

Tercer Encuentro Nacional de Investigación Pediátrica: Trabajos presentados

13. VARIACIÓN DEL PESO DURANTE EL PRIMER MES DE VIDA, EN RECIÉN NACIDOS CON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (Trabajo en ejecución)

Covas M¹, Ventura S¹, Alda E¹, Braunstein S², Serralunga G³, Yañez L³.

¹Servicio de Neonatología. Hospital Privado del Sur (HPS). ²Licenciada en Ciencias de la Computación. UBA. ³ Área de Probabilidad y Estadística. Departamento de Matemáticas. Universidad Nacional del Sur. Bahía Blanca.

La evolución del peso durante las primeras semanas de vida, representa un signo clínico de importancia. Desconocemos gráficas que muestren dicha evolución, en niños con lactancia materna exclusiva.

Objetivos: Principal: Determinar el cambio relativo del peso al nacimiento (CRPN), definido como porcentaje de descenso o incremento, durante el primer mes de vida, en recién nacidos alimentados con lactancia materna exclusiva. Secundarios: Comparar dicha variación con antecedentes maternos, perinatales y neonatales.

Diseño: Observacional; descriptivo. Longitudinal.

Material y métodos: Cohorte de recién nacidos asistidos en el HPS desde Septiembre de 2000, hasta completar 1.000 niños.

Criterios de inclusión: Recién nacidos de término (>37 semanas de gestación); remitidos precozmente con su madre (Internación conjunta) y alimentados al pecho en forma exclusiva durante el primer mes de vida; más de tres controles de peso, incluido el del mes.

Criterios de exclusión: Recién nacidos de embarazos gemelares; requerimiento de internación en la primera semana de vida, exceptuando las ictericias bajo luminoterapia; malformaciones congénitas que dificulten su alimentación al pecho.

Controles: Nacimiento; alta institucional; 5-7º día; 10-15º día; 20-25º día y 30-35º día.

CRPN: $\frac{\text{Peso al control} - \text{Peso al nacimiento}}{\text{Peso al nacimiento}} \times 100$

Consentimiento informado entregado en el puerperio inmediato.

VARIABLES A ESTUDIAR: Graficar las variaciones del peso durante el primer mes de vida. Comparar dichos cambios según edad e instrucción materna; trabajo actual, paridad y lactancias previas; tipo de parto (natural o cesárea con o sin trabajo de parto); sexo y peso al nacimiento; momento del inicio de la lactancia y dificultades; internación neonatal.

Se podrían mostrar análisis parciales.

22. NUTRIENTES EN LECHE MATERNA Y ALIMENTOS COMPLEMENTARIOS USADOS EN EL PRIMER AÑO DE VIDA

Macías de Costa M, Rodríguez de Pece, López N, Ronayne de Ferrer PA.

Facultad de Farmacia y Bioquímica*, UBA y Universidad Nacional de Santiago del Estero. *Junín 956, Piso 2º (1113) Buenos Aires.

Introducción: La lactancia es la alimentación óptima del neonato, pero han surgido interrogantes sobre los niveles de ciertos nutrientes como limitantes del crecimiento, así como sobre posibles cambios en la composición láctea, por áreas geográficas o por diferencias en la dieta. Alrededor de los 6 meses de vida comienza la transición hacia una dieta variada, con la incorporación de alimentos complementarios, cuyo aporte de micronutrientes es variable.

Objetivos y Diseño: a) determinar en leche de madres de diferentes regiones y nivel socio-económico, los niveles de proteína, calcio, fósforo, zinc, cobre, hierro y vitamina A, así como fracciones antiinfecciosas (inmunoglobulina A y lactoferrina); b) evaluar la edad de incorporación de alimentos complementarios y el tipo de alimentos incorporados; c) analizar, en alimentos domésticos e industrializados, su contenido de proteínas, vitamina A, calcio, fósforo, hierro, cobre y zinc, así como su aporte energético, con el fin de formular recomendaciones para un adecuado diseño de la dieta infantil. Es un estudio prospectivo de cohorte.

