



Semana de
Congresos y
Jornadas Nacionales

Sociedad Argentina de Pediatría

Dirección de Congresos y Eventos



Por un niño sano
en un mundo mejor

6° Congreso Argentino de Nutrición Pediátrica

24, 25 y 26 de abril de 2017 • Buenos Aires

Sedes

**Panamericano Buenos Aires
Hotel & Resort**
Carlos Pellegrini 551
Ciudad de Buenos Aires

Exe Hotel Colón
Carlos Pellegrini 507
Ciudad de Buenos Aires

RESÚMENES de TRABAJOS LIBRES

PO- Presentación Oral
RPD- Recorrida Pósters Digitales

CORRELACIÓN ENTRE DIFERENTES CIRCUNFERENCIAS DE CINTURA CON PARÁMETROS CLÍNICOS Y METABÓLICOS EN EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD PEDIÁTRICA

PO
04

Casavalle P.¹; Romano L.²; Pandolfo M.³; Maselli M.⁴; Rodriguez P.⁵; Balanzat A.⁶; Friedman S.⁷

HOSPITAL DE CLINICAS^{1,2,3,4,6}; FACULTAD DE ODONTOLOGIA^{5,7}

<pcasav@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La circunferencia de cintura (CC) es un buen indicador de la grasa intraabdominal y como hay diferentes sitios para medirla, se planteó el siguiente objetivo.

OBJETIVO

Estimar la correlación entre diferentes CC con parámetros clínicos y metabólicos en niños y adolescentes con sobrepeso (SP) y obesidad (OB). Población, materiales y métodos: Se estudiaron 135 pacientes, 8-14 años, ambos sexos, con SP (n=38) y OB (n=97), según z IMC (OMS), en la Sección de Nutrición, Noviembre 2008-Octubre 2016. Excluimos obesidad endógena.

Diseño descriptivo, observacional, prospectivo, transversal y de correlación. Se evaluó: edad, sexo, peso, talla, z IMC, CC OMS, menor, cresta ilíaca y ombligo, tensión arterial sistólica/diastólica (TAS/TAD), desarrollo puberal, triglicéridos (TG), HDL-C, colesterol total (CT), LDL-C, TGO, TGP, FAL, glucemia e insulinemia.

Se estimó coeficiente de correlación (Spearman) y significación: $p < 0,05$.

RESULTADOS

El 71,9% IC95% (63,4-79,1%) de los pacientes fueron obesos, el 50,4% IC95% (41,7-59%) prepúberes y el 48,1% IC95% (39,5-56,9%) varones.

CONCLUSIONES:

as CC evaluadas tuvieron correlación con TAS, TAD, insulinemia y TGP, excepto los TG que solo se asociaron significativamente con la CC OMS y menor.

Tabla1: Correlación entre parámetros clínicos y metabólicos con diferentes CC

| | CC OMS | CC OMS | CC Ombligo | CC Ombligo | CC Menor | CC Menor | CC Cresta | CC Cresta |
|---------------------|--------------------------|---------|------------------------|------------|-------------------------|----------|------------------------|-----------|
| | r | P | r | P | r | P | r | P |
| | (IC 95%) | | (IC 95%) | | (IC 95%) | | (IC 95%) | |
| TAS (mmHg) | 0,47 (0,32-0,59) | <0,0001 | 0,47 (0,32-0,59) | <0,0001 | 0,47 (0,32-0,59) | <0,0001 | 0,49 (0,34-0,61) | <0,0001 |
| TAD (mmHg) | 0,36 (0,20-0,50) | <0,0001 | 0,35 (0,19-0,49) | <0,0001 | 0,34 (0,18-0,49) | <0,0001 | 0,37 (0,21-0,51) | <0,0001 |
| Glucemia (mg/dl) | 0,087 (0,09-0,26) | 0,3145 | 0,11 (-0,06-0,28) | 0,1933 | 0,12 (-0,06-0,29) | 0,1647 | 0,086 (-0,09-0,25) | 0,3207 |
| Insulinemia (μU/ml) | 0,53 (0,39-0,65) | <0,0001 | 0,52 (0,38-0,64) | <0,0001 | 0,53 (0,39-0,64) | <0,0001 | 0,57 (0,44-0,67) | <0,0001 |
| CT (mg/dl) | 0,011 (-0,16-0,18) | 0,8991 | 0,0009 (-0,17-0,17) | 0,9914 | 0,00036 (-0,17-0,17) | 0,9966 | 0,017 (-0,16-0,19) | 0,8437 |
| TG (mg/dl) | 0,19 (0,014-0,35) | 0,0288 | 0,14 (-0,03-0,31) | 0,0938 | 0,19 (0,023-0,36) | 0,0224 | 0,157 (-0,02-0,32) | 0,069 |
| HDL-C (mg/dl) | -0,16 (-0,33-0,01) | 0,561 | -0,16 (-0,32-0,02) | 0,0664 | -0,17 (-0,3-0,005) | 0,0503 | -0,14 (-0,31-0,03) | 0,0949 |
| LDL-C (mg/dl) | -0,05733 (-0,23-0,12) | 0,509 | -0,065 (-0,24-0,11) | 0,4521 | -0,07 (-0,24-0,10) | 0,4135 | -0,053 (-0,22-0,12) | 0,5412 |
| TGO (U/l) | -0,075 (-0,24-0,1) | 0,386 | -0,12 (-0,28-0,06) | 0,1778 | -0,089 (-0,26-0,08) | 0,3038 | 0,10 (-0,27-0,07) | 0,2292 |
| TGP (U/l) | 0,29 (0,13-0,45) | 0,0004 | 0,23 (0,06-0,39) | 0,0068 | 0,27 (0,10-0,43) | 0,0011 | 0,26 (0,09-0,41) | 0,0023 |
| FAL (U/l) | -0,07 (-0,24-0,10) | 0,3945 | -0,11 (-0,28-0,06) | 0,2032 | -0,10 (-0,27-0,07) | 0,2371 | -0,07 (-0,24-0,10) | 0,4188 |

EXPERIENCIA DE 7 AÑOS EN EL ABORDAJE INTEGRAL DE PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA CIUDAD DE BAHÍA BLANCA.

RPD
05

Lambert R.¹; Alvarez A.²; Mellinger L.³; Monaldi J.⁴

BAHIA BLANCA^{1,2,3,4}

<romina_lambert@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria son un grupo de patologías psiquiátricas con repercusiones clínico- nutricionales producidas por alteración de la ingesta y mecanismo de purga o compensatorios; afectan la salud física, psíquica y social del individuo.

La prevalencia estimada de TCA en adolescentes mujeres es de 0,5 a 5%.

En EE.UU. la prevalencia informada es 0,5% de anorexia nerviosa, 1 a 2% de bulimia nerviosa y TANE 0,8 a 14%.

Es más frecuente en mujeres. El rango varón mujer es 1:6 a 1:10.

•Objetivo principal:

Mostrar la experiencia de 7 años de trabajo de un equipo interdisciplinario en el sector privado de Bahía Blanca.

•Objetivos secundarios:

.Describir las características propias de la enfermedad en nuestra población.

.Destacar la importancia del trabajo en equipo interdisciplinario para el tratamiento de esta patología.

POBLACIÓN

Se incluyeron adolescentes con diagnóstico de TCA recibidos por derivación al equipo interdisciplinario.

MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal, los datos se obtuvieron de la historia clínica y fueron volcados en sistema de Excel para su análisis.

RESULTADOS

Se incluyeron 32 pacientes, 30 mujeres y 2 varones.

La edad promedio de consulta es 16 años (rango 10 a 26 años),

El promedio de IMC al inicio fue de 18,45 (rango 14,7 a 30).

Normopeso 40%, desnutrición 53%, Sobrepeso 3,5%, Obesidad 3,5%.

Al momento de la consulta 50% pacientes cursaban con amenorrea.

31% hacía dieta vegetariana, 87,5% hacía restricción alimentaria, atracones 22%.

Utilizaron vómitos como purga 28%, laxantes 15,6%. Ejercicio físico excesivo 28%.

Tuvo comorbilidad psiquiátrica 23%, 9 % tuvo ideación suicida.

Recibió medicación psiquiátrica 34% de los pacientes.

Antecedentes de familiares con trastorno de la conducta alimentaria 22%

El rendimiento escolar fue bueno en el 81% de los casos.

Se internaron el 22% de los casos.

Recibió suplemento hipercalórico el 31%.

CONCLUSIONES

Nuestros pacientes en su mayoría son desnutridas (53%).

El tipo de conducta alimentaria predominante fue restrictiva. Una de las características de nuestra población es el porcentaje de vegetarianos.

El trabajo interdisciplinario fue y es un aprendizaje continuo en el transcurso de estos 7 años.

No hay un formato preestablecido de tratamiento, se trabaja sobre las singularidades de cada paciente y su familia y de acuerdo a ello se plantea la dirección de la cura.

En el transcurso de estos 7 años logramos consolidar un equipo de trabajo.

ENFERMEDAD POR ACÚMULO DE COBRE O ENFERMEDAD DE MENKES. A PROPÓSITO DE UN CASO.



Holsman N.¹; Wepler N.²; Gea Sánchez G.³
HOSPITAL DE NIÑOS DR ORLANDO ALASSIA^{1 2 3}
<nataliaholsman@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Dentro de las enfermedades metabólicas, la Enfermedad de Menkes es un trastorno neurodegenerativo de herencia recesiva ligada al cromosoma X. Se debe a una alteración del gen que codifica la enzima transportadora de cobre con acumulación del mismo principalmente en mucosa intestinal. Esto ocasiona déficit sanguíneo del metal, síntomas neurodegenerativos y trastornos del tejido conjuntivo.

OBJETIVOS

Describir la presentación clínica de una enfermedad poco frecuente en un paciente internado en una sala de Cuidados Intermedios y Moderados.

