta por dolor abdominal periumbilical, tipo cólico asociado a vómitos intermitentes de 15 días de evolución. Al comienzo se sospecha infección urinaria alta, sin obtener mejoría con el tratamiento antibiótico. Por persistir con dolor se realiza ecografía: imagen heterogénea en glándula suprarrenal izquierda. Es evaluada por oncología, endocrinología y cirugía. Se completan estudios con TC: imagen heterogénea de densidad tisular 28 x 38 mm en misma área, RNM: lesión de bordes definidos con características hemorrágicas de 30 x 20 x 10 mm; ácido vainillín mandélico, catecolaminas urinarias, alfafetoproteína, β-HCG, perfil

hormonal normales. Durante su internación surge como antecedente traumatismo abdominal leve. Se realiza suprarrenalectomía izquierda. Anatomía patológica: hemorragia adrenal en organización.

Caso clínico 2: Niña de 2 años, con dolor abdominal en hipocondrio derecho, persistente, con escasa respuesta a analgésicos comunes, de 4 días de evolución. Se realiza ecografía: glándula suprarrenal derecha aumentada de tamaño, contornos irregulares y parénquima heterogéneo con algunas microcalcificaciones, rica vascularización interna, de 62x40x54mm, lo que provoca desplazamiento anterior e interno de la vena cava inferior. Se completan estudios α-feto proteína, antígeno carcinoembrionario, ácido vainillín mandélico y ácido homovanílico: normales y spray de catecolaminas: negativo; TC: masa hipodensa, densidad sólida en suprarrenal derecha de 72x37 mm, que realiza en forma heterogénea con contraste. Por sospecha de ganglioneuroma se realiza excéresis de la lesión, cuya anatomía patológica confirmó el diagnóstico.

CONCLUSIÓN

Ante la tórpida evolución de dolor abdominal, sospechar la presencia de masas abdominales, que continúan siendo un reto diagnóstico y terapéutico.

ADENOMEGALIA SUPRACLAVICULAR DE CAUSA BENIGNA. A PROPÓSITO DE UN CASO

PO 129

FUSONI F.¹; ABREGÜ VERA M.²; SLAVSKY A.³; FRAGA M.⁴; CORAZZA R.⁵; MACCARI Y.⁶; SELANDARI J.⁷; GRILLO J.⁸
SANATORIO GÜEMES^{1,2,3,4,5,6,7,8}
<flor_fusoni@hotmail.com>

INTRODUCCION

Las adenomegalias son en general secundarias a procesos benignos transitorios y autolimitados. La incidencia de enfermedad neoplásica en niños con adenomegalias sin causa evidente es del 1%, pero el 75% de las adenomegalias supraclaviculares están relacionadas con procesos malignos, siendo necesario métodos cruentos para su diagnóstico.

OBJETIVO

Reportar un caso de adenomegalia supraclavicular de etiología benigna. Enfatizar en una anamnesis minuciosa y examen físico completo para lograr un abordaje adecuado intentando evitar procedimientos cruentos, si fuera posible.

CASO CLINICO

Paciente sexo femenino de 11 años de edad consulta por tumoración supraclavicular de una semana de evolución. Antecedentes: excéresis de hemangioma cervical derecho a los 9 años. Vacunas completas. Contacto con crías de gatos 2 meses previos a la consulta y haber tenido arañazos en cara.

Examen físico: Adenomegalia supraclavicular izquierda dolorosa, no adherida a planos profundos, sin signos de flogosis, móvil, de consistencia duro-elástica, de 2 cm de diámetro aproximadamente. No presenta lesiones en piel al momento de la consulta.

Exámenes Complementarios: Ecografía de partes blandas informa: adenomegalia de 27 x 10 mm en región supraclavicular. Radiografía de tórax y Ecografía abdominal normales. PPD negativa. Serologías: HIV, Sífilis, Toxoplasmosis, Citomegalovirus, Epstein Barr, Hepatitis B - C todas negativas, excepto Bartonella Hansenlae IgG + 1/20 e IgM negativa.

Se interconsulta con Infectología y Cirugía infantil para definir toma de biopsia. A pesar de la localización de la adenopatía y los bajos títulos de anticuerpos (+ >1/64 Elisa o IFI), se considera en forma conjunta el cuadro clínico como de posible causa benigna, dado el buen estado general de la paciente, el antecedente epidemiológico y el corto periodo evolutivo. Se decide realizar prueba terapéutica, con Trimetoprima sulfametoxazol 10mg/kg/día durante 7 días, bajo control clínico evolutivo, con resolución completa.

CONCLUSIÓN

Destacamos la importancia de la anamnesis detallada, el examen físico y la solicitud criteriosa de estudios complementarios. Los antecedentes epidemiológicos y la respuesta al tratamiento favorable, permitieron arribar al diagnóstico de una enfermedad infecciosa benigna, con manifestación clínica poco habitual. Teniendo en cuenta la importancia en la premura de descartar procesos malignos, en este caso no fue necesaria la intervención quirúrgica.

EXPERIENCIA DEL TRABAJO INTERDISCIPLINARIO EN OPERATIVO SANITARIO

PO 130

CUENCIO RODRIGUEZ M.¹; NEGRI M.²; GAGGI E.³; ROCCA RIVAROLA M.⁴; SCHNITZLER E.⁵
HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL^{1,2,3,4,5}
<mecuencio@hotmail.com>

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN

La Unidad Pediátrica Móvil (UPM), es un programa de la Asociación La Casa de Ronald McDonald, que brinda junto con el Hospital Universitario Austral (HUA) atención médica pediátrica, odontológica y oftalmológica a los niños de 0-16 años con difícil acceso al sistema de salud. Desde sus inicios en el año 2001, la UPM ha asistido a más de 60.000 niños, recorrido más de 140.000 Kms y visitado más de 14 provincias argentinas.

Su tarea diaria la realiza en Pilar, area de influencia del HUA y realiza al menos 4 operativos sanitarios por año al interior del país.

Estrategia: Describir el trabajo realizado en Operativo Sanitario.

Entre el 27 y 31 de Enero se desarrolló en la localidad mendocina de Las Heras el primer operativo sanitario del año que incluyó atención pediátrica, odontológica, oftalmológica y vacunación a los niños de la zona. Para realizarlo se constituyó una alianza con entidades de salud de gran jerarquía de la región, una Fundación de Oftalmología, una Fundación de desnutrición infantil, un grupo de 63 estudiantes voluntarios de una prestigiosa Universidad, el Hospital Pediátrico zonal y el Ministerio de Salud provincial.

TÉCNICAS Y ACCIONES EMPLEADAS

Se realizó una evaluación socio-sanitaria previa. Los estudiantes realizaron un censo de la población, pesaron y midieron a los niños,

que luego fueron evaluados en el consultorio de pediatría con una anamnesis y examen físico completo. Se chequeó en todos los casos el calendario nacional de vacunación y se completaron las dosis faltantes. Aquellos niños con desnutrición (acorde a los percentiles de la OMS) se derivaron a pediatras y nutricionistas de la Fundación de desnutrición para continuar el seguimiento. Todos los niños fueron evaluados por el servicio de oftalmología que realizó screening de la agudeza visual. Los que presentaron patología se derivaron a los consultorios externos para seguimiento y tratamiento. Los pacientes con patologías pediátricas se derivaron al hospital pediátrico y aquellos que requerían quedarse en la ciudad se contactaron con otro programa de la Asociación, La Casa de Ronald McDonald de Mendoza, para alojarlos.

CONCLUSIONES

El propósito de la alianza buscó incrementar y potenciar la atención brindada a la comunidad a través del trabajo en red con rápidas derivaciones a especialistas, diagnósticos tempranos y adecuado seguimiento posterior. Como resultado, logramos atender 517 niños en pediatría, 427 niños en oftalmología, 100 niños en odontología y se brindaron charlas informativas a la comunidad sobre primeros auxilios, prevención de accidentes domésticos, lactancia materna, entre otros.

A PROPÓSITO DE UN CASO: DISTROFIA MUSCULAR DE PRESENTACIÓN ATÍPICA

RPD 131

BERTONA C.¹
HOSPITAL FLEMING¹
<caritobertona@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

Variedad de enfermedades asociadas a diversas mutaciones genéticas, con debilitamiento y atrofia muscular.

DISTROFINOPATÍAS (ligado X)

Principalmente DMD y DMB, defecto en el gen Xp21. Presentan deleciones, duplicaciones o mutaciones puntuales; fallo en la producción de distrofina. Diagnóstico: inmunohistoquímica muscular y genética molecular.

DMD: 2 a 4 años. Deficiencia total de distrofina. Se transmite 2/3 ligado X, 1/3 de Novo; de 1 o más axones localizados entre 3-7/44-55 Xp21. Presenta aumento de CPK, GOT, GPT.

- Deambulaban después de los 18 meses, alteración en la marcha y al levantarse (signo de Growers)
- Posición anormal de miembros inferiores
- Retraso en el lenguaje y madurativo
- Alteración de conducta; déficit de atención e hiperactividad
- Pseudohipertrofia gemelar
- Hipotonía

DMB: comienzo y curso variable. Debilidad y mialgias.

Caso clínico: Masculino de 4 años. Desarrollo neuromadurativo retrasado. Baja talla y peso. Convulsiones tónico clónico generalizada de 1 año de evolución. Facies peculiar, inexpressividad facial, hepatomegalia. Hipotonía generalizada. Motor grueso y fino retrasado. Inestabilidad en la marcha.

Se sospecha de enfermedad de depósito.

Comienza con clobazam, se evidencian episodios tónicos, luego crisis de ausencia por lo que se rota a levotiracetam. Se agrega ácido valproico por ausmirse epilepsia de ausencias mioclónicas con base genética. Actualmente sin medicación.

- Rx 5º metacarpiano de mano izquierdo: edad ósea de 2 años y 6 meses
- Función tiroidea: THS 6.36/ T4 9.84
- EEG: desorganizado, generalizado poli punta y poli punta onda irregular
- Ecografía abdominal: ligera esplenomegalia
- Mucopolisacáridos en sangre: positivo. Confirmarse por determinación cuantitativa de glicosaminoglicanos.
- Oligosacáridos: dos bandas atípicas positivas. Repetir determinación en orina de 24 hs
- Ácido orgánicos en orina: moderado aumento de hipurato
- Cortisol: disminuido
- Hemograma por hematología: Linfocitos vacuolados
- GOT-GPT-CPK: aumentado
- Molecular: alteración numérica (deleción) en axones 48/49/50/51/52 en gen DYS
- Pendiente: la realización de biopsia muscular

CONCLUSIÓN

La presentación de este caso resulta interesante por la diversidad de síntomas en este paciente en particular, lo que dificulta aun su diagnóstico, sirviendo de antecedente para que colegas pediatras tengan en cuenta presentaciones atípicas de este grupo de patologías.

USO O ABUSO DE LAS REDES SOCIALES EN NUESTROS NIÑOS: FACEBOOK EN LA MIRA

PO 132

FANJUL REGUEIRA L.¹; LIENAU M.²; BURGOS F.³; GIANOTTI A.⁴; ROCCA RIVAROLA M.⁵
HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL^{1,2,3,4,5}
<leandrofanjul@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El advenimiento de las redes sociales es un hecho aún no discutido por los pediatras quienes carecen de información acerca del uso que hacen sus pacientes de las mismas y que impone un debate para su tratamiento con los padres en la consulta.

OBJETIVOS

Determinar edad de inicio en la red social Facebook (FB).
Conocer la información que manejan los padres.
Dar pie a la discusión sobre qué medidas debemos tomar como pediatras desde el consultorio.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una encuesta de 13 preguntas de selección múltiple a los padres de los pacientes en los consultorios pediátricos del Hospital Universitario Austral (HUA), entre diciembre 2013 y febrero de 2014.

POBLACIÓN

Se encuestaron 350 padres en el sector de consultorios externos de pediatría del HUA.

RESULTADOS

El 39.5% de los niños que usan Facebook son menores de 13 años, aunque el 75% de los padres saben que es para mayores de 13.
El 71.4% de los encuestados manifiestan conocer el funcionamiento de las redes sociales, pero sólo 39.7% admiten conocer las políticas de la red FB. El 69% sabe que sus hijos tienen una cuenta en FB. De éstos, sólo un 36%

refieren haber leído las políticas de seguridad de la red social y 21% dicen haber leído sólo algunas.

De todos los padres que utilizan FB, el 64% tienen a sus hijos como amigos, de éstos el 43.7% conocen a todos los amigos de sus hijos, el 63.7% sólo a algunos y el 7.5% a ninguno.

Respecto a los criterios impuestos por los padres para sumar amigos en la red, 27.6% refirió no imponer ninguno, 36% requería del conocimiento de los padres, 10% imponía límite de edad y 24% contemplaba estos últimos 2.

DISCUSIÓN

FB es la red social más usada en Argentina. La reglamentación prescribe que los usuarios deben ser mayores de 13 años y nuestro estudio encontró un porcentaje de 39,5% de usuarios menores de esa edad y un 60% de padres que desconocen las políticas y por lo tanto la ilegalidad de que sus hijos usen esta red.

A su vez, también son sugestivos los resultados que dan cuenta de cuántos padres conocen a los amigos de sus hijos en FB y los criterios que usan para aceptarlos, teniendo en cuenta los peligros que se encuentran los menores dentro de la red.

Si bien esta es una investigación preliminar, pretende ser el punto de partida para pensar qué lugar debemos tomar los pediatras desde el consultorio y qué posibilidades/responsabilidades tenemos para abordar estos temas que son de vital importancia para la salud psicológica de los niños.

NEUTROPENIA CRÓNICA AUTOINMUNE. A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD 133

MATTEUCCI LACREU M.¹; BRUNO D.²; VERA C.³; ALONSO M.⁴; MACCARI Y.⁵; SELANDARI J.⁶
SANATORIO GÜEMES^{1,2,3,4,5,6}
<albertina.matteucci@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

Se considera neutropenia cuando la cifra de neutrófilos es inferior a 1500/mm³ y se define como severa cuando el conteo es inferior a 500/mm³, con alto riesgo de infecciones severas. Existen múltiples causas de neutropenia: centrales y periféricas, no obstante existe un grupo en el que no es posible determinar la causa: Neutropenia Crónica Idiopática / Autoinmune, que se caracteriza por auto reactividad contra los leucocitos con disminución de neutrófilos circulantes en ausencia de otras deficiencias hematológicas. Es un desorden raro, que se puede presentar en forma primaria y/o secundaria. La primaria, es más frecuente en menores de 3 años y se manifiesta con infecciones persistentes leves de piel y tracto respiratorio superior. La remisión espontánea es lo habitual en el 95 % de los casos, en un periodo entre los 7 y 24 meses.

OBJETIVO

Reportar un caso de una patología poco frecuente con clínica habitual.

CASO CLÍNICO

Paciente de 13m RNT/PAEG, con antecedentes de múltiples cuadros infecciosos de tracto respiratorio superior desde los 9m, que se interna por presencia de absceso perianal. Al examen físico: presenta dos abscesos perianales, uno con úlcera central que impresiona haber

drenado y el segundo eritematoso, caliente, indurado. Se realizan Hto 30.5%, Hb 9.9g/dl, GB 10.500/mm³ (1/1/0/71/27), plaquetas 784000/mm³, PCR 30.4mg/dl, ESD 50mm/h, HMCx2 negativos, se inicia tratamiento con ceftriaxona, clindamicina y gentamicina. A las 24hs se realiza laboratorio de control GB 8200/mm³ (1/2/71/26). Por persistencia de neutropenia se inicia estudio inmunológico: ecografía abdominal, dosaje de GAME, HIV, proteinograma electroforético: normales Se realiza interconsulta con Hematología, se solicitan serologías para CMV, Herpes I, II, VI, VEB, Parvovirus B19, VDRL, todas negativas; se realiza PAMO, llegando al diagnóstico de Neutropenia Crónica Autoinmune, por lo que inicia tratamiento con filgastrim. Actualmente tras un año de tratamiento con buena respuesta, con reducción de cuadros infecciosos, se decide suspender el tratamiento, manteniendo valores estables de neutrófilos tras 2 meses libre de factor estimulante de colonias.

CONCLUSIÓN

Ante pacientes con episodios reiterados de cuadros infecciosos respiratorios y dermatológicos, tener presente dentro de los diagnósticos diferenciales a la NAC para lograr una abordaje oportuno, llegando tempranamente a su diagnóstico, mejorando así la calidad de vida a largo plazo.

AMELOBLASTOMA INFANTIL. A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD 134

VALLEJOS P.¹; RODRIGUEZ J.²; COLUCCIO M.³; SLAVSKY A.⁴; FRAGA M.⁵; DIAZ S.⁶; MACCARI Y.⁷; SELANDARI J.⁸
SANATORIO GÜEMES¹²³⁴⁵⁶⁷⁸
<piuky@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El ameloblastoma es una neoplasia poco frecuente en la edad pediátrica (11 al 13 % de todos los ameloblastomas y menos del 10% de los pediátricos ocurren en menores de 10 años). Son en su mayoría benignos, pero con alta tasa de recurrencia local (20-40% en niños). El riesgo de metástasis es bajo (2%) y ocurre mayormente en la forma multiquística (<5% en pediatría).