Material y métodos: Las muestras de leche materna se obtendrán en consultorios privados de Buenos Aires y en el Hospital Distrital de Forres, en Santiago del Estero. Participarán en el estudio mujeres sanas, a quienes se les solicitará su consentimiento durante las visitas periódicas de control. Se incluirán sólo las madres de niños nacidos a término, excluyendo los partos prematuros y las madres adolescentes. El número de madres será de 80, como mínimo, en cada grupo. Las muestras de leche se recolectarán a los 5, 6 y 7 meses post-parto. Se realizará una encuesta para evaluar la edad de inicio de alimentación complementaria y el tipo de alimentos incorporados. Se dosarán niveles de proteína por Kjeldahl, minerales por espectrometría de absorción atómica (previa digestión), vitamina A por HPLC, lactoferrina por electroforesis en gel de poliacrilamida e inmunoglobulina A por inmunodifusión radial. El aporte energético se calculará en base a la composición centesimal. Las muestras se mantendrán a -20º C hasta su análisis. El análisis estadístico se realizará por ANOVA. (Proyecto B062, UBA) (Parte de la tesis doctoral de la Bioq. S. Macías de Costa).

27. USO DEL CLOFIBRATE EN EL TRATAMIENTO DE LA ICTERICIA EN RECIÉN NACIDOS DE TÉRMINO Y CERCA DEL TÉRMINO. ESTUDIO ALEATORIZADO Y DOBLE CIEGO

Calvi J, Fedriani G, Armadans M, Vranic F, Ceriani Cernadas JM.

Servicios de Neonatología: Hospital Arturo Oñativía y Hospital Italiano de Buenos Aires.

Fundamentos: La ictericia es un signo frecuente en el recién nacido (RN). El tratamiento más empleado es la luminoterapia, que si bien es efectivo, suele acarrear el inconveniente de separar al niño de sus padres y aumentar los costos de la atención médica. En los últimos años hay un creciente interés en tratamientos farmacológicos de la ictericia. Entre ellos, el Clofibrate ha demostrado ser seguro, disminuir la bilirrubina y reducir la indicación de luminoterapia. Este último aspecto es el que evaluaremos.

Hipótesis: El clofibrate disminuye la indicación de luminoterapia en RN con ictericia no hemolítica al reducir los niveles de bilirrubina en plasma.

Objetivo: Evaluar la eficacia del clofibrate para reducir la indicación de luminoterapia en RN con ictericia no hemolítica.

Diseño: Estudio controlado, aleatorizado y doble ciego.

Población: Criterios de inclusión: RN = 36 semanas, peso adecuado y sanos, con valores de bilirrubina total = 12 mg/dl entre 24 y 48 horas de vida; = 15 entre 49 y 72 horas y = 17, luego de las 72 horas. Criterios de exclusión: ictericia en primeras 24 horas, hemólisis, patología asociada, no consentimiento de los padres.

Métodos: Los RN se aleatorizarán en dos grupos: *Grupo estudio:*

recibirá clofibrate, una dosis única por vía oral de 50 mg/kg (0,25 ml/kg de una solución oleosa al 20%); *Grupo control*: recibirá placebo (0,25 ml/kg de TCM®). Estudios de laboratorio: grupo y factor, Coombs, bilirrubina total y directa, TGO, TGP, ionograma, úrea, creatinina y en RN de madres grupo O: frotis, reticulocitos y anticuerpos inmunes anti A o B.

Punto final principal: porcentaje de RN en cada grupo con luminoterapia.

Recaudos éticos: consentimiento escrito de los padres, protocolo aprobado por el comité de ética de los hospitales intervinientes y tutor externo para el control y evaluación de los resultados y detección de efectos adversos.

Tamaño muestral: se presupone que un 30% del grupo control requerirá luminoterapia y un 10% en el grupo clofibrate. De acuerdo a esto se necesitarán 80 RN en cada grupo (potencia de 80% y alfa de 0,05).

Análisis estadístico: chi-cuadrado y el riesgo relativo con los intervalos de confianza.