CASO CLÍNICO

Varón de 2 meses de edad, RNT/PAEG, único de esta pareja (antecedentes de 3 abortos espontáneos). Internado al nacimiento por sospecha de sepsis con hipoglucemias. Derivado a nuestro hospital por episodios convulsivos caracterizados por sialorrea, parpadeo derecho y desviación de la mirada homolateral. Examen físico: vigil y reactivo, no fija ni sigue con la mirada, emaciado, piel redundante, fenotipo peculiar con hipertelorismo ocular, cabello ralo, delgado y decolorado, áreas de alopecia frontal y occipital, inclusión permanente de pulgares, hipotonía axial, no sostén cefálico, hipotrofia de extremidades, ROT 2/4, no clonus, no Babinski. Laboratorio: hipoglucemia (0.38 mg/dl), lactacidemia (49.9 mg/dl) e hiperamonemia (179.1 ug/dl), cetonuria sin acidosis metabólica. Ácidos orgánicos urinarios y aminoácidos plasmáticos normales. RMN cerebral normal. EEG: punta

y polipunta en región occipital derecha de elevada amplitud y frecuencia de descarga. Se medica con levetiracetam y piridoxina. Con la sospecha de error congénito del metabolismo se deriva a centro de mayor complejidad. Solicitan cupremia (<30mmol/L) y ceruloplasmina (3g/L) confirmando el diagnóstico.

CONCLUSIÓN

Ante un niño con trastornos neurológicos, con sospecha de enfermedad neurometabólica que presenta fenotipo peculiar (pelo ensortijado, blanquecino y frágil), sospechar Enfermedad de Menkes.

RAQUITISMO POR DEFICIT DE VITAMINA D. A PROPOSITO DE UN CASO



Chapoval O.¹; Grassi Llofriu N.²; Salvatierra J.³; Moreno E.⁴; Butti C.⁵; Bellabarba M.⁶; Urbina J.⁷; Santolin C.⁸
HOSPITAL MI PUEBLO^{1 2 3 4 5 6 7 8}
<olga.chapoval@gmail.com>

INTRODUCCION

La vitamina D desempeña un papel fundamental en la formación y homeostasis del hueso, y consecuentemente en el crecimiento. La disminución en la ingesta de productos ricos en calcio, y el aumento de casos de intolerancias y alergias a derivados lácteos, junto con la disminución a la exposición solar, son los principales factores que influyen en la disminución de la absorción y producción de vitamina D.

En la literatura se han descrito grupos específicos de riesgo para deficiencia de vitamina D, en los que el suplemento pudiera ofrecer un beneficio. Aunque no se ha tomado esta indicación como de rutina necesaria en nuestro medio.

OBJETIVO

Describir la forma de presentación de un caso de raquitismo por déficit de vitamina D recibido en la sala de pediatría.

CASO CLINICO

Paciente de 5 años y 10 meses que ingresa al hospital por presentar dolor muscular en ambos miembros inferiores y zona distal de los miembros superiores, de varios días de evolución, con impotencia funcional en las últimas 48 horas. Sin registros febriles. Con antecedente de catarro viral dos semanas antes. Se trata de un paciente sin controles de salud ni vacunas, de un total de 8 hijos, 2, tuvieron cuadro similar a él previamente. El niño se presenta en posición flexionada de los miembros inferiores con imposibilidad a extensión. Con dolor a la movilización y la

palpación muscular de ambas piernas y la zona distal de los miembros superiores. Sequedad dérmica generalizada con fina descamación en espalda y abdomen. Peso 15.200 kg (pc Z -3), Talla 107cm (pc Z -2), con retraso madurativo y déficit en el lenguaje. Refería la madre, que por conflicto familiar, el niño no salía de la casa.

Se realizan estudios de imágenes, que evidencian lesiones de desmineralización, y retraso en maduración ósea. Los laboratorios del metabolismo arrojaron valores disminuidos de vitamina d, con perfil reumatológico y fosfo cálcico normal. Se inició terapia de recuperación nutricional, con aporte de vitamina D con buena evolución y mejoría de los síntomas de inicio.

CONCLUSION

La convivencia con una población vulnerable socio cultural y nutricionalmente, debe hacernos individualizar la asistencia sanitaria, e identificar a los niños en riesgo de presentar déficit de vitamina D, de manera que podamos prevenirlo.

IMPACTO ECONÓMICO DE LA ANEMIA EN EMBARAZADAS Y NIÑOS MENORES DE 59 MESES.

Espagnol M.¹; Carmuega E.²

CESNI^{1,2}

<mespagnol@cesni.org.ar>

RPD
13

OBJETIVO

Estimar el valor presente de costos futuros como consecuencia de la desnutrición en Argentina en 2010. Estimar el impacto que posee la prevalencia de anemia en mujeres embarazadas, en la mortalidad neonatal y en la productividad laboral. Estimar la pérdida de productividad laboral futura debido a un menor desarrollo cognitivo de aquellos niños menores de 59 meses que se encontraban anémicos.

MÉTODOS

Los costos fueron estimados siguiendo la metodología propuesta en "Las consecuencias económicas de la malnutrición en Cambodia" UNICEF y el Programa Mundial de Alimentos en 2013. En una segunda instancia los costos fueron estimados excluyendo el impacto de la anemia en embarazadas y niños.

RESULTADOS:

En Argentina el 30.5% de las mujeres que estaban embarazadas y el 17.2% de los niños de entre 6 y 59 meses se encontraban anémicos. Incluir la prevalencia de anemia incrementó los costos de la desnutrición en un 33%. 320 niños menores de un año han muerto debido a que sus madres se encontraban anémicas durante la gestación incrementando la pérdida de productividad laboral en U\$S 10.9 millones. La anemia en niños produce una pérdida parcial de productividad laboral equivalente a U\$S 569.13 millones que representan el 60.7% de las pérdidas de productividad por menor desarrollo cognitivo.

CONCLUSIONES

La anemia limita la capacidad de que un niño pueda alcanzar su máximo desarrollo potencial e incrementa los costos sociales y económicos de la desnutrición en nuestro país. La prevalencia de anemia en mujeres embarazadas y en niños implica un costo de oportunidad que limita tanto el crecimiento como el desarrollo económico de Argentina.

A PROPÓSITO DE UN CASO: RAQUITISMO CARENCIAL EN SIGLO XXI

John N.¹; Filippo D.²; Giménez L.³; Ehrman Duffau P.⁴; Iacovone Basílico M.⁵; Scilletta S.⁶

HTAL DIEGO E THOMPSON^{1,2,3,4,5,6}

<natalin.john@gmail.com>

RPD
16

INTRODUCCIÓN

El raquitismo carencial, producido por déficit en el aporte de vitamina D, es una patología aún presente en los países en desarrollo. Dado que la leche materna solo aporta 12-60 UI/L de vitamina D y los requerimientos diarios en niños son de 400-600 UI día, nuestro país recomienda su suplementación exógena. No obstante, poblaciones que no son alcanzadas por estas estrategias preventivas, conviven con raquitismo y malnutrición global.

OBJETIVOS

Exponer fallas en el sistema primario de atención de la salud, aún en regiones urbanizadas.

Enfatizar en el impacto de las carencias nutricionales sobre el desarrollo global de los niños.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 23 meses de edad, RNT, PAEG, vacunas incompletas. Consulta por cuadro de neumonía bifocal. Al ingreso se constata desnutrición grave, retraso en pautas madurativas y mala higiene. Padres analfabetos, niegan contacto con el sistema de salud desde su nacimiento.

Examen físico: peso y talla bajo percentilo 3. Repliegues cutáneos en mulos y glúteos, tejido subcutáneo disminuido. Rosario esternal. Abdomen globoso, sin visceromegalias. Miembros inferiores en varo. Disminución del tono muscular. Pautas madurativas: sonrisa social 3 meses, sostén cefálico 6 meses, sostén de tronco los 12 meses, no deambula, no controla esfínteres.

Datos relevantes de laboratorio: Fosfatasa alcalina 549. Proteínas totales 6,9, albuminemia 2,8. Calcio total: 8,9, fósforo 2 y magnesio 2,3. Hemo-

cultivos, coprocultivo, urocultivo y parasitológico: Negativos. Serología para celiaquía negativa. Vitamina D no dosable, parathormona 340 (VN hasta 70). Beta cross laps: 1506 (VN hasta 800).

Radiografía de huesos largos: signos de desmineralización ósea.

Se realizó Shock de vitamina D (única dosis) y suplementación ambulatoria con calcio, mostrando pronta mejoría clínica y de laboratorio, pero con secuelas permanentes.

CONCLUSIÓN

A pesar de los avances, sectores urbanizados, persisten expuestos a pésimas condiciones de higiene y nutrición, estrechamente vinculado con la pobreza y el bajo nivel educativo. El raquitismo carencial es tratado con suplementaciones de vitamina D, pero su detección tardía deja improntas irreparables en el desarrollo de los niños.

ALERTA NUTRICIONAL DE NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS CON PROBLEMAS NUTRICIONALES POR DÉFICIT SEGÚN ZONAS SANITARIAS DE LA PROVINCIA, A TRAVÉS DEL SISTEMA DE VIGILANCIA NUTRICIONAL DE SALTA (SIVINSALTA) 2016.

RPD
17

Pernas G.¹; Rada J.²; Salcedo G.³; Gutiérrez N.⁴; Hidalgo J.⁵; Vera Naharro A.⁶

SECRETARÍA DE NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN SALUDABLE^{1 2 3 4 5 6}
<glapersal@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La nueva herramienta de Vigilancia Nutricional "SiViNSalta", permite la detección oportuna de niños con alteraciones nutricionales, a través de alertas que se disparan por medio de correos electrónicos a los referentes de Nivel Central y local, a fin de lograr acciones oportunas y adecuadas para cada caso y Zonas Sanitarias.

OBJETIVO

Caracterizar a los niños menores de 6 años con alertas en el SiViNSalta según Zonas Sanitarias, Salta 2016.

POBLACIÓN

Menores de 6 años con alteraciones nutricionales notificados en el SiViNSalta, hasta Agosto 2016.

METODOLOGÍA

Estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y transversal, a través del análisis de la ficha de control del SiViNSalta. Variables Dependiente: Muy bajo peso, internación, familia de riesgo, atención médica y atraso en el control. Independiente: Zonas Sanitarias: Norte, Oeste, Sur y Centro. Resultados: Se notificaron en el SiViNSalta 844 niños, 87 (10,3%) pertenecientes a Zona Centro, 124 (14,7%) de Oeste, 126 (14,9%) de Sur y 507 (60%) en Zona Norte.

En cuanto a la alarma Muy Bajo Peso, el sistema arrojó que 105 niños (12,4%) presentaron dicha valoración. De los mismos, más de la mitad (54%) pertenecen a Zona Norte, el 26% a Oeste, seguidos por Centro y Sur con 11 y 9% respectivamente.