Su tratamiento es quirúrgico, pudiendo ser causa de secuelas estéticas y funcionales importantes.

OBJETIVO

Describir un caso de ameloblastoma infantil, tumor infrecuente en la edad pediátrica.

CASO CLÍNICO:

Niña de 9 años 11 meses, consulta por tumoración en mejilla derecha de 20 días de evolución.

Examen físico: asimetría facial con tumefacción en maxilar inferior derecho, duro-pétreo, adherida a planos profundos, indolora. Apertura bucal conservada.

Antecedentes: al inicio consultó en otro centro. Ecografía de partes blandas: imagen compatible con colección abscedada. Recibió penicilina 10 días.

Al ingreso se solicitó:

- Ecografía de partes blandas: imagen líquida de contornos definidos en contacto con el plano óseo de 58,6 x 32,5 mm. Zona ecogénica

heterogénea en una de sus paredes, con captación doppler positiva.

- Laboratorio normal.
- Rx de macizo facial: solución de contigüidad en rama ascendente derecha de maxilar inferior, imagen radiolúcida quística, delimitada, contiene pieza dentaria.
- TC macizo facial y cuello: Voluminosa lesión expansiva predominantemente quística en rama de hemimaxilar inferior derecho que involucra la rama vertical y horizontal de 45 x 35 mm. Afinamiento y remodelación ósea cortical que presenta realce heterogéneo en su interior. Múltiples nódulos linfáticos cervicales. Glándula submaxilar desplazada por lesión maxilar y engrosamiento de partes blandas de cavum.

Por sospecha de lesión neoplásica de crecimiento acelerado, fue evaluada por ORL y cirugía maxilofacial. Se realiza cirugía con resección de masa tumoral con hemisección de maxilar inferior derecho y reconstrucción con placa de titanio con autoinjerto de tejido óseo microvascularizado.

CONCLUSIÓN

Conocer esta patología como diagnóstico diferencial de tumoraciones maxilofaciales, evita demoras en el diagnóstico de una patología de baja prevalencia en pediatría pero con riesgo de discapacidad y malignidad.

SINDROME 47XXX COMO CAUSA RARA DE RETRASO MADURATIVO. A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD 135

RENNIS M.¹; IVAROLA P.²; FRAGA M.³; GARRIDO J.⁴; MACCARI Y.⁵; SELANDARI J.⁶
SANATORIO GÜEMES¹²³⁴⁵⁶
<maria.rennis@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El Sd 47XXX tiene una incidencia de 1: 1000 nacidas vivas. No suele sospecharse al nacimiento ni en la infancia, sino que son diagnosticadas durante la edad adulta por falla ovárica precoz o esterilidad, debido a la falta de características clínicas específicas. El coeficiente intelectual varía entre 85 y 90; siendo frecuentes los trastornos del lenguaje y coordinación motora, una minoría de casos presenta retraso en la adquisición de las pautas motoras.

OBJETIVOS

Enfatizar la evaluación exhaustiva de pacientes que no cumplen pautas madurativas acorde a su edad cronológica. Comunicar un caso de Síndrome 47XXX con presentación infrecuente.

CASO CLÍNICO

Niña (nt/paeg), que requirió luminoterapia por hiperbilirrubinemia; asiste a controles de salud en consultorio de pediatría mensualmente. A los 3 meses de vida se detecta sostén cefálico pobre, en esa oportunidad se decidió esperar al próximo control para valorar nuevamente

pautas madurativas. Concorre a los 5 meses donde se constata falta de sostén cefálico, no acompaña con la cabeza al sentarla, no realiza trípode, atenta a sonidos, se ríe a carcajada y lleva manos a la boca. Examen físico: hipotonía leve generalizada, MMII postura de rana, ROT +, no impresiona debilidad, signo de la bufanda débil. Antropometría en percentilo acorde a edad y sexo.

Se realizó interconsulta con neurología infantil, quien solicita EEG de sueño: sin particularidades; ecografía de cerebro: informa leve ventrículomegalia del VLI y del III ventrículo. Indica iniciar estimulación temprana. Se realiza además valoración por genética quien solicita estudio cromosómico que informa 47 XXX.

La paciente comenzó a sentarse a los 9 meses, a pararse y dar pasos con ayuda al año de vida.

CONCLUSIONES

Aunque infrecuentemente, el retraso madurativo aislado, sin otros estigmas físicos, también puede ser causado por trastornos cromosómicos hallables en el cariotipo convencional.

TUMOR FIBROSO SOLITARIO BENIGNO DE PLEURA, A PROPOSITO DE UN CASO

RPD 136

BRUNO D.¹; MORANO P.²; ALONSO M.³; RABINOVICH F.⁴; MACCARI Y.⁵; SELANDARI J.⁶; GRILLO J.⁷
 SANATORIO GÜEMES¹²³⁴⁵⁶⁷
 <danielabruno.db@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El tumor fibroso solitario (TFS) es una neoplasia infrecuente de origen fibroblástico, representa el 8% de las neoplasias benignas del tórax y el 10% de las pleurales. Afecta mayormente a mujeres, con una edad promedio de 58 años. La localización más frecuente es la pleura visceral (70%), generalmente son asintomáticos, o se presentan con tos, disnea, dolor torácico, fiebre, hemoptisis y pérdida de peso. El diagnóstico es histopatológico y el tratamiento quirúrgico. Es importante su seguimiento debido a su comportamiento biológico, recurrencia local y metástasis.

OBJETIVO

Presentar un caso de TFS de pleura, patología infrecuente en pediatría. Caso clínico: Paciente de 15 años consulta por dolor tipo puntada de costado en hemitórax derecho, de 3 años de evolución, en aumento en el último mes, con limitación para realizar ejercicio; afebril. Recibió en dos oportunidades en el último año, tratamiento antibiótico por diagnóstico presuntivo de neumonía, con persistencia de imagen en Rx de tórax.

Al examen físico buen estado general, eutrófica, eupneica, asimetría torácica con abombamiento de hemitórax derecho dorsal, destacán-

dose con la maniobra de Adams, triángulo de la talla asimétrico. Hipoventilación en campo medio derecho con matidez y columna sonora. Se realiza Rx de tórax frente: imagen radio opaca, homogénea en lóbulo medio derecho; en perfil imagen en mediastino posterior de límites netos y convexidad anterior.

Se interconsulta con oncología y cirugía infantil solicitando hemograma, PCR, LDH, coagulograma, medio interno, hepatograma, perfil fosfocálcico, ácido úrico, albúmina, alfa feto proteína, sub unidad beta: normales. ESD 70mm/h. TC tórax: en región posterior de hemitórax derecho imagen hipodensa, homogénea, sólida, que realiza con contraste e impronta sobre los arcos costales, con irregularidad de la cortical. Centellograma óseo corporal total con tecnecio 99: aumento de la vascularización con leve refuerzo en la distribución del compuesto. RMN de columna completa: escoliosis dorsolumbar.

Se realiza biopsia que informa TFS, con posterior resección tumoral confirmando el diagnóstico.

CONCLUSIÓN

Ante imágenes patológicas persistentes en Rx de tórax es importante ampliar estudios diagnósticos. En este caso hallamos una patología muy infrecuente como causa de tumor torácico en pediatría.

EROSIÓN DENTAL EN NIÑOS ASMÁTICOS TRATADOS CON BRONCODILATADORES

PO 138

SORAZABAL A.¹; PASARINI L.²; CASTRO M.³; ARGENTIERI A.⁴
 CATEDRA DE ODONTOLOGIA PREVENTIVA Y COMUNITARIA,
 FACULTAD DE ODONTOLOGÍA UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES¹²³⁴
 <anasorazabal@gmail.com>

El asma es una enfermedad inflamatoria crónica que provoca que las vías respiratorias se estrechen y dificulta la respiración. La medicación para el asma incluye broncodilatadores y fármacos anticolinérgicos. La mayoría de estos medicamentos se inhalan mediante diversas formas de inhaladores o nebulizadores. Se ha informado que las medicinas tomadas por un inhalador de polvo seco pueden causar erosión dental cambiando el ambiente químico de la boca.

OBJETIVO

El objetivo del presente estudio fue determinar la prevalencia de erosión dental en los niños que reciben medicación broncodilatadora y establecer su asociación con el tipo de medicamento y la frecuencia de la ingesta de bebidas.

MATERIAL Y MÉTODO

La muestra incluyó a 50 niños medicados (edad media 5,52 + / - 1,29 años) usando un inhalador de medicamento a lo largo de los 9 meses anteriores al estudio. Los padres de los niños completaron un

cuestionario acerca de la salud general y el consumo de bebidas. Los exámenes dentales se llevaron a cabo y se determinó la pérdida de tejido dental según Smith y Knight (1984). Se determinó la distribución de frecuencias de las variables incluidas en el cuestionario. La media y el ES se calcularon para el índice de erosión dental. Se analizó la asociación y correlación entre las variables.

RESULTADOS

80% de los niños utiliza salbutamol (pH = 2,5) y 20% utiliza cromoglicato disódico (pH = 5,2). La erosión dental se observó en el 60% de salbutamol y en el 20% de los usuarios de cromoglicato disódico. No se observó asociación entre la medicación y la erosión dental (chi 5,128, p < 0,024. OR = 6,0). No se encontró asociación entre otras variables.

CONCLUSIÓN

Existe una alta prevalencia de erosión dental en los niños que reciben medicación broncodilatadora.

¿SABEMOS LO QUE PIENSAN LAS MADRES DE LA FIEBRE? ¿PORQUE LA ANGSTIA?

PO 139

AMBROSIS C.¹; GUGLIELMINO G.²; PINEDA M.³; POSE M.⁴; CHAVEZ L.⁵; VIRGINIO C.⁶; SAEZ A.⁷

HOSPITAL GANDULFO¹²³⁴⁵⁶⁷

<cambrosis@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN

Es ampliamente conocido que la fiebre es el motivo de consulta más frecuente, ya que se asocia al compromiso de la salud y por lo tanto al riesgo de vida. El miedo a las convulsiones, daño cerebral, meningitis y muerte cuando un niño tiene fiebre elevada no es patrimonio exclusivo de los padres, diversos estudios han demostrado que las conductas y prescripciones de los pediatras alimentan este temor.

OBJETIVOS

Conocer prácticas habituales de las madres en el tratamiento de la fiebre. Y Determinar si la presencia del pediatra de cabecera modifica su estado de angustia y su proceder ante el episodio febril.

POBLACIÓN

Madres de niños de 0 a 13 años de edad en sala de espera de consultorios de demanda espontánea de pediatría en HIGA Gandulfo, Lomas de Zamora.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio analítico y cualitativo de corte transversal por medio de encuesta anónima con preguntas abiertas y de opción múltiple a 200 madres.

RESULTADOS

El 81% de las madres tienen pediatra de cabecera, de las cuales 92%

de los pediatras le explicaron que hacer si su hijo tiene fiebre. 82% de las madres sin pediatra de cabecera recibieron esta información por otro profesional. 97% de las madres usa termómetro, las que no lo utilizan 97% no tiene pediatra de cabecera. Antitérmico usados: Ibuprofeno (87%), Paracetamol (9%), Dipirona (3,5%) y Aspirina (0,5% n=1 madre adolescente sin pediatra de cabecera con estudios primarios). El tiempo de espera para control de temperatura luego del antitérmico fue: ½ hora 36%, 1 hora 37% y 2 horas 27%. Medios físicos utilizados: baños 72%, paños fríos 24% y paños con vinagre 3% (sin variación según edad, nivel educativo y presencia de pediatra de cabecera). El 80% de las madres temían a la fiebre, los miedos más frecuentes fueron: convulsiones 83%, meningitis 11%, y otros 6%, se encontraron resultados similares en todos los rangos etarios de madres y niños. 20% de las madres no referían miedo ante el episodio febril, de las cuales 87% poseía pediatra de cabecera, la edad de los niños no influyó en el resultado.

CONCLUSIONES

Las madres presentan los mismos temores y conductas ante la fiebre independientemente de su edad, la edad de sus hijos y la presencia del pediatra de cabecera. Es relevante tomar conciencia de esta situación y replantearnos, como pediatras de cabecera, qué actitudes y consejos les transmitimos a las madres en nuestra practica diaria.

TENDENCIA PROGRESIVA A LA OBESIDAD INFANTIL EN UNA ESCUELA DE CAMPO QUIJANO

RPD 140

AGUIRRE MORALES E.¹

HOSPITAL FRANCISCO HERRERA; ESCUELA BARTOLOMÉ MITRE. CAMPO QUIJANO - SALTA

<sapeventos@arnet.com.ar>

INTRODUCCIÓN

Obesidad trastorno metabólico que conduce a una excesiva acumulación de tejido adiposo en relación a lo esperado para sexo talla y edad, manifestándose con un aumento de peso corporal. Actualmente pasó a ser la enf. crónica no transmisible mas prevalente del mundo, incluyendo a niños y adolescentes en la mencionada tendencia. Desempeña un papel fundamental en el síndrome metabólico, caracterizado por la asociación de hiperinsulinemia, hipertensión arterial, dislipemia, diabetes 2. Aumentando el riesgo de enfermedad cardiovascular. En estudios realizados en la argentina en las últimas décadas su prevalencia varía entre 4,1% a 11% cifras que corresponden con otras encontradas a nivel mundial. Para evaluar obesidad infantil el indicador mas aceptado es el índice de masa corporal, se calcula dividiendo peso expresado en kg por talla expresada en metros, elevada al cuadrado. El presente estudio se realiza con el objeto de determinar que prevalencia tiene la obesidad en una población determinada, la incidencia de factores de riesgo, tomando dos cohortes alumnos de 1° y 6° grado, en el marco del PROSANE.

OBJETIVOS

1) determinar prevalencia de obesidad en niños de 1° y 6° grado 2) detectar incidencia de HTA asociada a obesidad 3) estudiar tendencia a hiperglucemia relacionada con obesidad 4) detectar incidencia de

dislipemia asociada a obesidad 5) evaluar incidencia en el aumento de transaminasas asociada a obesidad.

Materiales: planillas PROSANE, guías de crecimiento y desarrollo de la SAP, balanza, pedimetro, manguito medición de ta, Metodología: estudio descriptivo de corte trasversal, Criterios de Inclusión: todos los alumnos de 1°y 6°grado nacidos 2001-2002; 2006-2007 de la escuela mencionada durante 10/13. Exclusión: sobreedad para la cohorte
Tamaño Muestral: 232 alumnos. Variables: sexo, edad, peso, IMC, TA, colesterolemia, trigliceridemia, transaminasas hepáticas, glucemia. Aspectos éticos: previo consentimiento informado y firmado.

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 232 alumnos: 19 con sobreedad, 1 sin auto-ritización, n° de pacientes obesos: 37, de pacientes con sobrepeso: 10, prevalencia de obesidad: 13%. incidencia hta-obesidad: 23,4%, incidencia de hiperglucemia 35%; incidencia dislipemia: hdl bajo:42%, hipertrigliceridemia:44%, hipercolesterolemia:11%. incidencia del aumento de trasaminasas GOT 11%,gpt:11%

CONCLUSIONES

Es llamativo tan altos índices de obesidad y su relación a factores de riesgo teniendo en cuenta medio ambiente y factores socioculturales.

HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA EN ESCOLARES DE LA CIUDAD DE SANTA FE

PO 141

MARTINS J.¹; SIEBEN, X.²; BOSSIO, J.³; ARIAS S.⁴

CÁTEDRA DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA, FACULTAD DE BIOQUÍMICA Y CIENCIAS BIOLÓGICAS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL^{1,2,3,4}

<jeronimormartins@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

Los cambios en los hábitos de alimentación y actividad física se consideran asociados al incremento del sobrepeso y la obesidad en la población general y en los escolares en particular.

OBJETIVOS

Describir los hábitos de alimentación y actividad física en escolares de la ciudad de Santa Fe.

Población: escolares de primero, cuarto y séptimo grado de escuelas públicas y privadas de la ciudad de Santa Fe.

MÉTODOS

Estudio descriptivo de corte transversal. Se distribuyó una encuesta estructurada para una muestra de 486 niños, la cual fue completada por sus padres, sobre hábitos de alimentación y actividad física. Se utilizaron las recomendaciones de OMS para valorar actividad física y hábitos alimentarios. Se calcularon proporciones, con intervalo de confianza del 95%, para el total, por sexo y por tipo de escuela; y se compararon con el test de las proporciones. Se utilizaron los programas Epi Info 7, Excel 2010 y R Project.