30. FACTORES DE RIESGO EN ACCIDENTES EN EL HOGAR

Waisman I, Rodríguez Mgister MI, Núñez JM,

Maritano N, González Achával D, González ML, Tuninetti B.

Sociedad Argentina de Pediatría Región Centro Cuyo

Introducción: La mortalidad y morbilidad por accidentes se han convertido en uno de los problemas prioritarios de salud en el mundo. A medida que disminuyen las causas de muerte debidas a situaciones carenciales o infecciosas, los accidentes emergen como un factor de muerte, discapacidad y enfermedad que requiere ser reducido y evitado.

Los accidentes constituyen la primera causa de muerte en los niños mayores de 1 año en el mundo y nuestro país no constituye la excepción. Representan también una importante causa de morbilidad y de secuelas físicas y psicológicas, como así también una severa carga para la familia del paciente y una considerable erogación de recursos de salud. Cualquier esfuerzo realizado para disminuir las tasas de mortalidad en la infancia debe necesariamente contemplar la prevención de accidentes.

Es importante también acotar esfuerzos para profundizar sobre las causas y los factores de riesgo y hacer así más efectivas las medidas de prevención.

Al caracterizar epidemiológicamente las lesiones por accidentes en los niños encontramos que los accidentes en el hogar constituyen mayoría en todos los menores de 14 años. El grupo etario de 1 a 4 años presentó un 73% de accidentes en el hogar sobre el total de accidentes.

Consideramos que el estudio y la prevención en este ámbito, el del hogar, nos compete como pediatras en forma ineludible y este es el motivo de la realización del presente trabajo.

Objetivos: Explorar factores de riesgo asociados a accidentes del hogar en niños de 1 a 4 años.

Diseño: Casos y controles.

Población: Estudio con base institucional. Niños de 1 a 4 años atendidos en los Centros Periféricos Municipales N° 3, 5 y 9 y en los Consultorios del Instituto Privado de Neonatología y Pediatría de Río Cuarto desde el 1/9/01 hasta el 30/4/02.

Criterios de inclusión: Para los casos: Todos los niños de 1 a 4 años atendidos en los centros participantes entre el 1/9/01 y el 30/4/01 que hayan sufrido accidentes en el hogar durante el último año. Se considerará un solo niño por grupo familiar. Para los controles: Todos los niños de 1 a 4 años atendidos que no hayan sufrido accidentes.

Criterios de exclusión: Pacientes domiciliados fuera de la ciudad. Haber sufrido otro tipo de accidentes. Hermanos de niños seleccionados para la encuesta.

Tamaño de la muestra: Es difícil estimar el tamaño muestral porque desconocemos la prevalencia de los factores de riesgo y, por otra parte, nos proponemos analizar un número importante de variables.

Calculamos la prevalencia de accidentes en el hogar en ese grupo etario se encuentra ente el 10 y el 15% (bibliografía, estudios anteriores). La población de esa edad en Río Cuarto es de alrededor de 7.500 niños. Estimamos que 750 a 1.125 tienen probabilidad de sufrir accidentes en 1 año. Un número de casos de 150 representaría más del 12% de la población a estudiar y esa es la cifra mínima que nos proponemos estudiar, con igual número de controles.

Material y métodos: Descripción de las variables: Variable dependiente: accidentes en el hogar. Definimos accidente por injuria no intencional ocurrida en el ámbito domiciliario del paciente o en otro domicilio.

Otras variables dependientes: 1) Tipo de accidente: caída, quemadura, intoxicaciones, mordedura, herida cortante, electricidad, ahogamiento, otras. 2) Gravedad de la lesión: leve, moderada grave.