Se observó que 97 niños (11,5%) presentaron internación; siendo Norte la Zona con mayor porcentaje (65%), seguida de Centro con un 25%. Oeste y Sur presentaron el 5%.

En relación a los 324 (38,4%) niños provenientes de familia de riesgo el 80,8% se encuentran en Zona Norte, seguido por Oeste con el 12,9%, Sur con el 3,7% y Centro con el 2,5%.

Según la atención médica recibida por los niños, se observó que 365 (43,2%) no la recibieron. El 85,5% corresponden a Zona Norte, el 10,4% Oeste, el 2,7% a Sur y el 1,4 restante a Centro.

Por otra parte, 687 niños (81,4%) presentaron atraso en el control. El 60,4% pertenecen a Zona Norte, el 15,7% a Oeste, el 13,4% a Sur y el 10,5% a Centro.

CONCLUSIÓN

Al analizar las cinco alertas que emite el SiViNSalta, se destaca que el Norte de la Provincia es la zona con mayor vulnerabilidad socio-sanitaria, ya que presentó mayor predominio de niños con muy bajo peso, internados, pertenecientes a familias de riesgo, sin atención médica y con atraso en el control sanitario.

Nuestro Agradecimiento especial a la Sala de Situación de Salud del MSP Salta, co-creadores del Programa Informático SIVINSALTA; Dr. Miguel Astudillo, Sr. Luis Miño y Lic. Liliana Estrada por su permanente acompañamiento.

ANÁLISIS DE PACIENTES CON OBESIDAD EN SERVICIO DE NUTRICIÓN - SALTA

RPD
18

Pernas G.¹; Quintero E.²; Pérez Peralta G.³

SECRETARÍA DE NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN SALUDABLE^{1 3}; CREICENI-HPMI. SALTA²
<glapersal@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La Obesidad Infantil es una de las patologías más frecuentes desde el punto de vista nutricional y la relación que guarda con el aumento de las enfermedades crónicas no trasmisibles (ECNT), constituye un dato de relevancia para salud pública.

OBJETIVOS

- Determinar características de pacientes que asisten al servicio. Septiembre 2015 a marzo 2016
- Describir severidad del cuadro
- Describir presencia de A. Familiares de ECNT
- Describir presencia de complicaciones metabólicas de laboratorio como dislipemias y alteraciones de glucemia
- Describir pacientes con HTA
- Describir presencia de Hígado graso

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizaron 78 pacientes, entre 2 y 17 años, 32 femeninos y 46 masculinos. La metodología evaluada para la atención fue por Hospital de Día, donde recibieron atención de Médicos y Nutricionistas, se solicitó laboratorio y ecografía.

RESULTADOS

Antropometría: 5 con obesidad superior 5 DS, teniendo en cuenta IMC/Edad, 43 IMC comprendido entre 4,99 y 3; 23 IMC/Edad entre 2 a 2,99. El resto con sobrepeso o escasos datos.

Antecedentes Familiares (AF): el 46 % no referían antecedentes

patológicos, el 18% presento familiar con una de las patologías mencionada, el 36 % presento 2 o más AF de patologías.

Alteraciones Lipídicas: 8 con colesterol mayor a 170 y un tercio se presentó HDL bajo, y aceptable un 44 %, el 22 % con un valor superior a 45 mg/dl. El 48% presento Triglicéridos altos, un 20 % en valores límites y el resto en normales (32%)

Glucemia: 3 con valores superiores 100 mg/dl tomando como punto de corte más bajo, ninguno superó valores a 110 o 126, en 3 se solicitó prueba de tolerancia oral a la glucosa 2 con valores alterados.

Ecografía: el 36 % presentó el estudio compatible con esteoatosis hepática, no se visualiza litiasis de vía biliar, sí en otros pacientes.

Se derivaron 11 a cardiología que fueron informados con valoración normal.

CONCLUSIONES

Un 50% de pacientes obesos, se encuentra con factores de riesgo para desarrollar ECNT. Son necesarios programas preventivos desde el nac. e inclusive antes. Sin embargo es necesario realizar una pesquisa de obesidad a nivel poblacional, determinar las complicaciones para iniciar un programa preventivo y de tratamiento intensivo.

CARACTERIZACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS DE 6 MESES DE LA PROVINCIA DE SALTA, SEGÚN ZONA SANITARIA. AÑO 2015

RPD
19

Pernas G.¹; Rada J.²; Salcedo G.³; Gutiérrez N.⁴; Hidalgo J.⁵; Vera Naharro A.⁶

SECRETARÍA DE NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN SALUDABLE^{1 2 3 4 5 6}

<glapersal@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El primer año del niño constituye una de las etapas más vulnerables de la vida con respecto a la nutrición. La lactancia materna exclusiva, es la alimentación óptima desde el momento del nacimiento hasta el 6° mes de vida. El efecto esperado es la mejoría del estado nutricional, la salud, el crecimiento, el desarrollo, y, en última instancia, la supervivencia, de los lactantes y los niños y niñas de corta edad

OBJETIVOS

Describir la prevalencia de Lactancia Materna Exclusiva según Zona Sanitaria en la Provincia de Salta.

METODOLOGÍA

El diseño empleado fue de tipo observacional, descriptivo y retrospectivo. Los datos se obtuvieron de los Formulario F2 y F3 del Programa de Atención Primaria de la Salud (APS), del informe trimestral de Nutrición de Capital y del Programa de Enfermería, para aquellas Áreas operativas con sectores descubiertos. Se procesaron los datos con Excel para obtener las gráficas. Se referenció en un mapa con el programa EpiInfo.

La población de estudio estuvo formada por 6.460 niños de 6 meses, de la Provincia de Salta, en el año 2015.

RESULTADOS

El 58,6% de los niños de 6 meses de la provincia de Salta, fue alimentado con Lactancia materna exclusiva (LME). Al analizar el tipo de lactancia recibida según Zona Sanitaria, se observó en Zona Norte: 55,6% de LME, resultando las Áreas operativas de Hipólito Irigoyen, La Unión y Tartagal, con porcentajes menores

al 30%. Zona Oeste: 67,9% LME, siendo la Caldera y San Carlos las Áreas, con valor inferior al 40% de LME. Zona Sur: 52,5% LME. Se destaca Quebrachal, con un porcentaje de 12,2%. Zona Centro: 61,0% LME.

CONCLUSIONES

La Provincia de Salta, se encuentra próxima a alcanzar la meta propuesta por OMS (LME 60%), sin embargo existen Áreas Operativas, con valores inferiores a lo esperado. Se debe trabajar consciente y responsablemente en consejería y educación en lactancia materna. Por lo cual resulta necesario estimular el interés individual, familiar, comunitario y estatal a la formación en esta temática, proceso que implica un trabajo compartido que facilite al personal de salud y a la comunidad la identificación y el análisis de los problemas relacionados a la Lactancia y su abandono, y la búsqueda de soluciones de acuerdo al contexto socio – cultural.-

NUTRICIÓN PARENTERAL PROLONGADA EXPERIENCIA EN CREICENI 2013 – 2016

RPD
20

Pernas G.¹; Benegas M.²; Quintero E.³; Torres M.⁴

SECRETARÍA DE NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN SALUDABLE¹; CREICENI-HPMI. SALTA^{2 3 4}

<glapersal@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Desde su apertura en marzo de 2013, el centro incremento en el N° de pacientes con insuficiencia intestinal se produjo un aumento en el requerimiento de nutrición parenteral prolongada (NPP). Esto determinó la realización de protocolos para tal fin.

El presente estudio es la descripción de la evolución y las complicaciones de los pacientes que recibieron NP durante un período superior a 6 meses.

OBJETIVOS

- Describir las características generales de la población.
- Determinar su evolución.
- Determinar las principales complicaciones asociadas a NPP.

MATERIALES Y MÉTODOS

Todo paciente que recibió NP en CREICENI, durante el período comprendido entre marzo de 2013 a marzo de 2016.

RESULTADOS

Se atendieron 12 pacientes, donde 5 eran del sexo masculino y 7 femenino; de los cuales solo 1 de ellos inició NP luego del año de vida.

Todos recibieron NP ciclada.

CAUSAS DE NP:

- Úlcera duodenal.
- Trombosis de mesentérica.
- Malformación intestinal.
- NEC en el período neonatal

Todas las causas produjeron un SIC de mayor o menor grado.

De ese total, dos fueron derivados en una oportunidad a centros de mayor complejidad, y regresaron al hospital de origen. Uno continúa con NP domiciliaria ya que posee obra social.

Dos fallecieron, uno como consecuencia de complicación respiratoria 2° a prematuridad y otro por proceso infeccioso asociado a probablemente vía central.

Cinco se encuentran en su domicilio sin NP, uno de ellos continúa con soporte enteral por SNG y uno solo por gastrostomía. El 80% reingreso a internación en alguna oportunidad.

Ocho requirieron cuidados intensivos durante su internación por complicaciones infecciosas o gastrointestinales, uno por cuadro neurológico, incluido uno de los fallecidos.

Seis necesitaron cuidados por procesos infecciosos, todos asociados a los accesos vasculares. En 4 se indicó retirar catéter y 2 se recuperaron por técnicas de lock terapia.

Todos requirieron catéteres semimplantables como accesos para NP.

CONCLUSIÓN

En nuestra experiencia los pacientes que recibieron NP, por más de 6 meses, fueron un desafío para el equipo de salud, mejorando el cuidado de los catéteres, aplicando los protocolos establecidos a sabiendo que el cuidado del catéter es la vida misma del niño.

PREVALENCIA DE ALTO PESO EN NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS CONTROLADOS POR EFECTORES DE SALUD PÚBLICA. PROVINCIA DE SALTA. AÑO 2015



Pernas G.¹; Rada J.²; Salcedo G.³; Gutiérrez N.⁴; Hidalgo J.⁵; Vera Naharro A.⁶

SECRETARÍA DE NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN SALUDABLE^{1,2,3,4,5,6}

<glapersal@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La obesidad es un problema de salud pública cada vez más importante. Además, la obesidad en las etapas tempranas de la vida tiene un efecto de arrastre a la obesidad en el adulto. Resulta importante poder cuantificar su magnitud y contextualizar la misma a fin de identificar escenarios obesogénicos, para poder intervenir precozmente.

OBJETIVOS

Describir el Alto peso, en niños de 0 a 5 años controlados por efectores de Salud Pública con los Nuevos Estándares OMS.