RESULTADOS

El 59,9% (55,4; 64,3) realizaba las cuatro comidas al día, y no hubo diferencias por sexo (p=0,180), por grado (p=0,55), o tipo de escuela (p=0,12). El 74,5% (70,5; 78,5) desayunaba todos los días y tampoco hubo diferencias por sexo (p=0,20), por grado (p=0,60) o tipo de escuela (p=0,64). El 47,3% (42,8; 51,9)

consumía gaseosas o jugos artificiales al menos una vez al día. Tampoco se encontraron diferencias por sexo (0,72) y grado (p=0,44); pero sí fue mayor en escuelas públicas (50,2%) que en privadas (38,4%); p=0,01. El 27,0% (22,9; 31,0) consumía verduras crudas todos los días, sin diferencias por sexo (p=0,72) o tipo de escuela (p=0,10); pero sí entre grados: 38,0% en séptimo y 18,0% en primero; p=0,0003. El 53,1% (48,5; 57,6) consumía diariamente frutas, sin diferencias por sexo (p=0,58), grado (p=0,36) o tipo de escuela (p=0,50). Sólo 17,1% (13,6; 20,5) realizaba por lo menos una hora diaria de actividad física, proporción mayor en varones (22,2%) que mujeres (11,1%); p=0,002; mayor en primer grado (20,6%) que en séptimo (8,0%), p=0,009; y mayor en escuelas públicas (22,9%) que privadas (12,8%); p=0,005. El 44,4% (39,8; 49,0) tenía, como máximo, dos horas de actividad sedentaria al día, y no hubo diferencias por sexo (p=0,30), grado (p=0,50) o tipo de escuela (p=0,88).

CONCLUSIONES

Se encuentran deficiencias tanto en los hábitos alimentarios como en la actividad física de los escolares, en este último caso, con diferencias por sexo, grado y tipo de escuela. Aunque la mayoría de los escolares desayuna y tiene las cuatro comidas diarias, hay un 40% de ellos que no recibe las cuatro comidas y un 25% que no desayuna. Es necesario implementar acciones para mejorar tanto la alimentación como los hábitos de actividad física en esta etapa de la vida, para mejorar la salud nutricional y el desarrollo y prevenir problemas de salud actuales y futuros.

¿QUÉ SOSPECHAR ANTE UN NIÑO SANO CON REITERADAS INFECCIONES EN UN CORTO PLAZO? A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD 143

VERGARA GANFIELD M.¹; ONASSIS M.²

HOSPITAL DE NIÑOS EVA PERON^{1,2}

<soill_07@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Causas principales de infecciones recurrentes: defectos en la inmunidad 1ª o 2ª. Estas últimas causadas por factores externos, repercusiones clínicas diferentes. Las de menor gravedad son las anergias inmunológicas. De mayor gravedad, es la que acompaña al cáncer. La más frecuente: leucemia. La corticoterapia puede enmascarar esta patología.

OBJETIVOS

Destacar la importancia de la sospecha de una inmunodeficiencia en un niño previamente sano con múltiples procesos infecciosos de mala evolución.

CASO

Niño 5 años, previamente sano con 1ª internación por Mastoiditis, recibe tratamiento antibiótico endovenoso y corticoide (sin constatar drogas, tiempo, dosis). 15 días después, 2ª internación: ingresa con signos clínicos Parotiditis y fiebre. Ecografía de cuello: parótida heterogénea multinodular, leve aumento de tamaño; GB 6500mm3 (N63%/L20%/M14%); no células inmaduras; LDH 916U/L; serología (-). A los 4 días de la 2ª internación regresa con dificultad respiratoria y fiebre, persiste inflamación parotídea, diagnóstico de Neumonía. Radiografía de tórax: Neumonía en lóbulo superior e inferior derecho. Ecografía pulmonar: derrame pleural laminar derecho con una consolidación pulmonar contigua. GB 7600mm3 (N64%/L1%/E25%); no células inmaduras; Hto 30.9%; Hb 10.5%; inmunoglo-

bulinas normales. Inicia antibiótico endovenoso. 24 horas posteriores reingresa por intolerancia oral, completa tratamiento endovenoso. 7 días después de la 4ª internación empieza con dificultad respiratoria y fiebre, persiste la neumonía con derrame. Colocación tubo de drenaje pleural, 250ml líquido cetrino Ph 7.3; LDH >1990U/L; glucosa 1.03gr/l; proteínas 2.54gr/dl; células 9200mm3, 80% linfocitos, HMC(-), GB 6900mm3 (N59%/L31%/E2%/M8%); no células inmaduras; Hto 23%; Hb 7.7%; LDH 1982U/L, Ac úrico 35mg/dl; calcio 5.1mg/dl, fósforo 16.3mg/dl; albúmina 2.94gr/dl. Inicia tratamiento con ceftazidima y vancomicina. A las 24 hs creatinina 1.73mg/dl; urea 108mg/dl; oligoanuria, calcio 4.5mg/dl; fósforo 10mg/dl; magnesio 2.8mg/dl; Ecografía renal: riñones aumentados de tamaño, alteración corticomedular. Ensanchamiento de mediastino, falla renal. Hemograma GB 6100mm3 (N69%/L20%/blastos1%); plaquetas 219000mm3; Ac úrico 18.7mg/dl; glucemia 377mg/dl; albumina 2.59gr/dl. PAMO blastos 80%. Inmunomarcación: Leucemia Linfática aguda T.

CONCLUSIÓN

Ante un paciente previamente sano que presenta infecciones recidivantes, sin respuesta a tratamientos habituales y reiteradas internaciones, es importante descartar una inmunodeficiencia primaria o secundaria. El uso de corticoides sistémicos pueden enmascarar el curso habitual de una enfermedad linfoproliferativa, como en este caso, lo cual retrasa el diagnóstico y tratamiento oportuno, llevando al niño a correr riesgo de vida.

LESIONES NO INTENCIONALES EN UN HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE AGUDOS

RPD 144

RAIMONDO PERALTA M.¹; COOMANS V.²; CAPURSO C.³; GARCIA J.⁴; GERMOGLIO M.⁵; LASSERE C.⁶; PACCOR A.⁷; RIZZO E.⁸
HOSPITAL M.V DE MARTINEZ, PACHECO¹²³⁴⁵⁶⁷⁸
<agustinar@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

Los traumatismos, quemaduras, introducción de cuerpo extraño en orificios naturales, mordeduras de animales, intoxicaciones y accidentes en vía pública son una consulta frecuente en guardia, constituyendo las mismas la primera causa de morbimortalidad en el grupo etario de 1 a 13 años.

Población, material y métodos:

DISEÑO

Estudio observacional descriptivo transversal.

Se incluyeron todos los pacientes entre 0 y 13 años que consultaron a la guardia pediátrica del Htal.M.V de Martínez por presentar algún tipo de lesión no intencional, en el período comprendido entre septiembre de 2013 y marzo de 2014 inclusive. Los datos se recabaron de los libros de guardia y se volcaron en planillas de donde se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, tipo de lesión.

Resultados: El número total de consultas fue de 7418. De estas 1708 correspondieron a lesiones no intencionales (22 %). La edad media fue 3,7 años. El 61% eran del sexo masculino. Del total de lesiones

el 18% correspondió al mes de diciembre, siendo septiembre el de menor porcentaje (11.4 %).

La frecuencia de las lesiones no intencionales en nuestra población fue: traumatismo de cráneo (TEC) sin pérdida de conciencia 47.8%, traumatismo en cara y extremidades 16.5%, heridas cortantes (cara y cuero cabelludo) 14.5%, mordeduras 5.27%, politraumatismo 5.15%, quemaduras 3.86%, otros (prono doloroso, esguinces, Intoxicaciones) 3.28%, TEC con pérdida de conciencia 1.05%, fracturas 1.87%, herida punzante 0.82%. Se registró una defunción por electrocución.

CONCLUSIONES

Dentro del período evaluado se observó que las consultas por lesiones no intencionales fueron del 22%. El TEC sin pérdida de conciencia fue el tipo de lesión mas frecuente. Se halló marcado predominio en el sexo masculino. Se observó una mayor prevalencia entre el año y los cuatro años de vida.

No encontramos diferencias significativas entre época del año y número de casos de lesiones no intencionales.

LEPTOSPIROSIS, UNA PATOLOGÍA PARA PENSAR...

PO 145

PACCOR A.¹; CAPURSO C.²; COOMANS M.³; GARCIA J.⁴; GERMOGLIO M.⁵; RAIMONDO M.⁶; RIZZO E.⁷
HOSPITAL MAGDALENA V DE MARTINEZ¹²³⁴⁵⁶⁷
<ayendali@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La leptospirosis es una enfermedad infecciosa aguda, dentro de las zoonosis, causada por espiroquetas del género *Leptospira*. La infección humana se relaciona con la actividad laboral y recreacional, se transmite por contacto directo con el reservorio animal o de forma indirecta a través de agua o terrenos contaminados con la orina del mismo. La leptospirosis puede presentarse con diferente sintomatología, desde un cuadro febril inespecífico autolimitado hasta una enfermedad grave con compromiso multiorgánico y alta mortalidad. El diagnóstico se realiza con una alta sospecha clínica, antecedentes epidemiológicos y se confirma por conversión serológica en muestras pareadas con la prueba de aglutinación microscópica (MAT), o aislamiento de la cepa de *Leptospira* a partir del cultivo en medios especiales de sangre heparinizada u orina. En la pcia. de Bs. As. la tasa de incidencia alcanzó 0.21/100.000 habitantes en 2012 y 2013.

OBJETIVO

Comunicar un caso de leptospirosis en un paciente pediátrico, del partido de Tigre, donde por sus condiciones sociogeográficas, existe alta incidencia de dicha enfermedad.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 12 años de edad que consulta en nuestro hospital por dolor en miembros inferiores con dificultad para la deambulación, vómitos, diarrea y fiebre. Presenta laboratorio con CPK 1039; GOT 138 UI/L; PCR 154.2 mg/l; GB 8.700, por lo que se decide su internación con diagnóstico de gastroenteritis y miositis en estudio. Durante la internación presenta epistaxis, inyección conjuntival, cefalea y fiebre. Se decide tomar HMC x 2 y ante la sospecha clínica y epidemiológica de leptospirosis se toman muestras pareadas que se envían al Htal. Muñiz y se medica con Penicilina G sódica 200.000 UI/kg/día. Se realizó técnica MAT: positivo para 3 especies: *L. wolfi*, *L. copenhageni*, *L. tarassovi*. Por presentar mejoría clínica y de laboratorio, fue dado de alta con controles ambulatorios.

CONCLUSIÓN

Nuestra población con creciente urbanización, deficiente saneamiento ambiental y proliferación de roedores, en una región con abundantes afluentes fluviales, presenta alta incidencia de la enfermedad, por lo que concientizar a la comunidad médica sobre el diagnóstico, permitirá disminuir el subdiagnóstico y el subregistro de la misma.

HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA COMO DEBUT DE GASTRITIS CRÓNICA POR *HELICOBACTER PYLORI*

RPD 146

GUALINI M.¹; ZALAZAR A.²; SARTORI A.³; FASSA R.⁴; ALCONCHEL M.⁵; MIERES N.⁶; PAREDEZ M.⁷
HOSPITAL SAMIC OBERA¹²³⁴⁵⁶⁷
<melinagualini@hotmail.com>

INTRODUCCION

El *Helicobacter Pylori* es un bacilo capaz de producir diversos trastornos y especialmente patología digestiva en la población general. Es una de las causas más frecuentes de infección bacteriana crónica. En países en vía de desarrollo la prevalencia ya es alta al final del 1º año de vida y puede afectar a la mayor parte de la población al final de la adolescencia. La colonización por HP depende de varios factores relacionados con la virulencia del microorganismo, la susceptibilidad del huésped y condiciones ambientales, como el nivel socioeconómico. Clínicamente se presenta con dolor abdominal, generalmente epigástrico acompañado en un tercio de los casos por vómitos y en menor proporción por anorexia con pérdida de peso, pirosis y sensación de plenitud postprandial. Ocasionalmente la infección por HP en niños es la causa de enteropatía con pérdida de proteínas y diarrea crónica dando un cuadro clínicamente compatible con síndrome de malabsorción intestinal.

OBJETIVOS

Describir la importancia de conocer ante una Gastritis Crónica por HP, diagnóstico y tratamiento. Sospecharlo como causa de HDA.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino, de 14 años de edad, que consulta por episodios reiterados de vómitos con contenido de sangre rutilante, de 5 días de evolución, ingresa a nuestro servicio con signos clínicos de anemia grave. No refería antecedentes patológicos de importancia. Se realizo

laboratorios de urgencia que informan: Hb 4.6 mg/dl, Hto 13.6 %, plaquetas normales, coagulograma normal, se coloca SNG, protección gástrica y transfusión de glóbulos rojos, dado que persiste importante sangrado por SNG, se decide su derivación a centro de mayor complejidad donde se los transfunde nuevamente y se realiza endoscopia alta con toma de muestra de biopsia que revela a nivel de curvatura mayor del antro gástrico, formación elevada mamelonada de 8-10 mm diámetro, umbilicada en su centro, de donde se toman muestras para estudio histológico. La biopsia informa la presencia de mucosa gástrica cuya lámina propia presenta vascongestión, extravasación hemática e infiltrado mononuclear con acúmulos linfoides, se reconocen bacilos de HP, en mucus y epitelio superficial, diagnosticándose Gastritis Crónica por HP positivo. Se indica la combinación de Amoxicilina, Claritromicina y Omeprazol como tratamiento de 1º elección, cumpliéndose 15 días con el mismo, con buena respuesta.

CONCLUSIÓN

Si bien ante todo episodio de HDA la sospecha de la etiología surge de acuerdo a la edad y forma de presentación de la misma, en el caso de nuestro paciente no se encontraron antecedentes que permitan sospechar la infección por HP, dado que no es lo más habitual que se presente como un episodio agudo de HDA.

El paciente mostró una adecuada mejoría clínica luego de instaurarse el tratamiento antes mencionado y es seguido por el Servicio de Gastroenterología del Hospital de Fernando Barreyro de Posadas.

IMPACTO DE LA INCORPORACIÓN DE ESPACIOS DE CONTENCIÓN SOBRE LA CALIDAD DE VIDA Y EL SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES DE CLÍNICA PEDIÁTRICA

PO 149

MORENO E.¹; PIERA L.²; PURI E.³; TOLLI A.⁴; LLANO L.⁵
HOSPITAL HUMBERTO NOTTI¹²³⁴⁵
<emiliamoreno77@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Burnout es un trastorno adaptativo crónico asociado a un afrontamiento inadecuado de las demandas psicológicas del trabajo.

El estrés incide sobre la calidad de vida y el rendimiento laboral, generando una deficiente calidad de atención.

En un estudio realizado previamente en nuestro hospital, se observó que el síndrome de Burnout era más frecuente en profesionales con mayor cantidad de horas destinadas a su trabajo.

Esto motivó la implementación de espacios de contención para médicos residentes, y así disminuir el burnout y mejorar las variables referentes a calidad de vida.

Se realizó el presente trabajo con el objetivo de medir el impacto en la calidad de vida y parámetros de Burnout, luego de seis meses de los cambios realizados en la currícula de los médicos residentes de pediatría.

MATERIALES Y MÉTODOS

Espacios de contención: Actividad física reglada 2 veces por semana, 2 horas por sesión. Terapia de apoyo psicológico en forma grupal por año de residencia una hora cada tres semanas.

Cuestionario utilizado: Mashlach Burnout Inventory.

Variables analizadas: Calidad de relaciones interpersonales, percep-

ción de agresión por parte de padres, pacientes y pares, tabaquismo, deseo sexual, planificación familiar, actividades deportivas y recreativas.

Los datos se volcaron en una planilla de Excel para luego ser analizados estadísticamente.

RESULTADOS

Encuestados: 64 residentes. 20,31% sexo masculino, 79,68% sexo femenino. Año de residencia en curso: 60,93% segundo año, 39,06% tercer año. Relación entre residentes de años inferiores con residentes de años superiores asociación estadísticamente significativa, Test de Fisher $p < 0,05$, Odd Ratio 2,963 (IC 95% 1,049- 8,365). Percepción de agresión de padres y pacientes hacia residentes: Asociación estadísticamente significativa, Test de Fisher $p < 0,05$, Odd Ratio 3,902 (IC 95% 1,351- 11,266). Variables restantes: No se observó asociación estadísticamente significativa.

CONCLUSIÓN

La actividad física y el apoyo psicológico dentro de la currícula del residente mejora la relación interpersonal y disminuye la percepción del residente de agresión por parte de padres y pacientes. Proponemos continuar estudiando los efectos de estos cambios novedosos en un período mayor de tiempo.