Factores de riesgo: 1) Datos personales: edad, domicilio, número de hermanos, número de menores de 5 años, sexo. 2) Situación socioeconómica familiar: nivel de ingresos: variable ordinal (de 0 a \$250, 250-500, 500-1.000, 1.000-2.000 y >2.000). Composición familiar. 3) Años de escolaridad materna. 4) Vivienda: Propia/alquilada/comparte con abuelos/otra; baño instalado: si/no; N° de personas por habitación (índice de hacinamiento); método de protección (contestar si/no para

cada ítem): electricidad (disyuntor, enchufes con tapas); escaleras (rejas); ventanas (rejas); calefactores y horno; pileta o sitios con agua (reja o medidas de protección). 5) Hábitos: trabajo materno, horas. Cuidado de los niños. Lugar de permanencia. Uso de andador. Presencia de mascotas. 6) Percepción del riesgo.

Preguntas abiertas a la madre: 1) ¿cuál cree Ud. que es la principal causa de muerte a esta edad? 2) ¿A qué atribuye Ud. los accidentes en los niños? 3) ¿Cree Ud. que los accidentes pueden prevenirse? Esta pregunta debería formularse en primer lugar.

Modalidad: Registro en forma de encuesta: Para los casos: registro del accidente y sus características. La encuesta se completará con una visita domiciliaria.

Análisis de datos: La base de datos se registrará en formato Excel.

Para medir la magnitud de la asociación de cada factor de riesgo se utilizará Odds ratio y prueba de Chi cuadrado. Se transformarán las variables continuas u ordinarias en dicotómicas implementando un punto de corte. En algunas situaciones se aplicará prueba T de Student.

Se estratificará usando como variables de control de edad y el sexo y el sitio de atención (Dispensarios/Consultorios).

Análisis multivariado para evaluar peso de las distintas variables en ambos grupos; se usará regresión logística en las variables dicotómicas.

Aspectos éticos: Se informará a los padres acerca de la realización por parte de la Sociedad de Pediatría de un proyecto para prevención de accidentes y se solicitará su colaboración para responder a la encuesta y permitir una visita domiciliaria.

Estimación de costos: Sobre una muestra de 300 pacientes (incluidos casos y controles):

Concepto	Precios unitario en pesos	Precio total en pesos
Encuestas x 300	3	900
Visitas domiciliarias x 300	5	1.500
Papelería y fotocopias		100
Llenado de base de datos (x 6 horas de trabajo)	5	300
Consultoría estadística 120		
Total		2.920

Preguntas y dudas del equipo de trabajo.

- Criterio para definir los controles.
- Tamaño de la muestra.
- Amplitud del grupo etario.
- Opinión general sobre la factibilidad y utilidad del trabajo.

32. DISEÑO PILOTO DE INTERVENCIÓN Y EVALUACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD ESCOLAR EN EL CONTROL DEL *Aedes aegypti*

Zaidenberg M.

Programa Nacional de Paludismo, Salta.

Introducción: Esta propuesta plantea la participación de la comunidad escolar a través de un proceso de capacitación en el logro de niveles bajos de infestación en 2 escuelas de la ciudad de Tartagal, grupo Intervención (GI), comparados con 2 escuelas control (GC).

Objetivos: Capacitar a los docentes y niños de 2 escuelas primarias en el área de prevención y control del *Aedes aegypti*. Comparar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) y el nivel de infestación (NI) de las viviendas de los docentes y niños en las escuelas del GI y un GC.

Metodología: Ensayo piloto de I. comunitaria. Área de estudio: Tartagal, provincia de Salta.

Población: 280 alumnos en el GI y 280 en el GC. Criterios: se seleccionarán escuelas en 4 barrios en base a: cifras de infestación, nivel socio-económico, tipo de recipiente prevalente y suministro de agua. Se elegirán aleatoriamente 2 escuelas que constituirán el GI y dos, el GC. La I. consiste en la aplicación de 3 talleres a docentes; luego los docentes a los niños en 2 escuelas. Las 2 escuelas del GC no recibirán capacitación. A todos se les aplicará un cuestionario de CAP y una evaluación entomológica (EE) previa a la I., inmediatamente después y a los 6 meses. Se espera una disminución del 15% de infestación, en el GI en relación al GC. Tamaño de la muestra (TM): para detectar una diferencia entre el GI y el GC en 15% (proporción de % de infestación), a favor del GI con un poder de 80%, nivel de confianza de 95%, el TM por grupo es de 186 viviendas. Recolección de datos: Entrevistas preliminares, grupo focal; observación. Los cuestionarios se aplicarán en forma sincrónica con las EE. Se analizará y clasificará la información de las entrevistas, grupos focales. Evaluación cuantitativa: Indicadores entomológicos: Índice de viviendas; Índice d