METODOLOGÍA

El diseño empleado fue de tipo observacional, descriptivo y retrospectivo. La población de estudio estuvo formada por niños de 0 a 5 años controlados por efectores de Salud Pública. La unidad de análisis fue cada uno de los niños de 0 a 5 años. El estado nutricional se valoró según antropometría: Peso /edad para menores de 2 años e IMC/Edad para niños de 2 a 5 años. Los datos se obtuvieron de los Formulario F2 y F3 del Programa de Atención Primaria de la Salud (APS), del informe trimestral de Nutrición de Capital y del Programa de Enfermería, para aquellas Áreas operativas con sectores descubiertos. Se procesaron los datos con Excel para obtener las gráficas. Se referenció en un mapa con el programa EpiInfo.

RESULTADOS

Según datos de la última ronda sanitaria del Programa de APS (4ª Ronda año 2015), de la Provincia de Salta, de un total 152.724 niños a controlar, se controlaron 108.150 lo que representa un 71% de cobertura. Del total de niños controlados 5.184 se encuentran con valoración antropométrica mayor a 2 D.E.

La malnutrición por exceso estuvo presente en el 3,8% de niños de 0 a 2 años y en el 5,4% de niños mayores a 2 años.

Al analizar Zonas Sanitarias y distribución de Alto Peso, Zona Sur superó el promedio provincial (5.4%) en menores de 2 años. Zona Sur y Centro superaron la media Provincial de Alto peso en mayores de 2 años.

CONCLUSIONES

El comportamiento de la malnutrición por Alto peso difiere según Zonas Sanitarias, resulta más desfavorable en Zona Sur en ambos grupos etáreos.

BAJA TALLA EN NIÑOS DE 0 A 6 AÑOS EN LA PROVINCIA DE SALTA.



Pernas G.¹; Rada J.²; Salcedo G.³

SECRETARÍA DE NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN SALUDABLE^{1,2,3}

<glapersal@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La talla para la edad alcanzada por un niño o niña es un indicador de salud importante, tanto a nivel individual como de la población donde vive. En la Provincia de Salta se controlan con la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) aproximadamente un 60 % (110000 de 160000) de la cohorte de 0 a 6 años de la población total. La situación socioeconómica y ambiental donde se desarrollan los niños y niñas en cada Departamento presentan una amplia variabilidad.

El objetivo de este trabajo es el análisis del indicador baja talla para la edad en la población de la Provincia, correlacionada con el índice de Necesidades Básicas Insatisfechas según el Departamento de procedencia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se utilizaron fuentes de datos secundarias obtenidas de los informes de la 4ta ronda de APS del año 2015 y los datos de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) recogidos en el censo 2010 del INDEC.

Se procesaron los datos con Excel para obtener las gráficas y los coeficientes de correlación. Se referenció el indicador en un mapa con el programa Epi Info.

RESULTADOS

El indicador de baja talla para la edad en la 4ta ronda para la totalidad de los 108.150 niños y niñas controlados de los 23 departamentos fue de 4,5% (Max 14,3 Min 0,6 Mediana 3,38) El máximo fue en el Departamento de Los Andes y la Mínima en el de Cafayate, que ocupan el lugar 6 y 16 en NBI ordenadas de mayor a menor. El coeficiente de correlación para

toda la serie fue de 0,55. Adicionalmente se calculo el coeficiente de correlación con el indicador de Bajo Peso para Edad, encontrándose un valor de 0,35.

CONCLUSIONES

El indicador baja talla para la edad estima la distribución geográfica de los problemas del crecimiento de la población de 0 a 6 años, encontrándose una asociación moderada con las NBI de cada departamento. Puede existir un sesgo de selección, ya que la cobertura de APS es mayor en los departamentos con NBI más alto, por lo que la correlación real puede ser más fuerte. Comparado con el indicador de peso edad, la correlación de talla edad fue mayor. En este trabajo demostramos las amplias diferencias en la problemática de la nutrición infantil en nuestra Provincia según las diferentes regiones, con sus diferentes niveles de desarrollo socioeconómico, se correlacionan con el indicador talla para edad.

ESTADO NUTRICIONAL PRECONCEPCIONAL Y PESO DEL RECIÉN NACIDO

RPD
23

Pernas G.¹; Finetti E.²; Perez Peralta G.³; Latigano M.⁴

SECRETARÍA DE NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN SALUDABLE^{1,2,3,4}

<glapersal@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El peso al nacer ha sido considerado como un factor determinante para el futuro de los recién nacidos, la morbilidad y mortalidad se incrementan según disminuye o aumenta el peso neonatal.

Muchos son los factores que influyen en el crecimiento y desarrollo fetal, el estado nutricional pregestacional y ganancia de peso durante el embarazo. Este estudio explora la relación existente entre el índice de masa corporal pregestacional y el peso del recién nacido.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional analítico de corte transversal, de 6461 partos del HPMI (2015), el IMC fue calculado con el peso y la talla de los carnets de las embarazadas, el peso del recién nacido, la terminación y los diagnósticos de los registros hospitalarios, la recolección de los datos se realizó mediante una hoja electrónica diseñada para este estudio. Las variables maternas relacionadas con el CPN incluidas fueron: IMC (kg/m²) y terminación del parto. Para el IMC se consideró IMC bajo < 19,8 kg/m² Adecuado entre 19,8 y 26 kg/m², Sobrepeso 26,1 a 28,9 kg/m² y Obesidad >= 29 kg/m².

En relación al peso al Nacer se incluyó: BPN: peso.

Para terminación del parto se consideró cesárea y parto no normal (CIE 10 diferente a O80.0).

Se utilizó el programa EpiInfo 2007 para el procesamiento de los datos. Las variables cualitativas se analizaron mediante frecuencias y proporciones, las cuantitativas se expresaron mediante medidas de tendencia central y de dispersión.

RESULTADOS

El IMC promedio fue de 24,7 Kg/m² (DS+ 3,8). El 15,7% (n=1.013) un IMC bajo, el 54,3% (n=3507) adecuado, el 14% (n=906) sobrepeso y el 16% (n=1035) obesidad. (Cuadro N° 2).

CONCLUSIONES

En nuestra provincia los valores de BPN promedio entre 2010/14 se ubicaron entre 6,5 y 7,2% del total de partos (entre 26.373 y 28.133) en la muestra fue superior y alcanzó el 9,6%, se presume porque el HPMI es el centro de referencia provincial obstétrica, neonatal y pediátrica, atendiendo un mayor porcentaje de embarazos y partos de riesgo. Las proporciones de IMC pregestacionales encontradas también son superiores a los registros bibliográficos. En IMC pregestacional y bajo peso el % es mayor si la madre tiene IMC bajo, e inversamente si el IMC materno es alto el porcentaje de niños con alto peso es mayor. Respecto del tipo de terminación del parto cuando crece el IMC pregestacional aumenta la proporción de cesáreas y partos no normales. Estos resultados son concordantes con la bibliografía y demuestran la necesidad de trabajar intensamente en la mejora del CPN y profundizar el estudio considerando otras variables y criterios de inclusión y exclusión más rigurosos que permitan despejar variables de confusión.

También merece particular estudio explorar esta relación en comunidades más vulnerables de nuestra provincia como pueblos originarios que siempre muestran indicadores más desfavorables.

DIFERENCIAS EN EL CONSUMO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS EN HOGARES ARGENTINOS CON Y SIN NIÑOS

RPD
25

Zapata M.¹; Roviroso A.²; Carmuega E.³

CESNI^{1,2,3}

<mezapata@cesni.org.ar>

INTRODUCCIÓN

El tamaño de la familia y la presencia de niños es un factor que condiciona la compra y el consumo de alimentos, particularmente en aquellos hogares de bajos ingresos. El objetivo de este trabajo es determinar las diferencias en la compra y el consumo aparente de alimentos y bebidas de hogares de la Argentina en función de la presencia de niños.

METODOLOGÍA

Se utilizaron los datos de la Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares (ENGHo) 2012-2013, que tomó una muestra probabilística, polietápica y estratificada de 20960 hogares de localidades de más 5000 habitantes. Se calculó la proporción de hogares que compraron cada alimento y el consumo aparente promedio de alimentos y bebidas en gramos o mililitros de peso neto por adulto equivalente por día, en hogares con y sin menores de 18 años.

RESULTADOS

En la mitad de los hogares argentinos hay menores de 18 años, y esos hogares están compuestos por más del doble de integrantes (4,7 vs. 2 individuos) y el doble de adultos equivalentes (3,5 vs. 1,6), el nivel educativo del hogar es levemente inferior y tienen menor nivel de ingreso (61% de los hogares con niños están en el 1° y 2° quintil de ingresos y el 19% en aquellos sin niños).

En los hogares con niños se consume menos cantidad de alimentos y bebidas por adulto equivalente, pero la proporción de hogares que compran es mayor. Las excepciones son las frutas, las hortalizas no feculentas y la yerba mate, donde la proporción de compra es similar pero la cantidad consumida por adulto equivalente es menor en los hogares con niños; la leche entera, las leches saborizadas, la leche chocolatada, los jugos y la carne vacuna semielaborada (milanesas, hamburguesas y prefritos) donde tanto la cantidad consumida como la proporción de compra es mayor; la leche semidescremada y descremada, los pescados y mariscos y las bebidas alcohólicas donde el consumo es menor y la proporción de compra también; y los caramelos, chocolates y golosinas (excepto alfajor) que se los adquiere con más frecuencia pero se consume en igual cantidad que en hogares sin niños.

CONCLUSION

La composición y características sociodemográficas de los hogares argentinos con y sin niños tiene grandes diferencias que se reflejan en los patrones de compra y consumo de alimentos.