INFECCIONES OCULTAS EN MENORES DE TRES MESES

PO 150

MERCHERT G.¹; ARTILLO A.²; BAÑÓN L.³; DUEÑAS K.⁴; GÓMEZ P.⁵; HERNÁNDORENA M.⁶; MURGO D.⁷; SANCILIO A.⁸; SUWEZDA A.⁹

H.I.G.A. EVITA "LANÚS" 123456789

<gabymenchert@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La fiebre es un motivo de consulta frecuente en pediatría, y en menores de tres meses un reto para el pediatra, quien deberá detectar al niño con riesgo elevado de enfermedad bacteriana potencialmente grave (EBPG), ya que a esta edad suelen presentar pocos síntomas y signos físicos, muchos totalmente inespecíficos, por lo que se ha intentado buscar marcadores para el manejo diagnóstico y terapéutico con el fin de discriminar a los pacientes que requieren una actitud inicial más agresiva.

OBJETIVO

Determinar en nuestro medio la prevalencia y etiología de las infecciones bacterianas y virales, en lactantes febriles sin foco de 30 a 89 días de vida, fuera del período invernal. Describir posibles predictores de gravedad. Analizar el uso de antimicrobianos en niños con fiebre sin foco.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo realizado mediante el análisis de 45 historias clínicas de lactantes febriles de 30 a 89 días de vida atendidos en el Servicio de Pediatría, en el período comprendido entre el 1 de diciembre del 2013 al 31 mayo de 2014. Se utilizaron los criterios de bajo y alto riesgo de Rochester para determinar procedimientos a realizar, ampliando su aplicación hasta los tres meses.

RESULTADOS

Se estudiaron 45 pacientes entre uno y tres meses de edad (51,1 % menor de 2 meses), sexo masculino 55,6%, de los cuales se internaron 36 pacientes (80%) y 9 fueron seguidos en forma ambulatoria. Se realizaron estudios bacteriológicos

en 34 de los pacientes internados (94,4%) y en 2 se mantuvo conducta expectante (5,6%). Solo el 8,89% de los cultivos fueron positivos y el único foco bacteriano confirmado fue la infección urinaria en 8 pacientes (17,8%), siendo la E. coli el germen presente en el 75% de los casos. Se realizaron estudios virológicos de LCR en 10 de los pacientes internados (22,2%), siendo positivos para enterovirus 6 muestras (60%) con lo que se confirmó foco viral en el 13,3 %. En 11 pacientes (24,5%) se identificó foco clínico (1 neumonía, 2 sepsis, 2 gastroenteritis, 3 exantemas súbitos, 2 infecciones respiratorias altas y 1 bronquiolitis) y 20 tuvieron fiebre sin foco (44,4%). Como predictores de gravedad encontramos que 10 de los 14 pacientes con foco confirmado tuvieron temperatura mayor a 38,5 ° (71%), 6 de los 8 pacientes con infección bacteriana tuvieron recuento de glóbulos blancos >15000 (75%) y 5 de los 6 pacientes con infección viral presentaron recuento de glóbulos blancos <10000 (83%). Recibieron tratamiento antibiótico empírico inicial 23 pacientes (51,11%) completándolo 11 (24,4%)

CONCLUSIONES

La prevalencia de EBPG en nuestra serie fue de 17,8% y 44,4% fue fiebre sin foco. La ITU fue el foco bacteriano más frecuente; y dentro de las infecciones virales la encefalitis fue el foco predominante. La T° > de 38,5°C y el recuento de glóbulos blancos > 15000 fueron los predictores más importantes para EBPG. Sólo la cuarta parte de los pacientes requirieron tratamiento antibiótico. Creemos que el hecho de disponer técnicas virológicas en nuestro hospital pueden facilitar en un futuro una disminución de la agresividad en el manejo del lactante febril < de 3 meses y con ello disminuir los costos sanitarios sin incrementar riesgos para el paciente.

ESCORPIONISMO GRAVE EN ÉPOCA INVERNAL. AROPÓSITO DE UN CASO

RPD 151

BOLLADA S.¹; NORIEGA PRELI M.²; ONASSIS M.³

HOSPITAL DE NIÑOS EVA PERON^{1,2,3}

<sabrinabollada@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Escorpionismo: Envenenamiento de causa accidental, domiciliario o peridomiciliario producido por la inoculación del veneno de Escorpión Tityus Trivittatus. De hábitos nocturnos, mayor actividad en primavera-verano, ocultos debajo de cualquier lugar húmedo y oscuro.

Clinica: Leve: dolor, leve edema, parestesias, anestesia alrededor de la picadura.

Moderado Síndrome local, sudoración discreta, náuseas, vómitos, sin compromiso hemodinámico y respiratorio de importancia. Taquicardia.

Grave: Anterior más confusión mental, alterna con excitación psicomotriz, taquicardia seguida de bradicardia, sialorrea, rinorrea y epifora, sudoración, hipotermia, palidez, frialdad de los miembros, bradipnea y vómitos son signos de mal pronóstico. Pueden presentar edema agudo de pulmón y/o shock cardiogénico.

OBJETIVOS

Incluir esta patología entre los diagnósticos diferenciales.

Presentar caso de un niño con clínica de escorpionismo grave en cualquier época del año.

CASO CLÍNICO

Niño de 3 meses previamente sano picado por tityus trivittatus mientras dormía, traído por su madre, también picada posteriormente por el mismo. El niño irritable, confusión mental, hipotermia T: 33,6°C, HTA 144/65, ta-

quicardia 160, rubicundez generalizada, abdomen levemente distendido, vómitos, sialorrea, sudoración profusa, extremidades frías.

Laboratorio: GB: 23.400 mm (NS 35%, LN 64%), Glucemia: 373mg/dl, CPK MB :143 U/L, CPK Total :442U/L, PH:7,28mmHg, HCO3 18 mmol/l. Se colocan 3 ampollas de suero antiescorpionismo (del hospital de Malbran). 1º día de internación: Ecocardiograma: FA 0,47% y FE 0,79%. ECG: taquicardia rítmica sinusal 2º día: Ecocardiograma: caída de fracción eyectiva desde el ingreso, FA de 0,38% y FE de 0,70%, se indica amiodarona 5mg/día y enalapril 0,1mg /día. Ecocardiograma de control: engrosamiento de la pared ventricular, Radiografía de tórax: infiltrados intersticiales bilaterales (edema de pulmón), se realiza digitalización rápida vía oral y enalapril 0,1 mg/k, se indica furosemida. 5º día: Ecocardiograma FE de 0,76% y FA 0,44%, ECG: TSV sostenida con miocardiopatía dilatada aguda. enalapril 2,5mg/d, digitoxina y furosemida.

Se indica alta a los 14 días de internación, niño clínica y hemodinámicamente estable.

CONCLUSIÓN

El escorpionismo incluirlo dentro de los diagnósticos diferenciales ante un niño con vómitos, sudoración, taquicardia, HTA, confusión mental e hiperglucemia independientemente de la época del año, considerando que si no se realiza el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, en los casos graves puede provocar secuelas permanentes o inclusive puede llegar a causar la muerte.

MATRONACION: SUMMERSION SEGURA PARA BEBES Y NIÑOS PEQUEÑOS

CIRGLIANO P.¹; LUCERINI A.²; GARCÍA RUIZ H.³; DE MARTINO M.⁴; CHATELAIN M.⁵; BORGONOVO V.⁶; BUSTOS C.⁷; POLETTO S.⁸; CIRAME D.⁹; PUENTE S.¹⁰
PRIMERA ESCUELA ARGENTINA DE NATACION PARA BEBES¹²³⁴⁵⁶⁷⁸⁹¹⁰
<matronacion@gmail.com>

RPD 153

Opción a Premio

INTRODUCCIÓN

Matronación (MN) es el método lúdico-holístico de iniciación acuática (0 a 4 años) creado (1960) para la Escuela Argentina de Natación para Bebés. En 53 años de MN 15.979 niños aprendieron a nadar en forma segura en Nuestra Escuela, Primera del Mundo con sus padres y profesores especializados, certificados cada mes por el pediatra de familia. En clases de MN la familia aprende las conductas de Prevención activa del ahogamiento.

OBJETIVOS

- Ampliar el criterio pediátrico en la evaluación del impacto de la sumersión al aprender a nadar.
- Evidenciar por la prueba que Bebés y Niños logran con el método MN control autónomo respiratorio en sumersión sin ser forzados ni expuestos a daños por inspirar o tragar agua.

MÉTODO Y POBLACIÓN

Se investigaron los efectos en los niños con técnica original de MN desde la sumersión asistida por profesores especializados (2-3seg) hasta la adquisición infantil del control autónomo respiratorio aire-agua. Las manos adultas rodean suavemente el tórax del niño sujetando el diafragma en posición de cúpula e impidiendo fisiológicamente la apertura del émbolo respiratorio. Los niños pueden expulsar aire pero no inspirar ni tragar agua durante la sumersión.

Investigación de campo retrospectiva 2004/2013;

Elección al azar: 724 infantes sanos (338 niñas - 386 niños de 0 a 4 años), sin experiencia previa. Evaluados durante 6-12 sesiones de 60 min.

RESULTADOS

La investigación corrobora iguales resultados que los Protocolos y Registros de 15.979 bebés y niños que participaron de la misma experiencia durante 53 años.

Observaciones y filmaciones subacuáticas evidenciaron que ningún niño inspiró ni tragó agua. El 77% de los niños de la muestra alcanzó el control autónomo respiratorio aire-agua antes de la 6ª clase y el 23% antes de la 12ª clase. Después ya no fue necesario el auxilio adulto.

CONCLUSIÓN

Con el método MN los infantes aprenden jugando a diferenciar medio aéreo y acuático y logran en pocas clases el control autónomo respiratorio aire-agua en sumersión.

Para dominar el arte de nadar y supervivir en el agua es vital en los humanos adaptar la función respiratoria en sumersión en forma segura y saludable.

Recomendaciones: En toda investigación sobre aprendizaje de natación en infancia temprana es necesario conocer el marco teórico y técnicas del Método aplicado a fin de evitar serias confusiones entre Métodos Holísticos y Sistemas Conductistas cuyos resultados son opuestos.

APENDICITIS AGUDA SIN PERFORACIÓN CON EVOLUCIÓN ATÍPICA COMPLEJA. APROÓSITO DE UN CASO

BOLLADA S.¹; BOLLATI A.²; ONASSIS M.³
HOSPITAL DE NIÑOS EVA PERON¹²³
<sabrinabollada@hotmail.com>

RPD 154

INTRODUCCIÓN

La apendicitis aguda, afección quirúrgica más común en los niños y causa importante de morbilidad. Tasa de incidencia 4/1000 en menores de 14 años. Importante diagnóstico precoz evitando complicaciones: perforación y peritonitis (20%). El tratamiento ha cambiado, con la presencia de nuevas técnicas imagenológicas, tratamientos no intervencionistas, drenaje percutáneo intervencionista y laparoscopia. Complicaciones más comunes: infecciones, heridas y abscesos intra-abdominales; esta última después de una perforación. Perforación: 80% <5 años, fistulas en órganos adyacentes secundarios, y en otros casos progresar a la sepsis. La mayoría responden a antibióticos y medidas de soporte. Mortalidad menor al 0.3%

OBJETIVO

Presentar paciente inmunocompetente con complicación abdominal compleja de apendicitis aguda sin perforación.

Caso: varón 11 años, sin antecedentes perinatales ni patológicos de relevancia, vacunas completas.

Consulta con síndrome febril prolongado de 16 días de evolución. Varias consultas ambulatorias e internación por cuadro de apendicitis aguda sin perforación confirmada por anatomía patológica. Cultivo de líquido peritoneal negativo. Cumplió 4 días antibiótico desconociéndose droga y dosis, y alta. Al persistir con dolor abdominal y fiebre; ecografía abdominal: lesiones hipoecoicas redondeadas bordes delimitados en hígado, en páncreas formaciones nodulares, ovas, bazo aumentado; TAC abdomino

pelviano con contraste: hígado aumentado de tamaño, lesiones focales hipodensas, bazo con lesiones idénticas.

Radiografía tórax normal. GB 8500mm³, neutrófilos 56/ linfocitos /34, hemoglobina 10.6gr/dl, PCR: negativa. Hepatograma y función renal normales. Hemocultivos negativos, HIV(ELISA) negativo, VDRL negativo, Chagas(HAI y ELISA) negativo, Huddleson negativo, Toxoplasmosis (IFI) IgG y IgM negativos, Monotest negativo, IgG y IgM micosis profunda negativos. Inmunoglobulinas IgG 1,3 g/l Ig A 5,9 g/l Ig M 2,65 g/l normales. BHCG y AFP normales.

Tratamiento con piperacilina-tazobactan 240 mg/kg/día más vancomicina 40 mg/kg/día.

Ecografía abdominal (4dpost): disminución de tamaño y número de lesiones hepáticas, ausencia en bazo y páncreas. Afebril buen estado general, egreso hospitalario con metronidazol 30mg/kg/día y trimetoprima-sulfametoxazol 12 mg/kg/día. Completar 21 días. Ecografía al egreso sin lesiones hepáticas.

CONCLUSIÓN

Paciente inmunocompetente, con complicación atípica de apendicitis aguda sin evidencia de perforación ni peritonitis. Se presentó como síndrome febril prolongado requiriendo internación y tratamiento antibiótico endovenoso. Pudiendo sospecharse como causante de los abscesos la vía hematógena.

INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS (IPPB) COMUNITARIAS EN LA ERA DEL *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* METICILINO RESISTENTE

RPD 155

ECHAURI J.¹; DIAZ Y.²; MARONE S.³; SANCILIO A.⁴; SPINOSA S.⁵; SUWEZDA A.⁶; TITO SAAVEDRA D.⁷

HIGA EVITA LANUS^{1,2,3,4,5,6,7}

<joseechaury@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

En la última década el *Staphylococcus aureus* meticilino resistente se estableció como un patógeno emergente en las infecciones comunitarias. En nuestro servicio se vio reflejado un aumento del número de internaciones por infecciones de piel y partes blandas (IPPB) causadas por dicho microorganismo.

OBJETIVO

Describir las características clínicas, epidemiológicas y evolutivas de los niños hospitalizados con Infecciones de piel y partes blandas por *Staphylococcus aureus* meticilino resistente adquirido en la comunidad (SAMR-co) en el Servicio de Pediatría del HIGA "EVITA" de Lanús, su prevalencia en nuestra población y revisión del esquema empírico inicial.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo realizado mediante el análisis de las historias clínicas de niños hospitalizados con infecciones de piel y partes blandas en el período comprendido entre el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2013.

Se analizó edad, sexo, índice de hacinamiento, tipo de lesión, tratamiento antibiótico previo, tratamiento quirúrgico requerido, respuesta al tratamiento implementado, complicaciones y mortalidad.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 54 pacientes. El 46,3% corresponde a los meses cálidos (enero a marzo). El 59,3% de sexo masculino, menores de 5 años

de edad (70,4%), con una mediana de 35,5 meses.

El 25,9% consultó por dolor, predominando como diagnóstico de ingreso la celulitis/celulitis abscedada (porcentaje acumulado de 83,4%), siendo el diagnóstico predominante en todas las edades de pacientes. Habiendo realizado una consulta previa (60,4%) cuyo tratamiento previo a la internación fue cefalexina (22,2%) u otros antibióticos (porcentaje acumulado de uso de antibióticos 57,4%) habiéndolos recibido por más de 48 hs el 69,7% de estos.

El 51,9% presentó antecedente de forunculosis (personal, familiar o ambas), y el 46,3% del total se encontraba en situación de hacinamiento. El 66,7% no tenía enfermedad concomitante y sólo el 7,4% presentaba enfermedad de base.

Recibieron clindamicina como tratamiento empírico inicial el 85,2%. No requirió drenaje el 61,1%. Y se cultivó sólo el 25,9%, dando positivos el 50% con un predominio de SAMR de 62,5% sobre el SAMS 37,5%.

Fueron sensibles a clindamicina el 85,7%. Tratamiento definitivo: clindamicina 78,4%. Secuencial oral acumulado TMS/ TMS+ amoxicilina 72,5%, con mejoría del 100% de los pacientes.

Conclusiones: Se observó un porcentaje superior al 60% de aislamientos de SAMR-co en nuestra serie. El tratamiento utilizado inicialmente dirigido a este germen se asoció con éxito terapéutico absoluto. Consideramos oportuno el uso de clindamicina para el tratamiento empírico inicial de las IPPB comunitarias que se internan por su gravedad o falta de respuesta a antibióticos betalactámicos orales.

EVALUACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES PERDIDAS DE VACUNACIÓN (OPV) EN NIÑOS DE 2 MESES A 11 AÑOS DE EDAD QUE CONCURRIERON AL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL F. J. MUÑIZ

RPD 156

GRECCO N.¹; LAUBE G.²; DIMASI F.³; ZARWANITZER S.⁴; NUÑEZ M.⁵; RUBINSTEIN E.⁶

HOSPITAL MUÑIZ^{1,2,3,4,5,6}

<nancygrecco@yahoo.com.ar>

INTRODUCCION

Las OPV son motivo de cobertura insuficiente de inmunizaciones. La consulta pediátrica, es una de las oportunidades más importantes para accionar sobre las mismas y en consecuencia, sobre las enfermedades inmunoprevenibles.