ASPECTIVO DE FACTORES DE RIESGO EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Vassallo JC, Althabe M, Cernadas C, Landry L, Charroqui A, Balestrini M, Moreno G, Magliola R.

Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan". Buenos Aires. Argentina.

Introducción: El óxido nítrico (NO) es un molécula bioactiva que tiene un amplio rango de acciones fisiopatológicas; en el sistema cardiovascular tiene como propiedad de importancia clínica un efecto vasodilatador pulmonar selectivo. Administrado en forma inhalatoria resulta útil en el tratamiento y prevención de las crisis de hipertensión pulmonar (CHP) en el postoperatorio (PO) inmediato de cirugía cardiovascular (CCV). Dado que la CHP está definitivamente considerada como una situación de riesgo en este período en particular; que la ausencia de respuesta al iNO en el PO inmediato se puede relacionar con mayores complicaciones puede ser de gran utilidad identificar con precisión aquel grupo de pacientes con escasa probabilidad de responder al iNO a fin de poder diseñar una estrategia alternativa.

Diseño y objetivos: Estudio prospectivo de cohorte Punto final primario: Evaluar la respuesta al NO inhalado en pacientes con HP en el PO de CCV en términos de Mortalidad, Presión de la Arteria Pulmonar, Oxigenación, Cambios ecocardiográficos. Punto final secundario: Evaluar los factores pronósticos a la respuesta del NO inhalado y las complicaciones.

Material y métodos: *Población:* Pacientes internados en UCI cursando el PO de CCV con HP. Se definen criterios de inclusión, exclusión y eliminación. Se considerarán variables de exposición: tipo de cardiopatía congénita, edad en meses, demora quirúrgica, tipo de corrección uni o biventricular, momento de la crisis, tiempo de administración de NO y valor de presión de la arteria pulmonar previo al comienzo de la administración de NO. Se clasificará a los pacientes en: grupo de alto y bajo riesgo y el análisis de las variables evaluadas se realizará a través de un modelo de regresión logística multivariada.

37. ESTUDIO CLÍNICO ALEATORIZADO DOBLE CIEGO COMPARANDO LA EFICACIA DE L-EPINEFRINA Y SALBUTAMOL EN EL TRATAMIENTO DE LA BRONQUIOLITIS AGUDA

Pérez Lindo MD, Abram L, Ortiz F, González Pena H.

Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan".

Hipótesis: La L-epinefrina es más eficaz que el salbutamol en el tratamiento de la bronquiolitis aguda.

Objetivos: 1) Determinar si los pacientes que reciben L-epinefrina tienen mejor respuesta clínica que los que reciben salbutamol, usando para compararlos el puntaje clínico de Tal.

2) Determinar si la saturación de oxígeno es superior en los pacientes que reciben L-epinefrina.

3) Determinar índice de internación en los dos grupos estudiados.

4) Determinar efectos adversos de ambas medicaciones (taquicardia mayor de 200/minuto, temblores, vómitos y palidez)

Diseño del estudio: Ensayo clínico aleatorizado doble ciego.

Los pacientes elegidos serán asignados en forma aleatorizada a recibir una dosis (0 y 30 minutos) de 0,5 ml de 5 mg/ml de salbutamol (2,5 mg de salbutamol) combinados con 2,5 de solución salina normal hasta alcanzar 3 ml o 3 ml de 1:1000 L-epinefrina (3 mg de L-epinefrina) por medio de un nebulizador con flujo continuo de oxígeno a 6 litros/minuto. (Las dosis fueron basadas en las dosis máximas usadas en estudios clínicos previos de pacientes con bronquiolitis o croup). El diagnóstico de bronquiolitis se realizará en forma clínica.