ALTERACIONES EN EL METABOLISMO DE LOS HIDRATOS EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA

Reinoso A.¹; Finocchiaro J.²; Massa S.³; Pietropaolo G.⁴; Fasano V.⁵; Bellini C.⁶; Del Dago E.⁷; Tournier A.⁸; Diez G.⁹; Fernandez A.¹⁰; Balbi V.¹¹

SALA DE ENDOCRINOLOGIA INFANTIL, HIAEP SOR MARIA LUDOVICA, BECA DE INVESTIGACION DE LA SAP 2015-2016¹; SERVICIO DE NEUMONOLOGIA INFANTIL, HIAEP SOR MARIA LUDOVICA^{2,3,9}; SALA DE ENDOCRINOLOGIA INFANTIL, HIAEP SOR MARIA LUDOVICA⁴; INSTITUTO DE DESARROLLO E INVESTIGACIONES EN PEDIÁTRICA (IDIP, MINSAL, CICPBA)⁵; LABORATORIO DEL HIAEP SOR MARIA LUDOVICA^{6,7,8}; SERVICIO DE NUTRICION INFANTIL, HIAEP SOR MARIA LUDOVICA¹⁰; SALA DE ENDOCRINOLOGIA INFANTIL, HIAEP SOR MARIA LUDOVICA¹¹

<reinosoandrea@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Las alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono (AHC) en los pacientes con Fibrosis Quística (FQ) son frecuentes.

OBJETIVOS

Evaluar la presencia de AHC a partir de los 8 años y su correlación con el índice de masa corporal (IMC) y función pulmonar (VEF1).

Evaluar la secreción de insulina mediante el índice de Disponibilidad (ID) y el dosaje de péptido C.

MATERIAL Y MÉTODOS

34 pacientes con FQ (F11-M23). Realizamos dosaje de péptido C en ayunas, Hba1C y la prueba de tolerancia oral a la Glucosa completa (PTOG) (glucemia e insulina basal a los 30, 60, 90 y 120'). Calculamos el ID (índice de sensibilidad a la insulina X el índice de la secreción de insulina). Sensibilidad a la insulina (SI): 1/insulina basal (en ayunas). Insulina Secreción (IS): Δ Insulina basal- 30' / Δ glucemia basal- 30'.

Clasificamos las PTOG en: tolerancia a la glucosa normal (TN), alteración de la glucemia en ayunas (AGA), tolerancia a la glucosa alterada (TGA), alteración indeterminada (AI) y diabetes relaciona a la FQ (DRFQ). Clasificamos a los pacientes en dos grupos, G1 (TN-AGA) y G2 (TGA-AI-DRFQ) y comparamos el IMC (SDS) y VEF1(%) actual con el año previo entre G1 Y G2.

Estadística: programa SPSS. Test de Mann-Whitney o Student.

RESULTADOS

Edad media de 12,71 años \pm 2,86. El 64,7% presentaron AHC (n=22), 29,4% TGA(n=10), 11,8% AGA(n=4), 11,8% AI(n=4) y 11,8 % DRFQ(n=4). Tres pacientes eran suficientes pancreáticos (9%), uno presentaba AI. Todos los pacientes menores de 10 años (20%) presentaron PTOG normal. El péptido C fue bajo en el 85% de los pacientes.

Hubo diferencias significativas en el IMC entre G1 de $-0,06 \pm 1,46$ y G2 de $-1,27 \pm 1,78$ ($p=0.040$) y en el ID entre G1 de 1.65 (0,91-5.2) y G2 de 0,86 (0,62-1,22) ($p=0.008$). Considerando a los pacientes con alteración pero excluyendo a los DRFQ se hallaron diferencias significativas en los pacientes con pruebas alteradas entre los valores de Z score actual de IMC $-1,22 \pm 1,82$ y al año previo de $-0,59 \pm 1,45$ ($p=0.005$) y entre VEF1 actual 77.67 ± 27.49 y al año previo 89.92 ± 29.60 ($p=0.013$).

CONCLUSIONES

La alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono en este grupo fue frecuente a partir de los 10 años.

Los pacientes con AHC presentan menor IMC e ID y presentan un deterioro en el IMC Y Vef1 con respecto al año previo.

El Índice de disponibilidad fue el único parámetro útil que podría demostrar la alteración de la célula β .

PO
26

LA LACTANCIA EN LA PRIMERA HORA DE VIDA: UN DESAFIO DE ENFERMERIA PARA REDUCIR LA MORBIMORTALIDAD INFANTIL

Moraes Morelli D.¹; Berrocal C.²; Figueroa Echazu I.³; Lascombes J.⁴; Uriburu V.⁵; Villegas E.⁶

UNIVERSIDAD AUSTRAL^{1,2,3,4,5,6}

<dmorelli@iecs.org.ar>

INTRODUCCIÓN

La evidencia indica que la lactancia impacta directamente en la reducción de la mortalidad materno-infantil. Si se empezase a amamantar a cada niño en la primera hora tras su nacimiento, dándole solo leche materna durante los primeros seis meses de vida y siguiendo dándole el pecho hasta los dos años, cada año se salvarían unas 800 000 vidas infantiles.

OBJETIVO

Identificar el grado de conocimiento del equipo de enfermería, de un hospital público y otro privado, acerca de la recomendación de la OMS sobre el inicio oportuno de la lactancia.

MATERIALES Y METODOS

Estudio observacional, descriptivo de corte transversal.

POBLACION

Personal de enfermería del área de maternidad/internación conjunta del de un hospital público y otro privado de la provincia de Buenos Aires. Se recolectaron los datos durante octubre de 2016, a través de una encuesta anónima, auto administrada. Se otorgó a cada participante un consentimiento informado, para así asegurar la libre participación, garantizando el anonimato.

RESULTADOS

Se incluyeron 96 enfermeros, con edad promedio de 36,24 años (DS 9,65); 97,92% mujeres, 58,33% trabaja en el ámbito público. Se observó que sólo un 60,42% respondió correctamente el inicio oportuno de la lactancia según la recomendación de la OMS; hay una diferencia estadísticamente significativa ($p<0,05$) entre el conocimiento del equipo de enfermería del hospital público (75%) y privado (40%).

DISCUSIÓN

Tratando de una recomendación vigente desde el año 1989, llama la atención el bajo conocimiento sobre el inicio oportuno de la lactancia, principalmente en el ámbito privado. ¿Cómo se logra promover o priorizar una intervención si el personal de salud la desconoce? Más que percibir y presentar la lactancia oportuna como una opción deseable, los trabajadores de la salud debemos verla como un imperativo clínico. El estudio realizado nos ha llevado a tener nuevas inquietudes que pueden ser exploradas en futuros trabajos de investigación: ¿Se condice el grado de conocimiento de la recomendación con su aplicación en la práctica clínica?

PO
27

DISLIPIDEMIAS: EXPERIENCIA DEL SERVICIO DE NUTRICIÓN DEL HOSPITAL DE NIÑOS DE LA PLATA

RPD
28

Etcheverry N.¹; Fernández A.²; Martínez C.³; Bellini C.⁴

HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARÍA LUDOVICA LA PLATA^{1,2,4}; HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS LA PLATA³

<etcheverrynatalia@gmail.com>

RESUMEN

La hipercolesterolemia familiar (FH) es un desorden genético que causa enfermedad coronaria prematura. Es de origen autosómico dominante, heterocigoto u homocigoto.

La HF heterocigoto presenta una frecuencia de 1/200-250,

la HF homocigoto es rara con una frecuencia de 1/160000-300000.

Es aún una enfermedad subdiagnosticada y subtratada en todo el mundo.

Las estrategias de tamizaje no están sistematizadas y por lo tanto insuficientemente implementadas.

OBJETIVO

Demostrar la importancia del diagnóstico de dislipidemias en la infancia para iniciar el tamizaje en cascada, con la posibilidad de diagnosticar y tratar dos generaciones en simultáneo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se inicia en agosto del 2015, un consultorio exclusivo de dislipidemias graves, no asociadas a obesidad.

Para el diagnóstico se realizó:

- la historia clínica con árbol familiar.
- laboratorio: perfil lipídico completo: colesterol total; LDL, HDL y TG.
- laboratorio específico: ApoB 100 y Apo A.
- estudio por imágenes: Eco doppler de vasos del cuello.
- derivación de familiares con sospecha de HF a especialista de adultos en lípidos.

RESULTADOS

Ingresaron en un año treinta y uno pacientes, en dieciocho se confirmó hipercolesterolemia, diez eran menores de diez años.

Dos menores de dos años y seis eran mayores de diez años.

Tres de causa secundaria.

Cuatro pacientes con Hipertrigliceridemia, dos asociadas a obesidad, y un paciente con Quilomicronemia.

De los dieciocho pacientes con hipercolesterolemia: once de ellos presentaron en el árbol familiar antecedentes familiares de evento cardiovascular prematuro y/o dislipidemia.

Nueve de estas familias fueron derivadas al especialista de adultos. Cuatro padres iniciaron tratamiento.

El 100% de pacientes fue derivado por laboratorios al azar.

En 58% pacientes se confirmó hipercolesterolemia.

35.4% sospecha de hipercolesterolemia familiar heterocigota, por fenotipo y confección de árbol familiar.

CONCLUSIÓN

A pesar del escaso número de pacientes ingresados en un año, se logró realizar diagnóstico de una enfermedad rara, no solo del niño si no su familia. Esto nos lleva a resaltar la importancia del tamizaje universal, para continuar haciendo diagnóstico y tratamiento oportuno.

SÍNDROME DE INTESTINO CORTO NEONATAL. EVOLUCIÓN DE UNA COHORTE DE 30 AÑOS.

PO
29

Martínez M.¹; Fabero M.²; Dalieri M.³; Prozzi M.⁴; Alberti M.⁵; Fasano V.⁶; Galarraga M.⁷; Gnusi A.⁸; Molina J.⁹; Gonzalez H.¹⁰; Fernández A.¹¹

SERVICIO NUTRICIÓN. HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARÍA LUDOVICA. LA PLATA^{1,2,3,4,5,11}; INSTITUTO DE INVESTIGACIONES PEDIÁTRICAS (IDIP). HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARÍA LUDOVICA. LA PLATA^{6,10}; SERVICIO SOCIAL. HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARÍA LUDOVICA. LA PLATA⁷; SERVICIO DE FARMACIA. HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARÍA LUDOVICA. LA PLATA⁸; SERVICIO DE CIRUGÍA. HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARÍA LUDOVICA. LA PLATA⁹

<mainmar67@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El síndrome de intestino (SIC) ocurre tras resecciones intestinales que causan insuficiencia intestinal (II) crónica con dependencia de nutrición parenteral (NP). Por su complejidad se recomienda el manejo por equipos interdisciplinarios especializados.