El mayor número de nuestra población en estudio, concurre a nuestro servicio para reali-zar catastro por ser contacto de un paciente afectado con Tuberculosis Pulmonar y en muchas ocasiones, es el único contacto que establecen estos niños, no vacunados o deficientemente vacunados, con el sistema de salud. Se trata, precisamente, de los grupos de población más desfavorecidos y con más riesgos de transmisión de distintas patología inmunoprevenibles no solo por la falta de cobertura vacinal, sino también por vivir en hacinamiento.

OBJETIVOS

Evaluar las causas de OPV de la población del Htal. F. J. Muñiz. Conocer las vacunas que mostraron mayor retraso o incumplimiento. Conocer el grupo etario más comprometido. Identificar factores asociados a OPV.

POBLACIÓN

Niños de 2 meses a 11 años de edad atendidos en el consultorio de pediatría del Htal. Muñiz desde Abril a Julio de 2014.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, transversal de la información recogida de 80 encuestas realizadas a los padres de pacientes atendidos durante los últimos 3 meses en el consultorio externo de pediatría del Htal. Muñiz.

RESULTADOS

De los 80 pacientes encuestados 45 eran femeninos y 35 masculinos. Lugar de residencia actual 34 de CABA y 46 del Conurbano. Solo el 31% presentaban las vacunas completas y en forma, mientras que el 32% tenían vacunas atrasadas y el 37% incompletas. Teniendo en cuenta el actual Carnet de Vacunación Nacional y la fecha de incorporación de cada vacuna se realizó un relevamiento viendo que la población más susceptible es la del año y medio de edad con un 42% de OPV para DPT Hib y 49% para Polio. Las OPV son infinitas pero las más destacadas son Dificultades en el Vacunatorio 24%, Falsa contraindicación 18%, Desconocimiento materno 11% y otros 45%, solo un paciente presentaba una causa real de atraso que fue su internación.

CONCLUSIONES

La mayoría de las OPV encontradas son factibles de revertir, lo que creemos se lograría con programas de educación continua al personal de salud, control sistemático del carnet de vacunación en la consulta y concientizar a la población de la importancia de las vacunas.

MALTRATO INFANTIL: LA IMPORTANCIA DE SU PERCEPCION EN EL CONSULTORIO PEDIATRICO, A PROPOSITO DE UN CASO

RPD 157

NASIF E.¹; BERMEJO N.²; MIRANDA M.³
CEPSI EVA PERON^{1,2,3}
<turca_nasif@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Se denomina maltrato infantil a cualquier acción (física, sexual o emocional) u omisión no accidental en el trato hacia un menor, por parte de sus padres o cuidadores, que le ocasiona daño físico o psicológico y que amenaza su desarrollo tanto físico como psicológico.

OBJETIVO

Percibir a partir de la anamnesis y del examen físico datos que orienten hacia un posible maltrato infantil.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 2 años de edad que es traída por su madre a consultorio de pediatría por presentar ambos ojos enrojecidos; al examen físico se constata edema y hematoma bupalpebral bilateral, cefalohematoma con costra hemática en región parieto-temporal

izquierda, hematomas y lesiones de quemaduras en ambos miembros inferiores que la madre no sabe referir como se produjeron. Se recoge el antecedente de intervención quirúrgica por fractura de tibia derecha y por abdomen agudo por perforación intestinal postraumática por lo que se le realizó colostomía. Ante la situación y sospecha de maltrato infantil, se decide internación de la niña para abordaje multidisciplinario.

CONCLUSIÓN

El maltrato infantil en el niño debe ser una preocupación constante del médico y del equipo de salud. El pediatra debe estar en condiciones de pesquisar y realizar un diagnóstico precoz y, debe además, conocer las vías para realizar la intervención pertinente y de este modo proteger y mejorar la calidad de vida del niño en condiciones de riesgo.

ABSCESO RETROFARINGEO: PRESENTACIÓN DE UN CASO

RPD 158

LANDA E.¹; SQUASSI I.²; RODRIGUEZ RODRIGUEZ M.³; SANTIN S.⁴; PEREZ MARC G.⁵; GAIVIRONSKY R.⁶
HOSPITAL MILITAR CENTRAL^{1,2,3,4,5,6}
<Landaeb@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El absceso retrofaringeo (ARF) es una patología poco frecuente en la actualidad debido a la antibioticoterapia. Con frecuencia puede pasar desapercibido en sus estadios iniciales, a pesar de la típica clínica que suele provocar. Los pediatras clínicos que atienden las consultas ambulatorias deben estar alertas ya que es una enfermedad grave, con alta morbilidad y mortalidad por las posibles complicaciones (invasión de estructuras contiguas, sepsis, mediastinitis, obstrucción de la vía aérea, trombosis de la vena yugular interna y aneurisma de la arteria carótida). Los agentes patógenos más frecuentes son los *Streptococcus beta hemolítico del grupo A*, *Staphylococcus aureus* y anaerobios de la boca.

OBJETIVO

presentar un paciente tratado en nuestro servicio con diagnóstico de ARF con aparición súbita de compromiso respiratorio.

CASO CLÍNICO

Paciente de 13 meses, sin antecedentes, que consulta en varias oportunidades por Sme febril. Al 5º día, por persistencia de la fiebre, regular estado general, mala actitud a la vía oral y laboratorio de riesgo (22000gb, 60%neutrofilos) se interna en sala de pediatría. Al examen físico presenta leve eritema en fauces, con adenopatías

cervicales bilaterales y dolorosas. Se toman HMCx2 (negativos) y se medicó con ceftriaxona. A las 48 hs presenta empeoramiento del estado general, con protrusión de mucosa de orofaringe. Se realiza Rx de cavum: obstrucción parcial de la vía aérea y TAC de cuello que confirma diagnóstico de ARF. A las pocas horas el paciente presenta dificultad respiratoria y estridor laríngeo audible a distancia por lo que requiere drenaje quirúrgico de urgencia. Cultivo de material purulento negativo. Se rota antibioticoterapia a clindamicina. Cumple 5 días con evolución favorable, resolviendo la sintomatología respiratoria y la fiebre. Completa el tratamiento en forma ambulatoria con Amoxicilina- Acido Clavulánico por 14 días.

CONCLUSIONES

Como consecuencia de su infrecuencia, la variabilidad en sus formas de presentación y la falta de signos específicos, el diagnóstico de ARF es un reto.

Esta patología debe ser sospechada en la consulta ambulatoria en pacientes con Sme febril y compromiso del estado general con alguna sintomatología faríngea, independientemente de la edad.

La alta morbilidad y mortalidad de esta entidad, asociado a una rápida evolución de la enfermedad, obliga al Pediatra a un rápido diagnóstico para así poder realizar un tratamiento efectivo.

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA EN EL AMBA 2009-2013

RPD 159

SAPOZNICOFF L.¹; BASSO V.²; FASOLA L.³; ESCOBAR P.⁴
MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN^{1,2,3,4}
Isapoz@dinami.gov.ar

INTRODUCCIÓN

La Contrarreferencia es el proceso mediante el cual se retorna al paciente a la unidad operativa que lo refirió para su seguimiento. Su propósito es el cuidado del paciente de riesgo para garantizar su continuidad en el sistema de salud y disminuir la mortalidad domiciliaria.

OBJETIVOS

Analizar los alcances del Proyecto de Referencia-Contrarreferencia en el AMBA, 2009-2013.

POBLACIÓN

Menores de 1 año internados en los hospitales incluidos en el proyecto con alguno de estos factores de riesgo: bajo peso al nacer, riesgo biológico (enfermedad pulmonar crónica, cardiopatía congénita, inmunosupresión), madre menor de 20 años, madre con bajo nivel de instrucción, y niños menores de 5 años internados en UTI con ARM. Pacientes provenientes de 5 regiones sanitarias de la provincia de Bs. As.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, descriptivo, cuantitativo. Análisis de datos consolidados 2009-2013 provistos por Elizalde (HE), Garrahan (HJPG), Gutiérrez (HRG), Posadas (HP), Sor María Ludovica (HSML). Regiones Sanitarias: V, VI, VII, XI, XII.

RESULTADOS

2009: Región V: HE 2. HJPG 34. HRG 55. HSML 6. HP 35. Total 132. Re-

gión VI: HE 68. HJPG 80. HRG 14. HSML 0. HP 0. Total 162. Región VII: HE 2. HJPG 28. HRG 10. HSML 0. HP 146. Total 176. Región XII: HE 14. HJPG 80. HRG 13. HSML 0. HP 30. Total 137.

2010: Región V: HE 4. HJPG 143. HRG 58. HSML 7. HP 43. Total 255. Región XII: HE 14. HJPG 58. HRG 9. HP 21. Total 102.

2011: Región V: HE 5. HJPG 83. HRG 63. HSML 11. HP 48. Total 205. Región VI: HE 302. HJPG SD. HSML SD. HP 4. Total 304. Región VII: HE 2. HJPG 6. HRG 22. HP 364. Total 394. Región XII: HE 15. HJPG 121. HRG 22. HSML 2. HP 40. Total 200.

2012: Región V: HE 5. HJPG 4. HRG 4. HSML 3. HP 55. Total 71. Región VI: HE 194. HJPG 25. HL 39. Total 257. Región VII: HE 5. HJPG 15. HRG SD. HSML 1. HP 394. Total 415. Región XI: HE 30. HJPG SD. HRG SD. HSML 268. HP SD. Total 298. Región XII: HE 8. HJPG 51. HRG 15. HSML 1. HP 54. Total 129.

2013: Región V: HE 5. HJPG 24. HSML 1. HP 50. Total 80. Región VI: HE 366. HJPG 279. HSML 50. HP 4. Total 699. Región VII: HE 7. HJPG 65. HSML 1. HP 285. Total 358. Región XI: HE 40. HJPG 18. HSML 346. HP 0. Total 404. Región XII: HE 22. HJPG 85. HSML 0. HP 46. Total 153.

CONCLUSIONES

Aumentó el 279% la contrarreferencia de niños de 2009 a 2013. Dificultades en la notificación de niños en seguimiento. No se registraron casos de muerte domiciliaria en los niños seguidos.

¿POR QUÉ LOS PACIENTES VAN A LA GUARDIA?

RPD 160

LUCIANI CONDE D.¹; FERRARO P.²; BRUNO M.³; MARTINEZ F.⁴; QUIROGA C.⁵; ROZENBLUN H.⁶; FALK J.⁷
CLINICA Y MATERNIDAD SANTA ISABEL^{1,2,3,4,5,6,7}
<danlucco.dl@gmail.com>

INTRODUCCION

El pediatra de cabecera es el orientador natural de la familia en el proceso de atención-salud-enfermedad. A los pediatras de guardia nos inquieta la cantidad de consultas en el área de Emergencia que podrían resolverse en consultorio, reflejando oportunidades perdidas de una evaluación más adecuada.

OBJETIVOS

Evaluar el perfil de las consultas en la guardia de pediatría en un sanatorio de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el periodo marzo a junio 2014

POBLACION

Niños de 1 mes a 15 años que consultaron a la guardia pediátrica, los días jueves de 8 a 20 horas durante el periodo marzo a junio 2014.

MATERIAL Y METODOS

Estudio prospectivo, transversal, descriptivo. Se analizaron encuestas auto-administradas a los padres en forma aleatoria (una cada cinco pacientes). Se evaluaron las características demográficas, información relacionada al motivo de consulta, características de la atención por médico de cabecera y conocimiento sobre los sistemas de atención.

RESULTADOS

En el periodo analizado se atendieron en la guardia de pediatría 17.045 pacientes, de los cuales 2271 consultas correspondieron

a los días jueves. El 76.8% de las consultas fueron realizadas en el horario de 8 a 20 hs y requirieron observación/procedimiento un 24.7%. Se realizaron 164 encuestas. La media de edad fue 5,2 años, correspondieron el 62% al grupo de 1m-5a. El motivo de consulta más frecuente fue la patología respiratoria (91p/55.5%). Sin bien el 87.2% de los niños tenía pediatra de cabecera y el 59.8% tenía acceso a su médico fuera de la consulta, el 41.4% consultó a guardia porque la enfermedad de su hijo lo preocupaba y necesitaba una respuesta rápida a su problema. El 79.3% refirió saber la diferencia entre la atención en consultorio y área de urgencias y el 65.9% tenía información del pediatra para la categorización del tipo de consulta en los diferentes ámbitos. El 52.5% respondió que la guardia soluciona a veces su problema, pero de todos modos el 53% consulta al sistema de guardia por angustia de la enfermedad, requiriendo una respuesta rápida y el 27% se comunica posteriormente con su pediatra.

CONCLUSIONES

La mayoría de las consultas podrían haberse evacuado en la consulta ambulatoria. La percepción de enfermedad potencialmente urgente sería un factor posiblemente relacionado con la alta frecuencia de consulta en las guardias. Sería interesante conocer los posibles determinantes socio culturales relacionados a la percepción de la enfermedad.

Y... ¿DÓNDE ESTÁ EL PEDIATRA?

RPD 163

FERRARO P.¹; LUCIANI CONDE D.²; BRUNO M.³; MARTINEZ F.⁴; QUIROGA C.⁵; ROZENBLUN H.⁶; FALK J.⁷
CLINICA Y MATERNIDAD SANTA ISABEL^{1,2,3,4,5,6,7}
<pauloferraro_71@yahoo.com.ar>

INTRODUCCION

Frecuentemente la atención en el sistema de guardia se ve desbordada. Podría existir dificultades en la accesibilidad a la consulta con el pediatra o bien la necesidad de respuestas inmediatas a la angustia frente a la enfermedad del hijo. Esto podría motivar la consulta al lugar no oportuno, considerando que el pediatra de cabecera brinda el espacio apropiado como un lugar de escucha, de asesoramiento y de programación de estrategias en el proceso de atención-salud-enfermedad.

OBJETIVOS

Evaluar las características relacionadas a la atención del pediatra en la consulta ambulatoria y la información que brinda a los padres de los pacientes para categorizar las distintas modalidades de consulta ante la presencia de intercurencias que podrían requerir evaluaciones no programadas.

MATERIAL Y METODOS

Estudio prospectivo, transversal, descriptivo. Se analizaron encuestas auto-administradas realizadas al azar a médicos pediatras en diferentes sistemas de atención, en el período marzo a junio 2014. Se utilizó una encuesta preestablecida evaluando las características del proceso de atención y la información brindada a la familia para el abordaje frente a la necesidad de consultas no programadas.

RESULTADOS

Se analizaron 100 encuestas realizadas a pediatras de la Región metropolitana. El 25 % trabaja solo en ámbito privado, 14 % solo en el ámbito público. El 50% tenía entre 5-10 años de ejercicio profesional. En cuanto a la modalidad de asistencia, el 55,9% atendía al menos 4 veces por semana, el 29,4% 3 veces por semana y el 14,7 % sólo 2 o 1 vez. El 58,8% de los pediatras otorgaba turnos cada 20 minutos y solo un 11,8% cada 10 minutos. Ante la necesidad de consulta no programada, el 86% refirió que atendía sin turnos y un 71% le facilitaba algún medio de comunicación alternativa, de los cuales el celular era el más frecuente. Todos los pediatras registraron que instrúan a los padres con pautas de prevención y un 94% establecía la diferencia entre consulta de urgencia y no urgencia. Además, el 84% de los encuestados refería brindar información acerca de los riesgos de posibles contagios en la sala de espera de la guardia.

CONCLUSIONES

Si bien el número de encuestas es bajo, se observó una alta proporción de los pediatras encuestados que brindan estrategias de contacto fuera de la consulta programada. Se propone la necesidad de analizar si las modalidades de la atención le brinda a los padres una respuesta adecuada ante la angustia de la enfermedad del hijo. La disponibilidad de consultorios de atención para la demanda espontánea podría ser un eslabón intermedio, permitiendo una atención más apropiada en el área de urgencias.

COBERTURA DE VACUNACIÓN VPH: ANÁLISIS COHORTES 2000-2001-2002 EN UNA ESCUELA DE PARANÁ

PO 165

RODRIGUEZ ALCÁNTARA V.¹; FREJES M.²; GADEA C.³
CAPS PUERTO VIEJO- PARANÁ, ENTRE RÍOS^{1,2,3}
<valitarodal@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La vacuna VPH (virus papiloma humano) fue incluida en calendario nacional para las niñas de 11 años a partir de octubre de 2011 (cohorte 2000, niñas nacidas desde 1ero de enero de 2000). Desde su implementación, la tasa de cobertura con esquema completo apenas alcanza 50% en la media país (3 dosis), presentando la Pcia. de Entre Ríos tasas aun más bajas (45% 3er dosis/ 68,5% 2da dosis y 85% 1er dosis) en referencia a la meta sanitaria esperada (>95% de la población objetivo).