Se realizará investigación virológica a través de inmunofluorescencia indirecta de secreciones nasofaríngeas.

Se efectuará examen físico, toma del puntaje Tal y saturación a los 0, 30, 60 y 90 minutos.

1) Criterio de elección:

Se reclutarán pacientes de 3 meses a 1 año de edad que concurren a la posta de bronquiolitis del Hospital Garrahan durante los meses de junio y julio de 2001.

2) Criterios de inclusión:

· Edad: 3 meses a 1 año.

· Primer episodio de sibilancias.

· Síntomas de infección viral aguda (coriza, temperatura mayor o igual a 38° C)

· Puntaje clínico de Tal mayor o igual a 5.

· Saturación de oxígeno mayor o igual a 85%.

3) Criterios de exclusión:

· Enfermedad cardíaca.

· Enfermedad pulmonar crónica.

· Diagnóstico de asma o uso de beta 2 agonistas previo.

· Enfermedad severa con claudicación respiratoria inminente aguda.

· Frecuencia cardíaca mayor o igual a 200 por minuto.

Tamaño muestral: N= 58 pacientes en cada grupo: 1-beta= 0.90.

Forma de aleatorización: software True Epistat v.5.

Luego de explicar la metodología del estudio se obtiene el consentimiento de los padres.

41. EFECTO DE LA PREECLAMPSIA MATERNA SOBRE LA FRECUENCIA Y SEVERIDAD DEL SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA NEONATAL

Fernández Jonusas S, Mariani G, Ceriani Cernadas JM.

División Neonatología, Departamento de Pediatría. Hospital Italiano de Buenos Aires.

Antecedentes: Hay múltiples evidencias de que la preeclampsia aumenta la morbimortalidad en la madre y en el recién nacido (RN) No obstante, existe controversia acerca de la relación entre preeclampsia y el síndrome de dificultad respiratoria (SDR) neonatal. Los estudios iniciales encontraron una incidencia menor de SDR en RN de madres hipertensas, pero recientemente otros, observaron, en esas madres, un índice L/E más bajo en el líquido amniótico y una incidencia más alta de SDR en sus RN. Asimismo un estudio observó, en prematuros pequeños para la edad gestacional (PEG) de madres hipertensas, una mayor frecuencia de displasia broncopulmonar (DBP). No se conocen bien los mecanismos implicados en este proceso, nosotros especulamos que uno de ellos podría ser el aumento de citoquinas inflamatorias en los pulmones de los RN de madres con preeclampsia. Se conocen que las citoquinas pueden tener relación con una mayor severidad y un aumento de la incidencia de SDR y DBP.

Objetivos: *Principal:* determinar la frecuencia y severidad del SDR y de la DBP en RN prematuros de madres con preeclampsia.

Secundario: evaluar en ambos grupos la presencia de mediadores inflamatorios en el aspirado traqueal.

Diseño: De cohortes, prospectivo analítico.

Métodos: Se incluirán todos los RN <38 semanas que nazcan en la maternidad del Hospital Italiano. Se dosarán IL 18, IL 6, IL 8, TNF a en el aspirado traqueal de RN prematuros con clínica y radiología de SDR y que requieran ARM. Las mediciones se efectuarán a las 24 y 72 horas y a los 7 y 14 días postparto. La medición se realizará por el método de ELISA. Se relevarán variables demográficas, del embarazo y de la evolución de los RN.

Duración del estudio y tamaño de la muestra: muestra suficiente para construir un intervalo de confianza del 95% para la diferencia de proporción de SDR en los 2 grupos, pretendiendo una amplitud del 20% y con el doble de pacientes en el grupo sin preeclampsia.

El total de pacientes < de 37 semanas asciende así a 237. Se estima que esto requerirá un lapso de 18 meses.

Análisis estadístico: Se determinarán los riesgos relativos crudos y ajustados y se realizará un análisis de regresión logística, buscando un modelo explicativo.