OBJETIVO

Describir la evolución de pacientes (pac.) con SIC neonatal manejados en un centro especializado y analizar factores pronósticos de evolución.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio analítico descriptivo de corte transversal de pac. con SIC e/ 1985-2014. Evaluamos: sexo, prematuridad, diagnóstico, época de inicio de la II en 3 periodos P1 1985-1994, P2 1995-2004 y P3 2005-2014, anatomía: longitud de intestino remanente (LIR) en cm, presencia de válvula ileocecal (VIC) y de colon completo (CC). La evolución se clasificó: adaptación (A), dependencia de NP (D), trasplante de intestino (Tx), fallecimiento (F). Se analizaron factores relacionados con evolución, sobrevida y causas de muerte.

RESULTADOS

155 pac., 64 varones, 81/144 prematuros. Causa del SIC atresia 39%, gastroquiasis 32%, enterocolitis necrotizante 14%, vólvulo 6%, Hirschsprung extendido 4%, otros 5%.

LIR mediana (M) 35 (IQR: 20-50) cm, LIR > 20 cm 67%, ≤ 20 33%, > 10% de LIR estimada para EG 52%, ≤ 1048%; con VIC 44% y CC 51%. En P3 proporción > de gastroquiasis, < de atresias, de pac. sin VIC y prematuros. Evolución A 50%, D25% (M de NP de 1340 (508 – 2489) días (d), en 40% ≤ de 3 años), 4% Tx y 21% F. M hasta adaptación 336.5, 189-562) d, 55% al año (a), 80% a los 2 y 90% a los 3 a.

Factor predictivo negativo de adaptación gastroquiasis (OR 0-44, 0.22-0.87) y positivos: A 10% con LIR <20 cm vs. 59% > 20cm OR 0.05 (0.02 – 0.12), 21% de los <10% vs. 79% >10% (OR 0.11, 0.05 – 0.24); con VIC (OR 9.5, 4.6-20.6) y CC (OR 7.3, 3.6-15.1), también en multivariado: LIR >20 cm (OR 25.5, 8.2-101.3), p < 0.001 y con VIC (OR 13.8, 5.2-43.9), p 0.001. Sobrevida 90% al año, 81% a los 3 y 5 a. Mortalidad disminuyó del 31% en P1 al 13.8% en P3, y se asoció con (p < 0.01). Causas de F: enfermedad hepática en 47%, falta accesos vasculares 16%, sepsis 16% y no relacionadas con NP 19%.

CONCLUSIÓN

Las principales causas de SIC fueron las atresias y gastroquiasis. La evolución (A y F) se relacionó con la anatomía remanente y la gastroquiasis negativamente con A. La sobrevida ha mejorado con el tiempo y es comparable con otros centros, a pesar de que la gravedad de los pacientes es mayor.

TROMBOSIS ASOCIADA A CATÉTERES EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA INTESTINAL CRÓNICA DERIVADOS A UN CENTRO ESPECIALIZADO.

PO
31

Martínez M.¹; Rumbo C.²; Antoni D.³; García Hervás D.⁴; Fernández A.⁵; Gondolesi G.⁶

UNIDAD DE REHABILITACIÓN INTESTINAL, SOPORTE NUTRICIONAL Y TRASPLANTE DE INTESTINO. FUNDACIÓN FAVALORO. BUENOS AIRES^{1,2,5,6}; DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA. CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA. FUNDACIÓN FAVALORO. BUENOS AIRES³; DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA. FUNDACIÓN FAVALORO. BUENOS AIRES.⁴
<mainmar67@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La trombosis venosa asociada a catéteres es una de las complicaciones más frecuentes y graves de la nutrición parenteral prolongada. Si es extensa constituye una de las principales indicaciones de trasplante de intestino.

OBJETIVO

Evaluar y caracterizar la trombosis de los accesos venosos convencionales (yugulares, subclavios y femorales), evaluados mediante ecografía doppler color y/o venografía en una población de pacientes con insuficiencia intestinal (II) crónica derivada a un centro de rehabilitación y trasplante de intestino.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio analítico descriptivo retrospectivo de corte transversal en el grupo de pacientes con IIC dependientes de nutrición parenteral, evaluados entre 2006 y 2016. Se registraron edad a la evaluación, tiempo de II previo, diagnóstico de base, resultados de estudios de imágenes realizados: ecografía doppler color (D) y venografía (V), y situación al corte según si habían sido trasplantados o no y si vivían o no.

RESULTADOS

Fueron estudiados 78 pacientes, edad media (X) 5.6 ±5.3 años, con IIC X 5.6 ± 4.6 años, Mediana (M) 4 En 75 (95%) se realizó D y en 39 (50%) V y en 35 ambos estudios. 67 pacientes tenían síndrome de intestino

corto, 7 pseudobstrucción crónica intestinal, 3 diarrea intratable y 1 tumor. Por D 25% no tenían signos de trombosis, 34% trombosis de < 2 accesos venosos (AV) y 41% de ≥ 3 AV. Por V 36% tenían trombosis de < 2 AV (edad X 3.3 ±2.2 años, M 3 años) y 64% de ≥ 3 AV (edad 3.17 ± 3.7, M 1.9 años). De los 25 pacientes con trombosis confirmada por V, en 21 se hizo D que fue coincidente en la trombosis de > 3 AV en 15 pacientes. En este grupo la D tuvo una sensibilidad de 0.71 y una especificidad de 0.6 en relación a la V. Al corte 28 pacientes habían recibido trasplante de intestino y habían fallecido 43%. De los 50 pacientes no trasplantados fallecieron 38%. La falta extrema de AV fue causa de contraindicación del Tx y/o fallecimiento en 5 pacientes. Localización de la trombosis vena yugular derecha en 25 pacientes, izquierda 16, subclavia derecha 24, izquierda 21, femoral derecha 17 e izquierda 14.

CONCLUSIONES

- 1) La trombosis vascular extensa fue frecuente en los pacientes que fueron derivados, aun a edades tempranas.
- 2) La ecografía doppler fue una técnica con sensibilidad y especificidad moderadas para diagnóstico de trombosis de AV extensa en esta población de pacientes, comparada con la venografía.

EFFECTOS DEL USO DE LA DIETA CETOGÉNICA PROLONGADA EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES CON EPILEPSIA REFRACTARIA

RPD
32

Alberti M.¹; Viollaz R.²; Fernandez A.³

HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARIA LUDOVICA^{1,2,3}
<mjalberti@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La dieta cetogénica es rica en grasas, adecuada en proteínas y baja en carbohidratos, que genera cetosis y constituye el tratamiento no farmacológico de eficacia probada más utilizado en la última década para el manejo de la epilepsia refractaria en pediatría. Por tratarse de una dieta restrictiva, es fundamental la evaluación del crecimiento durante su implementación.

OBJETIVO

Describir la evolución nutricional en niños con epilepsia refractaria luego de 12 meses de tratamiento con dieta cetogénica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo en 20 pacientes entre 4 meses y 18 años, con epilepsia refractaria en tratamiento con dieta cetogénica por un período mayor de 12 meses, en el servicio de Nutrición del Hospital de Niños de La Plata entre 2009 y 2016. Se implementó la modalidad clásica en 16 pacientes y la dieta Atkins modificada en 4, con dieta oral en 13 y fórmula cetogénica comercial por sonda (5) o gastrostomía (2) en 7. Se calculó el aporte energético según FAO-OMS 2004 por edad ajustado a nivel de actividad. El aporte de proteínas se realizó según RDI, con una relación proteico/calórica mayor a 1,5 gr/100 kcal. Se incluyeron datos de peso, talla e IMC al inicio de la dieta, 6 meses y 12 meses. Se obtuvieron z-scores de P/E, T/E e índice de masa corporal según WHO Anthro plus.

RESULTADOS

La evaluación nutricional pre-dieta evidenció 1 paciente con obesidad, 1 con sobrepeso, 10 normonutridos y 7 desnutridos (3 agudos y 4 crónicos). Se evaluó la progresión de los z-scores mencionados entre el inicio y los 12 meses de dieta. La media del P/E demostró un incremento significativo de $z = -0,874$ a $z = -0,668$ a los 12 meses ($p = 0,00013$). La T/E descendió significativamente desde un valor medio de $z = -0,93$ al inicio hasta un valor de $z = -1,25$ a los 12 meses ($p = 0,00000006$). Sin embargo, no existió una variación significativa del índice de masa corporal, con valores medios de $z = -0,48$ al inicio y de $0,18$ a los 12 meses. Luego de 12 meses de tratamiento, 3 pacientes presentaban sobrepeso, 12 estaban normonutridos y 5 desnutridos crónicos.

En 8 pacientes no se pudo alcanzar el aporte calculado. Las dificultades identificadas fueron: ingesta reducida en 4 pacientes, vómitos en 2 y selectividad en 2.

CONCLUSIONES

La dieta cetogénica para epilepsia refractaria tiene un impacto significativo sobre los índices de crecimiento, con afectación del P/E y la T/E. La dificultad en alcanzar el aporte indicado podría constituirse en una de las razones subyacentes.

TERAPIAS NUTRICIONALES ASOCIADAS AL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA



Rodríguez García V.¹; Duca S.²; Suarez M.³; Horan L.⁴; Wallinger M.⁵
CESNI¹; UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES^{2,3,4,5}
<vanesarodriguezgarcia27@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El trastorno del espectro autista (TEA) es una patología de origen plurietiológico que afecta el comportamiento, la comunicación y las destrezas sociales de los niños. En nuestro país existe escasa información sobre el tipo de terapias nutricionales implementadas en los niños con TEA y la efectividad de las mismas en su conducta. Actualmente se postulan hipótesis acerca de intervenciones nutricionales específicas que podrían generar mejoras en el comportamiento habitual del niño.

OBJETIVO

Describir las prácticas dietoterápicas implementadas en esta población por sus padres y/o recomendadas por los profesionales, así como la percepción de los efectos de las mismas sobre su patología de base.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, transversal. La información se obtuvo de un muestreo por bola de nieve a través de encuestas autoadministradas. Se analizaron dos poblaciones, profesionales de la salud que trabajan con niños con TEA (n=28) y padres de los mismos (n=23) en CABA y GBA entre los meses de julio a septiembre de 2016.

RESULTADOS

El 71% de los profesionales no hace recomendaciones nutricionales, mientras que el 81% de los padres no realiza dietas específicas para los niños. La terapéutica nutricional más empleada es la dieta libre de gluten y/o libre de caseína (el 42,9%), reflejado por los profesionales y padres. Para el 86% de los profesionales las dietas específicas mejoran la calidad nutricional mientras que para el 100% de los padres mejoran las características del TEA.