OBJETIVOS

Conocer la realidad local evaluando cobertura de vacunación de VPH en el grupo de niñas cohorte 2000-2001-2002 escolarizadas en una institución educativa vinculada al CAPS Puerto Viejo de la ciudad de Paraná,

POBLACIÓN

Niñas y adolescentes estudiantes de 1ero, 2do y 3er. año turno mañana de la Escuela del Centenario de Paraná, Entre Ríos; pertenecientes a las cohortes 2000-2001 y 2002 (nacidas hasta 30/06/02).

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, mediante revisión de carnet de inmunizaciones (fotocopia actualizada

solicitada al alumnado) en junio de 2014. Se efectuó base de datos en Excel.

RESULTADOS

La muestra quedó conformada por 95 estudiantes (75,4% del total) cohorte 2000(37,9%) 2001 (46,3%) y 2002 (15,8%). Se constató cobertura completa en el 82,1% de las evaluaciones. El 17,9% presentó esquema incompleto (0 dosis: 5,3 % / 1 dosis: 6,3 % / 2 dosis: 6,3%) En el 20,4 % de la cohorte 2001 se evidenció esquema completo atrasado (3er dosis en mayor de 12 años). Analizando cobertura 2000-2001 a diciembre de 2013 (comparable a cifras oficiales) se constataron tasas de cobertura del 95 % para 1er dosis, 87,5 % para 2da dosis y 78,7% para 3er dosis.

CONCLUSIONES

Se objetivaron tasas de cobertura superiores a las medias provinciales aunque inferiores a la meta sanitaria. El relevamiento efectuado fue de utilidad para realizar educación en salud sexual y reproductiva, promover la adecuada vacunación de la población objetivo (completar esquemas) y sensibilizar a la comunidad educativa para colaborar en la supervisión de esta meta.

TRANSPORTE DE NIÑOS EN MOTOVEHÍCULOS: UN RIESGO PREVENIBLE

PO 166

RODRÍGUEZ ALCÁNTARA V.¹; LLORENS V.²; TALONE S.³

CENTRO DE ATENCIÓN MÉDICA (C.A.M) OSECAC/SERMEX – PARANÁ, ENTRE RÍOS^{1,2,3}
<valitarodal@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Las lesiones por siniestros viales son una causa frecuente y prevenible de morbimortalidad en la población pediátrica. La SAP establece que los menores de 12 años no deben ser transportados en motovehículos, pero la Ley de tránsito 24449 no especifica la edad permitida para acompañantes en motocicletas. A nivel local, es habitual el traslado de menores en motovehículos pese a que la ordenanza municipal 8724 (2008) prohíbe el transporte de menores de 8 años en los mismos.

OBJETIVOS

Evaluar la situación de transporte de menores en motovehículos, la utilización de medidas de prevención de lesiones, el conocimiento general de las normativas vigentes y la fuente de información de las familias.

POBLACIÓN

Pacientes menores de 15 años y adulto a cargo al momento de la consulta, asistidos en el Centro de Atención Inmediata del CAM de OSECAC Paraná, de lunes a viernes en el período comprendido del 1º al 30/04/2011 (inclusión primer consulta del período).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal mediante encuestas voluntarias al adulto a cargo del paciente, sobre modalidad de traslado y medidas de prevención de lesiones utilizadas para asistir ese día a la consulta.

Selección del subgrupo de pacientes transportados en motovehículos. Base de datos en EXCEL.

RESULTADOS

La muestra quedó conformada por 40 pacientes (9,41% de las encuestas efectuadas – tasa de respuesta 70%). El 72,5% correspondió a niños entre 1 y 8 años, con predominio sexo masculino. En relación al conductor predominó el sexo masculino (60%), padre/madre (87,5%), con licencia de conducir (90%). Pese a que el 100% reconoció la obligatoriedad de utilizar el casco siempre, el 7,5% no poseía casco, solo el 67,5% lo usó ese día y solo el 70% refirió usarlo siempre en ruta. En relación a los niños se detectaron las siguientes situaciones de riesgo: el 97,5% eran menores de 12 años, en el 55% de los casos se trasladaban más de dos personas en el vehículo, el 5% fue transportado delante del conductor y el 50% no utilizaba casco. La mayoría de los adultos pensaba que estaba prohibido transportar menores de 8 (37,5%) o 12 años (45%). La principal fuente de información referida fueron los medios de comunicación (65%).

CONCLUSIONES

Ante la situación de riesgo evidenciada, los pediatras no debemos perder la oportunidad de abordar esta temática en la consulta y realizar intervenciones educativas en la comunidad, exigiendo normativas adecuadas y mecanismos de control sostenidos en el tiempo.

HALLAZGO INCIDENTAL DE ARTERIA SUBCLAVIA ABERRANTE EN UN PACIENTE CON VOMITOS RECURRENTES. A PROPOSITO DE UN CASO

RPD 168

ABREGU VERA M.¹; RODRÍGUEZ J.²; MACCARI Y.³; FRAGA M.4.; SLAVSKY A.⁵; SELANDARI J.⁶

SANATORIO GÜEMES^{1,2,4,5,6}

<maria_abregu@live.com.ar>

OBJETIVO

Considerar como diagnóstico diferencial la presencia de una anomalía vascular congénita en un paciente con vómitos recurrentes.

INTRODUCCIÓN

La arteria subclavia derecha aberrante representa una variedad de anomalía del arco aórtico que representa < 1% de todas las anomalias cardiovasculares congénitas. Es más frecuente en niños con síndrome de Down. Sus manifestaciones van desde ser asintomática a causar síntomas respiratorios recurrentes y/o disfagia, especialmente en sólidos.

CASO CLINICO

Niño de 50 días de vida, NT/PAEG, consulta por vómitos post alimenticios de 24 horas de evolución.

Examen físico normal, adecuada progresión ponderal.

Exámenes complementarios: Rx de abdomen con niveles hidroaerós en flanco derecho y aumento de la distribución de aire a nivel de intestino delgado. Laboratorio normal. Ecografía Abdominal: Píloro entre 3,5 y 3,9 mm de diámetro y 24 mm longitudinal. Por estudio dudoso y sospecha de síndrome pilórico, el paciente permaneció internado por 48 horas, con buena evolución clínica.

3º día post alta consulta nuevamente por vómitos de contenido

gástrico. Se realizó: orina completa, urocultivo y nueva ecografía abdominal normales. Permaneció en observación 24 horas, por buena tolerancia oral se decidió seguimiento ambulatorio.

A los 3 meses de edad el paciente regresa por continuar con vómitos esporádicos asociados a la ingesta.

Por sospecha de RGE se interconsulta con Gastroenterología Infantil, que solicitó nueva ecografía abdominal: normal y SEG D informando: RGE supracarinal de lento clearance e inició tratamiento empírico con domperidona, ranitidina y fórmula láctea AR, además se observó impronta oblicua en parte posterior del esófago que podría corresponder a arteria subclavia derecha aberrante por lo que se realizó Rx de tórax, ECG y Ecocardiograma normal y control con Cardiología Infantil quien solicitó TC helicoidal cervicotorácica que confirmó el diagnóstico de la anomalía vascular mencionada.

El paciente continuó en seguimiento por Cardiología, Gastroenterología y con Pediatría manteniendo crecimiento y desarrollo óptimos. Actualmente se encuentra asintomático y en plan quirúrgico expectante.

CONCLUSIÓN

La presencia de arteria subclavia aberrante no es necesariamente la causa de problemas de alimentación. La cirugía se reserva a los pacientes sintomáticos.

EL DESAFÍO EN LA CONSULTA DE UN ADOLESCENTE VARON CON HPV ANAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

PO 169

ABREGU VERA M.¹; SLAVSKY A.²; GACITÚA V.³; CORAZZA R.⁴; MACCARI Y.⁵; SELANDARI J.⁶
 SANATORIO GÜEMES^{1,2,3,4,5,6}
 <maria_abregu@live.com.ar>

INTRODUCCION

Los condilomas acuminados son lesiones cada vez más frecuentes en la población infantojuvenil. Dadas las diferentes formas de contagio, (sexual), abusivo o consentido, y no-sexual) más las características particulares de la adolescencia hacen compleja la toma de decisiones.

OBJETIVO

Compartir las dificultades en el abordaje de la orientación sexual, la posibilidad de abuso sexual previo y la prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS) en un paciente adolescente varón.

CASO CLINICO

Paciente varón de 15 años y 10 meses, consultó por sangrado anal espontáneo de 3 semanas de evolución. Sin antecedentes patológicos. Refirió pareja heterosexual, negó inicio de relaciones sexuales y abuso. Antecedentes familiares: Tía materna y padre con antecedentes de abuso sexual infantojuvenil y violencia doméstica.

Examen físico: Lesión polipoidea vegetante en margen anal, de 3 cm de diámetro, mucosa friable, sangrante, compatible con condiloma. Esfínter anal normotónico.

Serologías: HIV 1 y 2, Hepatitis B, C y VDRL negativas. Se consultó con Infectología, Dermatología y Cirugía quien realizó excéresis quirúrgica. Anatomopatológica confirmó el diagnóstico de Condiloma

Acuminado por HPV. Pendiente tipificación.

El paciente en cada control se mostró introvertido. Concurrió con sus padres, siempre preocupados. Sin embargo a pesar de las reiteradas entrevistas, no se logró establecer el medio de transmisión del virus. Continúa en seguimiento por nuestro Servicio y por el servicio de Salud Mental.

CONCLUSIÓN

Destacamos la dificultad que generó en la consulta el abordaje de la sexualidad, su orientación sexual y la posibilidad de abuso previo. En todo paciente pediátrico, la infección anogenital por HPV implica la sospecha de abuso sexual, aunque se debe recordar la posibilidad de contagio no-sexual. En el paciente adolescente se agrega la posibilidad de contagio a través de ejercicio sexual consentido, marcando en ese caso una conducta de riesgo para otras ETS. Tanto la posibilidad de abuso como la práctica sexual sin protección efectiva requieren una conducta activa del pediatra pero muy diferente en una u otra situación. Consideramos que una mayor confianza en la relación médico paciente generada a través de sucesivas entrevistas, cuidando la privacidad y enfatizando la confidencialidad, permitirá la comunicación de aspectos tan íntimos del adolescente pero necesarios para una ayuda efectiva.

CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS A LA MORTALIDAD POSNEONATAL POR ENFERMEADES RESPIRATORIAS

PO 170

BOSSIO J.¹; ARIAS S.²; ARMANDO G.³
 INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEADES RESPIRATORIAS "EMILIO CONI", ANLIS^{1,2,3}
 <jcbossio@arnet.com.ar>

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades respiratorias son la primera causa de consulta ambulatoria y de hospitalización durante el período posneonatal, y son la segunda causa de mortalidad entre el mes y el año de vida.

OBJETIVO

Analizar la asociación entre las condiciones sociales de la madre y la familia y la mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio en el período posneonatal.

POBLACIÓN

Muertes posneonatales registradas en Argentina durante el trienio 2010-2012.

METODOLOGÍA

Estudio transversal de comparación de las muertes de 1 a 11 meses registradas por enfermedades del sistema respiratorio (códigos J99-J99 de la Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Revisión) y por causas difícilmente reducibles durante el trienio 2010-2012. Los dos grupos de muertes se estratificaron según edad de la madre, situación conyugal, cobertura de salud, nivel de instrucción de la madre y el padre y situación laboral.

Se calculó la proporción de muertes según cada característica y se realizó un análisis univariado calculando la odds ratio (OR), intervalo de confianza (IC) del 95% y significación estadística. Luego se realizó un análisis multivariado por regresión logística y se calculó el OR ajustado con su IC del 95% y significación estadística.

Se utilizaron los programas Excel 2010, Epidat 3.1. y R Project.

RESULTADOS

En el 71,1% (68,3; 74,0) de las muertes posneonatales por enfermedades respi-

atorias la madre no tenía cobertura de salud, en el 24,2% (21,6; 26,8) no tenía cónyuge, en el 26,2% (24,2; 28,3) era menor de 20 años, en el 26,6% (24,5; 28,6) tenía primaria incompleta o menor nivel de instrucción, en el 23,6% (21,2; 25,9) el padre tenía primaria incompleta o menor nivel de instrucción y en el 21,2% (18,9; 23,4) estaba desocupado.

El análisis univariado mostró que las muertes por enfermedades respiratorias tuvieron 1,9 (1,4; 2,5) veces más posibilidad de no tener cobertura de salud ($p<0,0001$), 1,4 (1,1; 2,0) veces más posibilidad de tener madre <20 años ($p=0,03$), 2,2 (1,5; 3,1) veces más posibilidad de tener una madre con primaria incompleta o menor nivel ($p<0,0001$) y 1,9 (1,3; 2,8) veces más posibilidad de un padre con primaria incompleta o menor nivel ($p<0,001$) que las muertes por causas difícilmente reducibles.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para la falta de cónyuge de la madre ($p=0,17$) y la situación laboral ($p=0,10$).

En el análisis multivariado se conservó la significación estadística para la falta de cobertura de salud: OR=1,6 (1,2; 2,2), $p=0,001$; y el bajo nivel de instrucción de la madre: OR=1,7 (1,1; 2,6), $p=0,01$. No fueron estadísticamente significativas las asociaciones para edad de la madre: OR=1,2 (0,8; 1,7), $p=0,34$; y para bajo nivel de instrucción del padre: OR=1,2 (0,8; 1,9), $p=0,38$.

CONCLUSIÓN

La falta de cobertura de salud y el bajo nivel de instrucción de la madre se asocian a mayor mortalidad posneonatal por enfermedades respiratorias. La identificación de estas condiciones podría servir como indicador de alerta, para brindar apoyo y seguimiento especial, y contribuir a reducir el riesgo de agravamiento y muerte de estas enfermedades.

CESAC 45. PERFIL DE CONSULTAS PEDIÁTRICAS

RPD 171

PINTER M.¹; BATALLA M.²; LOPERFIDO C.³; GUEVARA E.⁴
HOSPITAL RAMOS MEJIA. CESAC 45^{1,2,3,4}
<msolpinter@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La información sobre el perfil de consultas de la población pediátrica que concurre al centro de salud, CESAC 45, desde el momento de su apertura, es fundamental para planificar un modelo eficiente de atención integral. El objetivo del presente trabajo es describir la demanda durante el período observado: 01/06/2011 al 31/05/2014 y el motivo de la misma.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño epidemiológico cuantitativo observacional descriptivo en niños de 1 mes de vida a 14 años. Población que asistió al CESAC 45, con motivo de atención programada (controles de salud periódicos) y demanda espontánea. Período de observación: 01/06/2011 (apertura del CESAC 45) al 31/05/2014. Se clasificó en tres años: 01/06/2011-31/05/2012, 01/06/2012-31/05/2013, 01/06/2013-31/05/2014. Se analizó la cantidad de consultas pediátricas y proporción de éstas respecto al total. Distribución de frecuencias según atención programada o espontánea y motivo de las mismas. Fuente de datos secundaria: SICESAC. Análisis estadístico SICESAC.

RESULTADOS

Durante el tiempo de observación, 21059 consultas totales, 7833 (37%) correspondieron a pacientes de 1mes a 14 años. La cantidad

de consultas pediátricas fue 983/3287/3563 en el primero/ segundo y tercer período, respectivamente.

Atención programada (control de salud) 69%-63%-63%. Demanda espontánea 31%-37%-37%, en el primer-segundo y tercer año, respectivamente. El motivo de las mismas fue: patología de causa respiratoria 15%-18%-19%, certificados médicos (alta médica-planilla ANSES-plan nacer) 7%-7%-8%, patología cutánea 2%-2%-3% y obesidad/sobrepeso 1%-2%-1%, otros diagnósticos 6%-9%-6%, en los tres períodos observados respectivamente.

CONCLUSIÓN

Existe un aumento en las consultas pediátricas a lo largo del periodo observado. El mayor porcentaje de las mismas corresponden al control programado de salud, que mediante el seguimiento periódico, permite controlar el adecuado crecimiento y desarrollo del niño y su impacto a futuro. Se observa un incremento en la demanda espontánea, prevaleciendo la patología de causa respiratoria. Consideramos como determinante de este crecimiento el enraizamiento en tiempo y forma del establecimiento y su comunidad y el beneficio de la descentralización de la atención, en el sistema de salud pública, favoreciendo la accesibilidad.

PRE-HIPERTENSIÓN E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN UN CONSULTORIO PEDIÁTRICO AMBULATORIO

RPD 173

VENZANO G.¹; RAMIREZ PASTORE M.²; RIERA FANEGO J.³; VERA N.⁴; CASTAÑO L.⁵; PASTORE DE RIERA B.⁶
CENTRO PEDIÁTRICO INTEGRAL RIERA S.R.L.^{1,2,3,4,5,6}
<letty.ramirez@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas se ha insistido sobre la importancia de la medición de la presión arterial en la edad pediátrica, particularmente en relación con el creciente aumento del sobrepeso y la obesidad infantil, situación a la que el Paraguay no es ajena.