42. TATUAJES EN ADOLESCENTES

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

Unidad de Adolescencia, Departamento de Pediatría del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Objetivos:

a) Conocer la prevalencia de adolescentes tatuados que consultan la Unidad.

b) Reconocer factores y conductas de riesgo que puedan estar asociadas, comparando con una población de no tatuados.

c) Conocer las motivaciones o influencias por la que se tatuaron.

d) Conocer la prevalencia de arrepentimiento de haberse tatuado.

Material y métodos: Participarán del estudio 5 médicos que atienden en la Unidad de Adolescencia. Para conocer la prevalencia de tatuados se llevarán un registro de todos los adolescentes atendidos entre 13 y 21 años, clasificándolos como tatuados y no tatuados por interrogatorio y examen físico, durante un lapso de tres meses. A los tatuados se les realizará una encuesta personal y anónima, al próximo paciente no tatuado del mismo sexo y grupo etario se le realizará una encuesta para no tatuados (se apareará por edades en tres grupos 1= de 13 a 15 años, 2= de 15 a 16, 3= de 17 a 21).

Encuesta: Consta de tres partes, la primera común a los dos grupos incluye: datos personales y familiares, consumo de sustancias, actividad sexual, uso de aros y/o piercing, presencia de tatuados en el entorno cercano y creencias sobre tatuajes

y salud. La segunda parte, sólo para los no tatuados interroga sobre el deseo de tatuarse y sobre la noción de irreversibilidad del tatuaje. La tercera parte destinada a los tatuados incluye preguntas específicas: edad de realización, motivo, significado, complicaciones, lugar de realización, consideraciones de asepsia, autorización y opinión de los padres, arrepentimiento y conciencia de irreversibilidad, discriminación por el tatuaje y deseo de realizarse otro.

Método estadístico: Se compararán los dos grupos; para la variables categóricas se utilizarán el chi cuadrado, para las numéricas el t-test de Wilcoxon si la distribución no fuera normal, se calculará odds ratio con intervalos de confianza 95.

47. EFECTO DEL PAMIDRONATO EN NIÑOS CON FORMAS GRAVES DE OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA (OI)

Fano V, Lejarraga H, Buceta S, Dussel V, Moguillansky S, Miscione H, Mendilaharsu H.

Equipo multidisciplinario de atención de pacientes con Displasias Esqueléticas. Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan". Buenos Aires.

Introducción: La OI es una enfermedad caracterizada por fragilidad ósea, debido a un defecto cuanti y cualitativo del Colágeno tipo I. La variabilidad clínica es muy amplia, las formas severas presentan retraso de crecimiento, fracturas ante traumatismos leves, insuficiencia respiratoria. El pamidronato es una droga

inhibidora de la reabsorción ósea y recientemente se han reportado efectos beneficiosos de su uso en esta enfermedad.

Objetivos: Evaluar el impacto del tratamiento con Pamidronato en 15 niños con formas graves de OI, sobre las siguientes variables: auxológicas (crecimiento físico); clínicas (dolor y número de fracturas); densitométricas; kinéticas (fuerza muscular y movilidad).

Criterios de inclusión: Pacientes con formas severas de OI, mayores de 2 años y menores de 16 años.

Diseño del proyecto: Se evaluarán todos los pacientes por un período previo no menor de 6 meses sin tratamiento, luego 12 meses con las infusiones cada 4 meses y se evaluará un período post tratamiento de 6 meses. Debido a la baja frecuencia de esta patología el grupo control serán estos mismos pacientes.

Variables de estudio: Auxológicas: cambios de estatura, peso, estatura sentada, pliegues cutáneos.

Dolor: escala cualitativa. Requerimiento de analgésicos.

Kinésicos: grado de movilidad articular. Fuerza muscular, movilidad.

Densidad mineral: cambios en el score Z.

Detección de posibles efectos adversos.

Aspectos éticos.

Consentimiento informado para participar en el proyecto de investigación.

Protocolo aprobado por el Comité de Ética del Hospital.