CONCLUSIÓN

Existe desconocimiento de la efectividad de las terapéuticas nutricionales como parte del tratamiento del TEA, por lo tanto, la mayoría de los profesionales no las recomiendan en igual medida que los padres no las implementan. Actualmente no hay guías o consensos que describan recomendaciones nutricionales para ser implementadas aunque la dieta libre de gluten y/o libre de caseína es la más difundida. Las dietas específicas mejoran la calidad nutricional para los profesionales, mientras que para los padres mejoran los signos y síntomas del TEA.

CONSUMO DE EDULCORANTES NO NUTRITIVOS Y ESTADO ANTROPOMÉTRICO ¿QUÉ SUCEDE EN LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES?



Rodríguez García V.¹; Garavaglia M.²; Zapata M.³; Roviroso A.⁴; Carmuega E.⁵; Flax Marcó F.⁶; Gonzales V.⁷
CESNI^{1,2,3,4,5}; DIRECCIÓN DE DESARROLLO SALUDABLE. GGBA^{6,7}
<vanesarodriguezgarcia27@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La disponibilidad de alimentos y bebidas con edulcorantes no nutritivos (ENN) aumentó en los últimos años. En Argentina existe escasa información sobre la ingesta de ENN en la población infanto juvenil y no hay datos que relacionen consumo con su estado antropométrico.

OBJETIVOS

Estimar el consumo de ENN en niños y adolescentes de 2 a 18 años según el estado antropométrico e identificar los alimentos fuente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Investigación descriptiva transversal de una muestra probabilística por conglomerados de 2664 niños y adolescentes de 2 a 18 años evaluados por la Primera Encuesta Alimentaria Nutricional de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El consumo de ENN se estimó por recordatorio de 24h. Se evaluó antropométricamente a los niños y adolescentes, se midió el peso y talla, y se calculó el puntaje Z de Índice de Masa Corporal (IMC) para la edad y se categorizó en peso normal (<+1DS) y exceso de peso (>+1DS). Las diferencias se evaluaron mediante el test de Chi-cuadrado.

RESULTADOS

Las bebidas fueron la principal fuente de ENN aportando entre 67% y 96% según el tipo de ENN, mientras que los edulcorantes de mesa contribuyeron con una tercera parte. El 44% de los preescolares, 53% de los escolares y 51% de los adolescentes consumió alimentos o bebidas con ENN. No se observaron diferencias en la proporción de niños de 2 a 4 años que consumió alimentos o bebidas con ENN según estado antropométrico (sin exceso de peso 43% vs exceso de peso 46%, p=0,18), mientras que los escolares y los adolescentes sin exceso de peso consumieron ENN en menor proporción que los con exceso de peso (50% vs 57% (p<0,05) en los escolares y 48% vs 58% (p<0,001) en los adolescentes).

CONCLUSIONES

Si bien el consumo de alimentos o bebidas con ENN fue mayor en el grupo con exceso de peso, cerca de la mitad de los niños y adolescentes con normopeso también los consume, y la principal fuente son las bebidas no dietéticas.

COMPLICACIONES DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL EN PACIENTES EN NUTRICIÓN PARENTERAL DOMICILIARIA. ANÁLISIS DE LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS.

RPD
35

Martínez M.¹; Fabeiro M.²; Dalieri M.³; Alberti M.⁴; Fernández A.⁵

SERVICIO NUTRICIÓN. HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARÍA LUDOVICA. LA PLATA^{1 2 3 4 5}

<mainmar67@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Las complicaciones asociadas al catéter en pacientes (pac.) en nutrición parenteral domiciliaria (NPD) pueden llevar al fallo nutricional. En los últimos años se han implementado terapéuticas preventivas efectivas para reducir su ocurrencia. La tasa de complicaciones es un indicador de calidad de cuidados que debe monitorearse. La literatura reporta tasas infecciones de 1 a 4 cada 1000 días/catéter.

OBJETIVOS

Describir las complicaciones asociadas al catéter (mecánicas e infecciosas) en un grupo de pac. en NPD, y comparar las complicaciones infecciosas con datos históricos del mismo centro.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo sobre datos de la historia clínica de los pac. en seguimiento en la Unidad de atención domiciliaria entre 1-1-15 y 15-11-16. Se registraron diagnósticos, edad, sexo, complicaciones infecciosas según criterios de CDC: infección relacionada a catéter (IRC), tunelitis (T), infección de la entrada (IE); y complicaciones mecánicas: rotura (R), salida/malposición (S/M) y obstrucción (O) expresadas como episodios cada 1000 días catéter (*); n° de recambios de catéteres y internaciones asociadas a complicaciones del catéter expresadas como eventos por pac. y por año (**). Las complicaciones infecciosas se compararon con datos históricos de la unidad registrados entre 1998 y 2007.

RESULTADOS

Se asistieron en 2015: 40 pac. 62% masculinos, con síndrome de intestino corto (SIC) 32, pseudobstrucción intestinal crónica (PSOIC) 8, diarrea grave prolongada 1. En 2016: 38 pac., 63% masculinos, SIC 29, PSOIC 9. Las complicaciones asociadas al catéter determinaron el 54 % de las internaciones en 2015 y el 50% en 2016.

Tabla 1. Complicaciones 2015-2016

| Año | Edad (años) | IRC/T/IE* | R/S-M/O* | Internaciones por complic.** | Recambio C** |
|------|-------------|----------------|----------------|------------------------------|--------------|
| 2015 | X 4.18 ±4.2 | 1.72/0.65/0.48 | 0.98/0.81/0.32 | 1.55 | 0.85 |
| 2016 | X 5.81±4.39 | 1.66/0.36/0.83 | 1.01/0.45/0.09 | 1.49 | 0.72 |

* X media

Tabla 2 Comparación entre periodos

| Periodo | IRC* | T* | IE* | Cocos Gram + | Bacilos Gram - | Cándida | Mixtas/ otras |
|--------------|------------|------------|------------|--------------|----------------|---------|---------------|
| 1998-2007 | 2.26 ±1.24 | 0.41 ±0.28 | 0.16 ±0.22 | 53% | 34% | 3% | 10% |
| 2015-2016 | 1.69 ±0.04 | 0.5 ±0.20 | 0.42 ±0.33 | 45% | 38% | 16% | |
| p (prueba t) | 0.54 | 0.66 | 0.10 | | | | |

CONCLUSIONES

- Las tasas de complicaciones infecciosas durante el período 2015-2016 fue similar a la reportada en la literatura y en el caso de las IRC menores que en el período anterior.
- Las complicaciones asociadas al catéter determinaron la mitad de las internaciones en este grupo de pacientes.
- En el último período ha aumentado la prevalencia de infecciones por cándida.

PRACTICAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN NIÑOS DE 6 A 12 MESES DE LA CIUDAD DE CORRIENTES. AÑO 2016

RPD
36

Auchter M.¹; Velázquez A.²; Blanco V.³; Vila Pasetto A.⁴; Frette N.⁵; Servin R.⁶

FACULTAD DE MEDICINA. UNNE^{1 2 3 4 5}; HOSPITAL PEDIATRICO JUAN PABLO II.⁶

<monicaauchter@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El concepto de alimentación complementaria unida a la lactancia materna sin desplazarla, es relativamente reciente y surge de su revalorización como alimento óptimo para los primeros meses de vida y la necesidad de diseñar con bases científicas la alimentación para cubrir los requerimientos a partir del 6° mes. La actualidad revela incremento del amamantamiento en menores de 2 años, pero aún insuficiente para lograr las metas de lactancia exclusiva en los primeros 6 meses de vida y su continuación con alimentación complementaria y oportuna. Preocupa la situación nutricional infantil con alta prevalencia de baja talla y de obesidad, entre otros trastornos, a lo que se suma el alto consumo de alimentos falsamente saludables y de bebidas azucaradas.

OBJETIVOS

Analizar las prácticas alimentarias y la edad de introducción de alimentos complementarios en niños entre 6 y 12 meses.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo sobre prácticas de alimentación utilizadas por cuidadores de niños entre 6 y 12 meses. La recolección de datos fue mediante cuestionario aplicado en salas de espera previo consentimiento informado.

RESULTADOS

Se entrevistaron 70 cuidadores de niños mayores de 1 año. El 88% eran las madres, el 4% los padres, los restantes abuelos y tíos. La edad de los cuidadores oscilaba entre 17 y 45 años con una media de 26 años. En instrucción el 61% tenía primario o secundario incompleto, el 17% secundario completo, mientras que los restantes habían accedido al terciario. La lactancia materna exclusiva fue variable, 12% la había dejado antes del 4° mes y el

40% llegó al 6° mes; el 33% seguía con pecho más allá de los 12 meses. Al incorporar leche de vaca el 35% recurrió a fórmulas infantiles y 65% a leche entera; 65% de los niños usaba biberón. El 2% incorporó alimentos complementarios a los 3 meses, el 10% a los 4 meses, el 18% al 5° mes, el 58% a los 6 meses y el 12% recién a los 7 u 8 meses. En grupos de alimentos 42% empezó a ofrecer cereales al 6° mes, sin embargo 22% lo hizo recién a los 7 meses o más. En frutas y verduras el 56% las incorporó a los 6 meses y 32% comenzó con carnes a la misma edad. Respecto a jugos exprimidos el 32% no se los ofrecía al niño; la oferta de agua en el 34% fue al 6° mes y en el 24% a los 5 meses. En legumbres el 30% que nunca las incorporó y el 28% recién a los 12 meses. El huevo fue aportado a los 9 meses por el 8%. El 49% incorporó gaseosas y jugos artificiales a la alimentación del niño y el 20% infusiones luego de los 12 meses. En 80% el momento de alimentar al niño era tarea materna, en los restantes el padre, hermanos, tíos o abuelos. Al año de vida el 36% comía solo supervisado por un adulto. El 81% los niños comían junto con los adultos, los restantes lo hacían antes. Al correlacionar instrucción de cuidadores e inicio de alimentación complementaria se observó que 69% de los que tenían mejor instrucción incorporaron alimentos complementarios con calidad y oportunidad, dato estadísticamente significativo.

CONCLUSIÓN

Se observa que más de la mitad de los niños inician alimentación complementaria en edad recomendada con adecuados grupos de alimentos. No obstante hay numerosos niños con serias deficiencias y con cuidadores que les suministran productos no recomendados e infusiones que pueden generar problemas de salud.