OBJETIVO

Determinar la presencia de pre-hipertensión e hipertensión en adolescentes con sobrepeso y obesidad en comparación con aquellos con índice de masa corporal normal.

POBLACIÓN

Pacientes de ambos sexos, de 10 a 18 años de edad, que acudieron a control médico a inicio del año escolar, en un consultorio de práctica pediátrica privada, de enero a marzo de 2014. El muestreo fue no probabilístico de casos consecutivos.

PACIENTES Y MÉTODO

Fueron incluidos 626 pacientes, en quienes se midió el peso y la altura y se calculó el índice de masa corporal (IMC). Se definió obesidad como el IMC >percentil 95 y sobrepeso como el IMC entre 85 y 94 percentil, de acuerdo con las tablas CDC, 2000, para edad y sexo. La presión arterial se definió como el promedio de dos mediciones y se clasificó según las tablas del "Task Force on Blood Pressure in Children", 2004, para edad, sexo y altura: presión arterial normal <per-

centil 90; pre hipertensión entre el percentil 90 y 94 e hipertensión >percentil 95. Las variables categóricas se expresaron como números (porcentajes) y las variables continuas como media y desviación estándar. Para las comparaciones, se utilizó t-student para variables continuas y chi cuadrado para las variables categóricas. Se consideró significativo valores de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Fueron evaluados 626 pacientes, 314 (50,2%) de sexo masculino, con una edad promedio de 13 ± 2 años. De ellos, 132 (21%) presentaron sobrepeso u obesidad (grupo de estudio) y 494 (79%) tuvieron índice de masa corporal normal. El porcentaje de pacientes con presión arterial elevada (pre-hipertensión + hipertensión) del grupo de estudio vs. el grupo con IMC normal fue de 34,7% vs. 18,8% ($p < 0,0001$). El porcentaje de pacientes con pre-hipertensión del grupo de estudio vs. el grupo con IMC normal fue de 12,1% vs. 9,7% ($p: 0,052$), y la hipertensión arterial se presentó en el 32,6% vs. 9,1% de los pacientes ($p < 0,001$).

CONCLUSIÓN

En forma global, los pacientes con sobrepeso y obesidad presentan mayor riesgo de presión arterial elevada, con diferencia estadísticamente significativa para hipertensión arterial, no así pre-hipertensión arterial.

A PROPÓSITO DE UN CASO: MACROCEFALIA-MALFORMACION CAPILAR

PO 174

NASIF M.¹; MARTINEZ M.²; GUTIERREZ YANEZ A.³; VEGA E.⁴
HRRG^{1,2,3,4}
<belnasif@gmail.com>

INTRODUCCION

El Síndrome de Macrocefalia-Malformación Capilar (M-MC) es un trastorno que se caracteriza por macrocefalia, malformaciones capilares, sobrecrecimiento/asimetrías y alteraciones de neuro-imagen. Es una Enfermedad Rara en la que se han descrito alrededor de 150 casos identificables. Las manifestaciones características son: Malformación capilar (97%), macrocefalia (96%), sobrecrecimiento/asimetría (97%), alteraciones de neuro-imagen asimetría cerebral, ventriculomegalia, herniación de amígdalas cerebelosas, displasia cortical y/o polimicrogiría (82%), retraso del desarrollo (85%), malformación capilar en línea medio facial (77%), hipotonía neonatal (66%), sindactilia y/o polidactilia (61%), frente prominente (55%), anomalías de tejido conectivo hiperlaxitud articular y/o epitelial (55%), hidrocefalia (48%). Como síndrome de sobrecrecimiento, la M-MC tiene un riesgo de presentar tumores de 4 a 5% superior al de la población infantil. El diagnóstico se basa en las características clínicas, utilizando criterios mayores y menores. Al ser un síndrome de presentación esporádica y de causa desconocida, no hay análisis genético-moleculares disponibles.

OBJETIVOS

Describir el caso clínico de una lactante con síndrome de MMC.

DESCRIPCION DEL CASO

Paciente de 4 meses NT/APEG por cesarea sin antecedentes perinatales de importancia que presenta desde el nacimiento tumoración vascular en filtrum y en región supramamilar derecha, múltiples maculas eritematosas en tronco, axila, pliegue interglúteo y región lumbosacra con cutis marmorata en ambos miembros inferiores, macrocefalia, hemihipertrofia izquierda, hipotonía, retraso del desarrollo, sin soplos, en suficiencia cardiorrespiratoria y buen progreso ponderal. Se realiza RMN cerebro y ecografía abdominal normal, FO normal, ecocardiograma sin patología estructural. Se deriva a estimulación temprana y al Htal Garrahan realizándose el diagnóstico de M-MC.

CONCLUSION

La M-MC es una enfermedad rara que requiere de un equipo multidisciplinario. Debemos considerar el riesgo de tumores por lo que tenemos que realizar la vigilancia adecuada y explicar esta característica a la familia. El retraso en el desarrollo y las dificultades en el lenguaje no son severos y pueden beneficiarse de terapia específica. Las mediciones seriadas de los segmentos inferiores es necesario para evaluar un posible tratamiento ortopédico.

NEOPLASIA TIROIDEA DE CÉLULAS DE HÜRTHLE. A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD 175

*VELA M.¹; ABREGU VERA M.²; MACCARI Y.³; TANGARI A.⁴; VALVERDE S.⁵; BIGNON H.⁶; RODRIGUEZ J.⁷; LEAL J.⁸;
SLAVSKY A.⁹; SELANDARI J.¹⁰*
SANATORIO GÜEMES^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10}
<mariavela_5@hotmail.com>

INTRODUCCION

El cáncer de tiroides es raro en pediatría, puede verse desde el primer año de vida. La incidencia es máxima a los 9 años en prepúberes, y aumenta significativamente en la adolescencia. El hallazgo de un nódulo tiroideo es una situación más frecuente, estos pueden ser malignos hasta en un 25%. Las neoplasias de células de Hürthle (CH) incluyen el adenoma de células de Hürthle (ACH) y el adenocarcinoma de células de Hürthle (CCH). El CCH representa el 2-5% de los carcinomas tiroideos pediátricos y el ACH <1% de los nódulos tiroideos en pediatría. Ni la punción aspiración con aguja fina (PAAF) ni la biopsia intraoperatoria de rutina pueden diferenciar el carcinoma del adenoma de CH.

OBJETIVOS

Comunicar un caso de ACH, patología de baja prevalencia en pediatría. Insistir en la importancia de incluir la glándula tiroidea en el examen físico.

CASO CLINICO

Paciente de 15 años, con tumoración cervical de 1 mes de evolución, sin antecedentes personales ni familiares de relevancia, ni exposición a radiaciones.

A la palpación: tiroides aumentada de tamaño a predominio de lóbulo izquierdo, nódulo en línea media con extensión hacia la izquierda de 3 cm de diámetro aproximadamente, de consistencia similar a la glándula. Sin adenomegalias.

Ecografía tiroidea: nódulo heterogéneo en lóbulo izquierdo de 25x20x17mm, de límites netos. TI RADS 4 (score ecográfico, 4 indica "Sospechoso de neoplasia folicular"). Sin adenopatías satélites.

Centellograma con 99Tc revela un nódulo frío. Función tiroidea y calcitonina normal, anticuerpos anti tiroideos negativos.

Endocrinología indicó realizar PAAF que informó: nódulo compatible con neoplasia folicular con presencia de células de Hürthle (Bethesda 4, score citológico, 4 indica "sospechoso de malignidad"). Se indica hemitiroidectomía con biopsia intraoperatoria.

En la biopsia intraoperatoria se informa neoplasia de CH, realizándose tiroidectomía total, de acuerdo con la preferencia familiar discutida en el preoperatorio. El informe AP diferido hizo diagnóstico de ACH.

Continúa en seguimiento con evolución sin complicaciones, en tratamiento de reemplazo con levotiroxina.

CONCLUSION

Destacamos la importancia de la evaluación de la tiroides dentro del examen físico de adolescentes y niños. Es indispensable revisar la tiroides en la adolescencia pero incluirla en el examen físico rutinario en todas las edades, además de potencialmente salvar una vida, aumentará la habilidad en su exploración.

A PROPOSITO DE UN CASO: HEPATITIS C Y RETRASO GLOBAL DEL DESARROLLO

RPD 176

NASIF M.¹; MARTINEZ M.²; BUSTOS O.³; ACEVEDO S.⁴

HRRG^{1,2,3,4}

<belnasif@gmail.com>

INTRODUCCION

La infección causada por el virus de la hepatitis C (VHC) es una causa importante de morbi-mortalidad. La importancia de esta enfermedad radica en su elevada frecuencia de evolución a cronicidad (60-80%) como cirrosis hepática y/o hepatocarcinoma. El VHC se replica en el hígado sin tener una capacidad citopática directa, siendo la respuesta inmune a la infección la responsable de las lesiones hepáticas. Se han descrito además lesiones renales como glomerulonefritis, alteraciones neurológicas como psicopatología compleja describiéndose cansancio, irritabilidad, depresión, olvido, dificultad para dormir y de la concentración, correlacionándose a diversas consecuencias neuroconductuales como la disminución de la velocidad de ejecución de tareas motoras finas, concentración y memoria.

OBJETIVOS

Describir un caso clínico de Hepatitis C y retraso global del desarrollo.

DESCRIPCION

Niño de 6 años con antecedente de quemadura en pie izquierdo a los 3 años que requirió múltiples ingresos a quirófano para toilette, consulta por trastorno del aprendizaje, astenia y somnolencia. Se practica PRUNAPE constatándose retraso en el área personal social,

motriz y lenguaje. Al examen físico IMC > 97, cardiopulmonario normal, abdomen sin visceromegalias, mancha hiperpigmentada en abdomen y axila. Se realiza laboratorio que informa ligero aumento de transaminasas con resto de hepatograma normal. Se solicita serologías dando positivo en 2 oportunidades ELISA para hepatitis C, sin antecedentes de transfusiones sanguíneas, serología materna negativa, se indaga a la madre sobre ASI, sin obtener datos, ecografía hepática normal, TAC de cerebro normal. Se deriva a Htal Garrahan para PCR de VHC y biopsia hepática.

CONCLUSIONES

Las consecuencias de la hepatitis crónica por VHC en niños son todavía poco conocidas. La mayoría de los pacientes se encuentran asintomáticos y casi todos, presentan alteraciones en la analítica hepática. Si bien en la mayoría los estudios histológicos no presentan lesiones graves, en algunos niños pueden encontrarse fibrosis y cirrosis. Es indispensable confirmar diagnóstico mediante PCR viral, a fin de realizar tratamiento, siendo su objetivo erradicar la infección y enlentecer la progresión de la misma. Se deberá valorar en nuestro paciente si el retraso global de desarrollo es consecuencia de la infección de VHC y si el tratamiento en este caso con interferón no empeorará la sintomatología neuropsicopatológica.

HIPERTENSIÓN Y CEFALEA. A PROPOSITO DE UN CASO

RPD 177

VIEYTES J.¹; TATAY D.²; DEREGIBUS M.³

HOSPITAL POSADAS^{1,2,3}

<jmvieytes@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La cefalea es un motivo de consulta frecuente en pediatría y es causa importante de ausentismo escolar y laboral. Cuando se asocia a paresia aguda en pacientes hipertensos previos debemos descartar compromiso del SNC y buscar el origen de la HTA.

OBJETIVOS

Describir el caso clínico de un paciente con aneurismas cerebrales e HTA secundaria. Resaltar la importancia del diagnóstico precoz, seguimiento y tratamiento de pacientes pediátricos hipertensos
Caso Clínico Paciente de 13 años, con antecedente de HTA de 6 meses de evolución sin tratamiento farmacológico, en seguimiento en Hospital periférico. Presenta cefalea intensa con paresia en miembro superior izquierdo. Refiere 7 días previos dolor similar durante el ejercicio. Sin otros antecedentes de importancia.

Al ingreso a guardia constatan paciente con decaimiento general, debilidad facio-braquio-crural izquierda, sensibilidad conservada, reflejos pupilares presentes, TA:BD: 190/110 mmHg. BI: 180/100 mmHg. Resto del examen físico normal

Se realiza TC que informa "imagen hiperdensa a nivel de la cisura de Silvio en región de Arteria Cerebral Media derecha e imagen hiper-

densa en región parietal derecha a nivel de la capsula interna, sin efecto de masa". Ingres a UTIP y se medica con Labetalol, con buena respuesta, luego se rota a Enalapril y Atenolol.

Se realiza angiografía digital que evidencia aneurisma de 12mm en arteria comunicante posterior, y otro de menor tamaño en arteria coroidea anterior. Se colocan coils en el aneurisma mayor. A la semana se repite el estudio, visualizan compactación del cast previamente realizado y aneurisma menor con vasoespasmio local y desaparición del contraste. Se realiza cateterismo de ambas arterias renales que evidencia hipoplasia de riñón izquierdo.

Este riñón presenta función del 7% detectada por radiorenograma y se asocia a reflujo vesicoureteral derecho por lo que se diagnostica Riñón de Ask Upmark.

Buena evolución del paciente, permanece 40 días internado. Se medica su HTA y se programa nefrectomía. En seguimiento por los servicios de neurología, neurocirugía, hipertensión, nefrología y fisiatría.

CONCLUSIÓN

La HTA asociada a hipoplasia renal es una causa frecuente de HTA secundaria en pediatría. Su diagnóstico y tratamiento precoz evita complicaciones tardías. La rotura aneurismática pudo haber sido inducida por la hipertensión arterial persistente no controlada.

MOTIVO DE CONSULTA HEMATURIA, A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD 178

DEZA F.¹; CROCE M.²; VERGARA G.³; LÓPEZ I.⁴; JUNCOS C.⁵; ROLDAN O.⁶; FERREYRA M.⁷; PEINADO D.⁸
 SANATORIO SALVADOR¹²³⁴⁵⁶⁷⁸
 <florenciadeza@yahoo.com.ar>

INTRODUCCIÓN

La hematuria es el hallazgo clínico más frecuente dentro de la patología genitourinaria, después de la infección del tracto urinario. La detección a simple vista por parte de la familia de sangre en orina es un motivo de gran preocupación y de consulta al pediatra general. La hematuria se define como la presencia anormal de hemáties en orina ya sea visible a simple vista (macroscópica), o con microscopio. Sus causas pueden ser congénitas o adquiridas, y su naturaleza muy variada (infecciosa, inmunológica, mal formativa, metabólica, tumoral, etc.). Los hallazgos clínicos a tener en cuenta en la consulta: oliguria, anuria, edemas, HTA, palidez cutánea, polaquiuria, masa abdominal palpable, infección asociada, dolor lumbar, exantema, afectación articular. Para su enfoque diagnóstico es imprescindible determinar si es hematuria de origen glomerular o no glomerular.

OBJETIVO

Presentar caso clínico de hematuria macroscópica destacando la importancia del pediatra general como primer escalón en la identificación y el enfoque diagnóstico inicial.

DESCRIPCIÓN

Paciente de 7 años de edad, sexo femenino, sin antecedentes patológicos de relevancia que consulta por primer episodio de hematuria macroscópica. APP de Escarlatina hace un mes tratado con amoxicilina. Examen físico: a febril, normo hidratada, HTA leve. Edema (-). Puño percusión renal bilateral (-). Puntos renoureterales (-). Hematuria macroscópica sin coágulos, disuria negativa. Se solicita: Orina completa y sedimento: Células

epiteliales 3 / campo; Leucocitos 4 / campo. Hemáties más de 100 / campo .Proteínas +.Hb +. Laboratorio: Urea 72 mg/dl. Creat.: 1,27 mg/dl, prot. totales: 6,2 gr/dl, albumina: 3,5 g/dl. Ecografía renal normal. Urocultivo (-). Enfoque diagnóstico: Hematuria glomerular; Síndrome Nefrítico. Sospecha diagnóstica: GNF postestreptocócica. Se solicita: Hisopado faringeo, Streptococcus Beta hemolítico grupo A (-). Complemento: C3 y C4 (-). Se solicita ANA, ANCA C y P, Anti DNA, FR, IgA sérica, Serología para HIV, CMV, VHB y VHC; resultado normal. Diagnóstico probable: GNF rápidamente progresiva con complemento normal. Se realiza biopsia renal: Incremento de la celularidad mesangial, túbulos con cilindros hialinos, intersticio con leve infiltrado mononuclear. Diagnóstico final: GNF mesangial.

CONCLUSIONES

La hematuria es uno de los motivos de consulta más frecuentes en la patología del tracto urinario, luego de las infecciones genitourinarias. Tiene una multiplicidad de causas. Habitualmente es un síntoma transitorio, pero puede ser el único síntoma de una enfermedad grave que requiere una actuación inmediata. La mayor parte de las enfermedades que afectan el aparato urinario presentan hematuria en algún momento de su evolución. Esta diversidad de posibles evoluciones necesita del uso de una sistemática que facilite al pediatra en la consulta una correcta valoración inicial de estos pacientes, diferenciando aquellas situaciones que por su carácter benigno no precisan de exploraciones agresivas de otras entidades clínicas que exigirán un estudio más completo y su derivación al nefrólogo pediatra.

INTERÉS DEL REGISTRO DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN ADOLESCENTES. PORCENTAJE DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL ENCONTRADO Y SU RELACIÓN CON FACTORES DE RIESGO EN UNA MUESTRA DE 139 ESCOLARES

RPD 180

BOYNE G.¹; REBEC B.²; DEI-CAS P.³; RODRIGUEZ ORSERO R.⁴; VARELA P.⁵; CALVO M.⁶
 HIGA PTE. PERON DE AVELLANEDA¹²³⁴⁵⁶
 <gonzaloboyne@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) constituye una entidad poco frecuente en la edad pediátrica que va incrementando su prevalencia a partir de la adolescencia. Sin embargo, el control de la presión arterial (PA) no resulta ser aún un procedimiento habitual en nuestro medio.

OBJETIVOS

Calcular la prevalencia de HTA y del estado prehipertensivo (EPHTA) en adolescentes. Averiguar el género más afectado. Conocer qué cantidad de estudiantes tuvieron registro previo de la PA. Establecer si existe asociación entre HTA y exceso de peso, y entre HTA y hábito sedentario. Determinar si existe asociación entre HTA y antecedentes familiares de HTA u obesidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, prospectivo, de corte transversal que incluyó 139 adolescentes escolarizados (76 mujeres y 63 varones) con edades entre 12 y 15 años, sin antecedentes patológicos conocidos. Se definió: 1) HTA: cuando el promedio de TA sistólica y/o diastólica es mayor o igual al percentilo 95 para edad, sexo y talla en promedio de 3 mediciones llevadas a cabo en diferentes momentos. 2) EPHTA: cuando el promedio de TA sistólica y/o diastólica es mayor o igual al percentilo 90 y menor al percentilo 95 para edad, sexo y talla en promedio de 3 mediciones llevadas a cabo en diferentes momentos. 3) Exceso de peso (EP): Incluyó la presencia de sobrepeso (SP) u obesidad (O) según valores de percentilo (P) de índice de masa corporal (IMC), considerándose SP cuando el P de IMC es superior o igual a 85 e inferior al 95, y O cuando el P de IMC es mayor o igual a 95, según datos reportados por el CDC en 2000. Hábito

sedentario: No realización de actividad física extraescolar. Los datos referidos a antecedentes familiares de HTA (AFHTA) u obesidad (AFO) se recabaron a través de un cuestionario escrito enviado al domicilio para ser completado por los cuidadores responsables. Se efectuó análisis estadístico, considerándose de significación si $p < 0.05$.

RESULTADOS

Se encontró HTA en 13 de los estudiantes evaluados (9.35%), de los cuales 7 correspondieron al sexo femenino. Se hallaron 7 (5.03%) adolescentes con EPHTA (4 varones y 3 mujeres). Sólo el 12,9% del total de los estudiantes evaluados refirió haber tenido medición previa de la PA. La HTA se asoció estadísticamente con EP ($p = 0...$) pero no así con hábito sedentario ($p: NS$). No se constató asociación con valor estadístico entre HTA y AFHTA ($p: NS$), como así tampoco entre HTA y AFO ($p: NS$).

CONCLUSIONES

Se evidenciaron registros de PA por encima de los valores normales en el 14,38% de la muestra estudiada, sin diferencias relevantes según género. El significativamente bajo control de la PA en la consulta diaria constituye un hecho altamente preocupante. Se evidenció asociación estadísticamente significativa solo entre HTA y EP.

Se deben arbitrar los medios para concientizar al equipo médico en la importancia del registro periódico de la PA, debiéndose contar con el instrumental adecuado y en condiciones óptimas para su uso, como así también tratar de lograr que los adolescentes adquieran hábitos de vida saludables, debiéndose comenzar a hacer hincapié en los mismos desde edades tempranas.

LOS HÁBITOS EN NUESTROS NIÑOS. ESTEMOS ATENTOS A LO QUE NOS PASA

PO 181

SCHARGRODSKY L.¹; CZERNIUK P.²; TENENBAUM M.³; CASAL DE REY R.⁴; FERNANDEZ S.⁵; PODSKUBKA S.⁶; VAIZMAN L.⁷;
VIOLA P.⁸; SABBAJ L.⁹
HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ¹²³⁴⁵⁶⁷⁸⁹
<lauraines@intramed.net>

INTRODUCCIÓN

Hay un aumento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad (SO) en la población mundial. Los malos hábitos alimentarios, la falta de actividad física y el sedentarismo favorecerían el inicio temprano de síndrome metabólico, diabetes tipo 2 y enfermedades cardiovasculares.

OBJETIVO

Describir en nuestra población la prevalencia de SO y factores de riesgo modificables.

POBLACIÓN

Pacientes elegidos al azar de 5 a 12 años que consultaron entre junio y diciembre 2012.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal, descriptivo y analítico realizado en base a encuestas. Análisis estadístico Epi info6.

RESULTADOS

Se realizaron 156 encuestas. Prov. Bs. As. 74%, varones 49%, educación materna completa 37%, ingresos ≤ \$3000 44%, subsidios 41%, control en salud 86%, SO 49%, padre/madre SO 32%, actividad

física extraescolar 33%, pantalla ≥ 3 hs 66%, almuerzo en hogar 74%, comidas mirando TV 65%, acompañados 97%, ingesta agua 53%, lácteos enteros 81%. Ingesta ≥ a 4 veces/semana: frituras 11%, golosinas 45%, gaseosas 31%, galletitas dulces 85%. Los niños cuyas madres padecen SO tienen > riesgo de presentarlo (p:0.04). Los niños con SO presentan > HTA sistólica (p 0,01) y Circunferencia de cintura (p 0,00001) Ingieren alimentos no saludables + frecuentemente (galletitas p 0.009 frituras p 0.02 jugos p 0.006) provienen de familias con menores ingresos (p 0.01). Tendencia positiva para SO: los que miran TV en la cena (p 0.06)

CONCLUSIONES

49,4 de los niños presentó SO. Consumen > cantidad de alimentos de alto índice glucémico y > tenor graso y < proporción de vegetales A y B. Mayor riesgo de HTA y aumento de la CC. La > parte de nuestra población no cumple las pautas recomendadas de ingesta de agua, lácteos, actividad física y horas de pantalla, a pesar de la alta concurrencia a controles de salud y presencia de adultos en las comidas. Resulta difícil para el pediatra revertir la influencia de los medios en hábitos familiares.

DERRAME PLEURAL: UNA FORMA DE PRESENTACION DE GLOMERULONEFRITIS POST INFECCIOSA. A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD 182

GROSSE A.¹; BRUNO D.²; MACCARI Y.³; RODRIGUEZ J.⁴; LEAL J.⁵; DIAZ H.⁶; VERA C.⁷; STRATICO R.⁸; SELANDARI J.⁹
SANATORIO GÜEMES¹²³⁴⁵⁶⁷⁸⁹
<titi_dbb@hotmail.com>

OBJETIVO

Destacar la importancia de realizar anamnesis y examen físico exhaustivos en un paciente con diagnóstico de neumonía con derrame pleural.

CASO CLÍNICO

Paciente de 14 años derivada al 4º día de internación con diagnóstico de neumonía multifocal y derrame pleural bilateral e hipoxemia, en tratamiento con Ceftriaxona.

EXAMEN FÍSICO

regular estado general. Peso 49 kg (PC: 50). Taquipneica, hipoventilación bibasal, rales crepitantes en base derecha con requerimientos de oxígeno por máscara reservorio.

Rx. de tórax: imagen radiopaca en base derecha y despegamiento pleural laminar homolateral, y seno costofrénico ocupado. Ecografía pleural: derrame pleural derecho tabicado, 23mm, seno costofrénico izquierdo con derrame de 20mm con colapso lóbulo inferior izquierdo.

Al ingreso su madre refiere aumento de peso de 4kg en 1 semana, y

se constata HTA y lesiones cicatrizales en piel de miembros inferiores compatibles con piodermitis. Surge la sospecha diagnóstica de glomerulonefritis post infecciosa (GNPI)

Se solicita laboratorio: Hto: 32% Hb: 10 GB: 18500(93/5/2) VSG: 50 PCR: 0.8 TGP/TGO: 83/20 Pt: 6.1 Alb: 3

U: 43 Cr: 0.9 C3 11.3 (bajo) C4: 31.8 (normal) OC: hematuria, orina 24hs: Proteinuria significativa

Hisopado de fauces y HIV negativos, ASTO: 459.

Por clínica y laboratorio se diagnostica GNPI, se realiza restricción hídrica, dieta hiposódica y tratamiento con Nifedipina VO, con evolución favorable.

A las 72hs tiene un peso de 45kg, se encuentra normotensa, sin edemas, ni requerimientos de oxígeno. Egresada con seguimiento por nefrología.

CONCLUSIÓN

Se demuestra la importancia de una anamnesis minuciosa y un examen físico completo, para arribar al diagnóstico de enfermedades con manifestaciones clínicas poco habituales. En este caso, una GNPI en un paciente con clínica predominantemente respiratoria.

TUBERCULOSIS EN PEDIATRÍA... DIAGNÓSTICO POCO PENSADO. A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD 183

CORONA R.¹; RUIZ N.²; GEREZ J.³; JIMENEZ C.⁴; ZANINOVIC K.⁵; SEQUEIRA A.⁶
CEPSI EVA PERON^{1,2,3,4,5,6}
<rominacorona@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis se presenta cuando el *Mycobacterium tuberculosis* ingresa al organismo, y la enfermedad surge cuando se altera el estado inmunológico, nutricional y de vacunación. El diagnóstico en los niños se basa en el antecedente de contacto, la prueba de la tuberculina, la radiografía de tórax y el hallazgo microbiológico del bacilo; estos criterios ayudan a realizar un diagnóstico y tratamiento más tempranos, lo cual permite romper el ciclo biológico del agente causal y evitar el incremento en la morbimortalidad de una comunidad. La tuberculosis en la edad pediátrica continua siendo subestimada, ya que para la definición de caso se requiere de una baciloscopia positiva la cual no es aplicable en los niños. Además puede ser de presentación extrapulmonar, suele ser paucibacilar y el cultivo, en la mayoría de los casos, negativo.

OBJETIVOS

Describir situación típica de consulta ambulatoria con baja sospecha de TBC.

DESCRIPCIÓN

Niña de 13 meses de vida consulta por quinto episodio de SBOR los cuales responden cada vez menos al tratamiento con medidas de sos-

tén respiratorio. Al examen físico se presenta niña en regular estado general, palidez marcada, hipoactiva, peso actual 9,900 Kg (p50-75), talla 69 cm (p3), afebril; se auscultan subcrepitantes bilaterales aislados y sibilancias generalizadas. Se realiza placa de tórax donde se evidencian infiltrados bilaterales con adenopatías paratraqueales derechas. Laboratorio normal. Serologías para sífilis, toxoplasmosis y chagas negativas. PPD 12 mm. Lavado gástrico no se observan BAAR. Cultivo negativo. Antecedente de mastoiditis en diciembre del 2013. Madre fallecida por neumonía con hemoptisis y cavernas bilaterales; tratamiento antituberculoso un día previo al deceso. Padre y hermanos PPD 10 mm. En base a los antecedentes familiares, clínica y radiología se diagnostica TBC por lo que se comienza con tratamiento antituberculoso supervisado con buena respuesta.

CONCLUSIÓN

En la consulta diaria no se considera la TBC entre diagnóstico diferencial de otras enfermedades de la niñez como neumonía, VIH, retardo en el crecimiento o sibilancias recurrentes. El interrogatorio debe ir dirigido a buscar el posible adulto bacilífero y a buscar síntomas generales como fiebre, poca ganancia de peso.

RESULTADO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE HÁBITOS DE CRIANZA RELACIONADOS A LAS RECOMENDACIONES PARA REDUCIR EL RIESGO DE SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE EN LA POBLACIÓN DEL PARTIDO DE PILAR, ESTUDIO PROSPECTIVO, MULTICÉNTRICO COLABORATIVO

PO 184

Reyes P.¹; Rocca Rivarola M.²; Henson C.³; Bosch J.⁴; Atchabahian P.⁵
HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL^{1,2,3,4}; HOSPITAL MUNICIPAL COMODORO MEISNER⁵
<pablorh@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El síndrome de muerte súbita (SMSL) representa un importante problema de salud a nivel Mundial. En numerosos países la implementación de recomendaciones elaboradas por las diversas Sociedades científicas y Ministerios de Salud redujo significativamente la tasa de prevalencia del SMSL y mortalidad posneonatal. Estudios previos realizados en el partido de Pilar muestran una baja adherencia a las pautas de prevención.

HIPÓTESIS

La implementación adecuada en la maternidad de recomendaciones para reducir el riesgo del sd de muerte súbita del lactante, mejora el cumplimiento de las mismas.

OBJETIVO

Mejorar la adherencia al cumplimiento de las medidas de reducción del riesgo en síndrome de muerte súbita del lactante.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se efectuó un estudio prospectivo, descriptivo y multicéntrico colaborativo relevándose una amplia población representativa del 95% de los nacimientos del partido de Pilar, Buenos Aires.

El diseño del estudio incluyó un trabajo de campo en el cual se recolectó in-

formación a partir de encuestas mediante un cuestionario ad hoc y entrevistas en el Hospital Universitario Austral (HUA) y el Hospital Municipal Meisner. Se tomó una n de 600 pacientes.

Se realizó un primer relevamiento basal de las condiciones relacionadas a la gestación y cuidados inmediatos al nacimiento. Posteriormente se realizó una intervención educativa (llamada tarjeta cuna "sueño seguro) sobre medidas de prevención. La misma consistió en talleres para el personal en salud, de ambas instituciones; también se colocó de manera visible material autoadhesivo en todas las cunas de ambos centros y se entregó a cada madre de recién nacido material escrito. Luego de la campaña, se realizó una segunda instancia de relevamiento, con las mismas características que el basal.

RESULTADOS

Se observó una mejoría en el cumplimiento de las pautas de prevención del SMSL luego de realizada la campaña de prevención (mayor número de pacientes durmiendo en posición supina, más niños alimentándose con pecho materno y menor uso de chupete al alta).

CONCLUSIONES

Creemos que una campaña adecuada a la población de cada comunidad podría ser beneficiosa para mejorar la adherencia a las pautas de prevención del SMSL

A PROPÓSITO DE UN CASO: PRECORDALGIA EN DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE (DMD)

RPD 185

GONZALEZ N.¹; DUCA M.²; FABRA SALGADO M.³; ROJKES E.⁴; SAN MIGUEL S.⁵
HOSPITAL PAROISSIEN¹; HOSPITAL NACIONAL BALDOMERO SOMMER²; HOSPITAL POSADAS^{3,4,5}
<nancy.b.gonzalez@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La precordalgia es uno de los motivos de consulta más frecuente en la demanda. El infarto agudo de miocardio (IAM) es una patología que suele observarse en adultos, no así en niños. La DMD es la forma de presentación más frecuente de distrofia muscular infantil. Es causada por las mutaciones en el gen que codifica para la proteína distrofina y está relacionada con un patrón de herencia ligado al cromosoma X, pero aproximadamente en el 25% de los casos se produce por mutaciones de novo. Durante la adolescencia es frecuente el desarrollo de una miocardiopatía dilatada.

OBJETIVOS

Considerar el infarto agudo de miocardio como diagnóstico diferencial frente a la precordalgia en un paciente con DMD.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 11 años de edad, al cuidado de los abuelos paternos. En tratamiento con corticoides y calcio. Antecedente de IAM a los 7 años en el contexto de una crisis hipertensiva. Consulta al ADE del Hospital Alejandro Posadas por presentar precordalgia y dificultad para respi-

rar de 4hs de evolución. Al examen físico, dolor a la palpación torácica. Al interconsultar con cardiología se realiza electrocardiograma que evidencia supradesnivel del st, toma de TA: normal y ecocardiograma que no evidencia signos de dilatación o insuficiencia cardíaca. Se interna en el shock room de la guardia, donde se solicitan enzimas cardíacas, hallándose elevadas. Por descompensación hemodinámica es derivado a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, donde permanece 5 días para monitoreo. Pasa a sala de internación para completar estudios donde se realiza resonancia magnética cardíaca con contraste confirmando compromiso miocárdico agudo. Diagnóstico final: Infarto apical de miocardio no vascular.

DISCUSIÓN Y/O CONCLUSIÓN:

Destacar la importancia de un correcto interrogatorio. Incluir el IAM como etiología de la precordalgia en pacientes con DMD. Las normas clínicas recomiendan que las evaluaciones para la cardiomiopatía, arritmias e insuficiencia cardíaca sean realizadas desde el momento del diagnóstico, una vez cada dos años hasta los 10 años y, a partir de ese momento, al menos, una vez por año.