PREVALENCIA DE ALTO PESO EN LA POBLACIÓN ESCOLAR DE LA LOCALIDAD DE BIGAND, PROVINCIA DE SANTA FE.



Dahuc M.¹; Vallini A.²; Verzeñassi D.³; Palacios G.⁴; Failo M.⁵; Céspedes A.⁶; Dip C.⁷; Zamorano A.⁸; Albea J.⁹

HOSPITAL CENTENARIO GUALEGUAYCHU¹; FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS UNR^{2,3,4,5,6,7,8,9}

<martindahuc@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

El sobrepeso y la obesidad infantil son patologías en cuya etiopatogenia están implicados múltiples factores. Además de ser de los determinantes más importantes en el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles, emergen como problemas de salud pública mundial, la FAO en el 2013 reportó una prevalencia del 27% de niños con sobrepeso en países desarrollados. Existen escasos reportes epidemiológicos de nuestro país acerca de la situación nutricional de los niños y niñas en etapa escolar: esto se presenta como un desafío para poder generar así políticas públicas para modificar esta tendencia.

OBJETIVO

Determinar la prevalencia de alto peso para la edad de la población escolar de la localidad de Bigand, provincia de Santa Fe.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal, descriptivo, sin inferencia de causalidad. Desde 11 al 15 de marzo de 2013, durante el Campamento Sanitario de la Práctica Final de la Carrera de Medicina de la FCM-UNR, se evaluó antropométricamente a los niños en los Jardines, Escuelas Primarias y Especial de la localidad de Bigand, Santa Fe, con autorización de sus padres. Las mediciones antropométricas fueron analizadas en tablas de Score Z del IMC para niños y niñas de 1 a 5 años y de 5 a 19 años (OMS, 2006). Los datos se analizaron según los puntos de cortes de IMC para el diagnóstico de sobrepeso y obesidad, incluidos en el consenso "Obesidad: guías para su abordaje clínico" (SAP 2015).

RESULTADOS

Se trabajó con el 71,6% (454 niños) del padrón de los establecimientos educativos de Bigand, de los cuales 217 fueron mujeres y 237 varones, todos entre 3 y 13 años al momento del estudio. Se observó una prevalencia de alto peso (Score Z de IMC para la edad >+1) del 43%, siendo 37,3% para mujeres y 47,7% para varones. Sobrepeso: 19%, Score Z de IMC para la edad entre +1 y +2, siendo de 18,4% para mujeres y 20,3% para varones. Obesidad: de 23,3% de Score Z de IMC para la edad mayor a +2, siendo de 18,9% para las mujeres y 27,4% para los varones.

CONCLUSIONES

Los resultados muestran una alta prevalencia de niños con sobrepeso y obesidad en la población estudiada, lo que pone en evidencia la necesidad de iniciar fuertes políticas públicas que nucleen a diferentes instituciones y actores sociales. Contar con registros estadísticos es una herramienta fundamental para realizar un diagnóstico de situación inicial y objetivar el grado de avances en el logro de los objetivos, destacándose el rol de la Facultad Pública en esa tarea.

RELACIÓN ENTRE EL DÉFICIT DE VITAMINA D Y LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN NIÑOS



Hernandez J.¹; Garrido V.²; Sbarbati G.³; Othar A.⁴; Marianelli A.⁵; Barcellandi P.⁶; Fernandez A.⁷

HOSPITAL DE NIÑOS LA PLATA^{1,2,3,4,5,6,7}

<julietaher77@hotmail.com>

OBJETIVO

Relacionar niveles de vitamina D sérica [25(OH) D3] con hipertensión arterial infantojuvenil. Introducción: Existe evidencia, a partir de varios modelos animales, que la vitamina D es importante en el control de la presión sanguínea y la hipertensión arterial (2). Existen estudios poblacionales que concluyen que hay una relación inversa entre el tiempo de exposición a la radiación ultravioleta y los valores de la presión arterial. El nexo entre los valores de presión arterial y vitamina D parece estar vinculado al efecto que tiene esta última sobre la producción de renina. (1). Se define como deficiente severo al nivel de 25 (OH) D3 de menor de 10ng/ml, deficiente menor a 20ng/ml y óptimo mayor a 30ng/ml.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo de pacientes ingresados en el Consultorio de Nutrición del Hospital de Niños Sor María Ludovica de La Plata, con diagnóstico de obesidad (z IMC>2 según tablas OMS). Las variables analizadas fueron nivel de ([25(OH) D3, mes de extracción, ZIMC, percentilos de tensión arterial sistólica y diastólica. La 25(OH) D3 se determinó mediante quimioluminiscencia equipo ACCESS.

RESULTADOS

En el periodo enero 2015 a junio 2016, ingresaron 274 pacientes con obesidad al Servicio de Nutrición de los cuales 89 (32,4%) pacientes obtuvieron el dosaje de vitamina D. El 51,6% era de sexo masculino. X Edad 10,22 años (r1, 4-15,9). El 72% tienen antecedentes familiares de primer grado de obesidad. La X de z IMC 3,14 (r2, 0 -7,5). El 63% presento hipertensión arterial. Horas de pantalla x 3.94 (r1-8). El 74.2% no realiza

actividad física programada. La 25(OH) D3 media fue 24 ng/ml (r10.4a 43.3). El 18.6% tenía 25(OH)D3 ≥ 30 ng/ml, el 53.4% entre 20-20,9 ng/ml y el 27.9% < 20 ng/ml. El 52,3% de los hipertensos presentaron deficiencia de vitamina D, y el OR fue de 1,8.

CONCLUSIONES

Más del 60% de los pacientes obesos presentan hipertensión arterial. El 80% a los que se le dosó vitamina D tuvieron valores < a 30ng/ml. Estos tienen un 80% más de probabilidad de tener HTA. (1) "Hypovitaminosis D: afectaciones no clásicas". Costanzo, Pablo; Salerni, Helena. Revista Argentina de Endocrinología y Metabolismo. 2009 (2) "Deficiencia de vitamina D: ¿Factor de riesgo de síndrome metabólico?" M. I Querales, M. E Cruces, S. Rojas, L. Sanchez. Rev Med Chile 2010.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y SÍNDROME DE REALIMENTACIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO DE MUY DIFÍCIL MANEJO



Goldberg C.¹; Aybar Lobo P.²; Arguello P.³; Castillo A.⁴; Muñoz I.⁵; Bail N.⁶; Forman P.⁷; Freire N.⁸; Pesoa G.⁹; Pla F.¹⁰; Gamaldí R.¹¹; Hengen S.¹²; Kugler V.¹³; De Sousa Serro R.¹⁴

ARGERICH^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14}
<carolinagoldberg@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

Los TCA constituyen una alteración severa en la ingesta de los alimentos. Se clasifican como anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastornos de la conducta alimentaria no especificados. Presentamos el caso de una paciente con diagnóstico de Anorexia nerviosa y síndrome de realimentación.

CASO CLÍNICO

Paciente de 16 años con pérdida de peso de 9 meses de evolución y desnutrición severa. RNT/PAEG, Serologías-, Vacunas completas, Menarca 12 años, FUM 1 año previo a su ingreso. Fallecimiento del abuelo, prima y el desempleo paterno. Ingresada adelgazada, Fc 64/min, FR 12/min. Disminución de Tejido Celular Subcutáneo, Atrofia muscular generalizada, bello fino en cuerpo, letargia, bradipsiquia, abdomen escavado, apariencia cadavérica. Piel reseca y agrietada, con escoriaciones, petequias por rascado y por frotarse con esponja al bañarse con ímpetu. Peso 24,500 (Pc < 3), Z score -4.6, P/T 47.3%, TALLA: 1,56 (25-50), IMC: 10 (Pc > 10) Lab: HMG normal, Glucemia 67, urea 62, creatinina 0.78, ac urico 4, Col T 341, TG 71, HDL 89, LDL 238, BT 0.54, BD 0.17, GOT 36, GPT 37, FAI 75, Prot T 7.3, Globulinas totales 2.8, amilasa 113, CA+ 9,23, P+3.5, Mg 2,6, LDH 615, PCR 0.4, VSG 13. Proteinograma Sp. PH 7.36, Pco2 47,5, HCO3 26,4, EB 0,4 Na 140, K 3,6, CL 99,6, OC Sp, TSH 2.56 T4 0.81, Ac transglutaminasa -, HVB-, HVC-, HIV-, VDRL-, PPD-. Rx TX Sp, TAC Cerebro: ensanchamiento de las cisternas axiales de la base, RMN Cerebral Sp, TAC abdominal Sp. TTO: SNG para alimentación enteral Lk 1000 18% 1000 ml/día (aumento progresivo de volumen cada 48 hs), metronidazol, Zinc,

Cobre, hierro, ac fólico, vit ACD, Ca. IC Endocrinología sp. IC Psicopatología, indica paroxetina. Evolución: Al 3er DDI: P+ 2.1 mg/dl. Se suplementa con fosfato mono dipotásico. Al 17 DDI: edema bípalmal, en miembros inferiores y aumento de peso de 1 kg en 24 hs. GB 2200 (65/24/8) hb 9.1, hto 26 plaquetas 293000 Ca 8.3 mg/dl, P+1.9 mg/dl, Mg 1.9 mg/dl, se realizan varias correcciones ev, hasta obtener P+ > 4,5. Restricción hídrica y diuréticos. Se agrega Tiamina, vit B12 y C. Estreñimiento. Se rota alimentación a Nutrison. Diagnóstico: Sme de Realimentación.

CONCLUSIÓN

El Sme de Realimentación ocurre durante la recuperación nutricional. Se produce hipofosfatemia severa que se acompaña de anomalías en el balance de fluidos. Alteraciones en el metabolismo de HC, Déficit vitamínicos, Hipopotasemia e hipomagnesemia, Lipólisis con aumento de Ac grasos, cetoacidosis; cambios hormonales con disminución del metabolismo basal, descenso de insulina, IGF-1, T3, LEPTINA, aumento de cortisol, glucagón, GH. Depleción de electrolitos P, Mg, K, etc. Nuestra paciente llegó con una desnutrición extrema, al día 17, a pesar de realimentar en forma muy lenta presentó el síndrome. El abordaje es multidisciplinario, con nutricionistas, psicóloga, psiquiatra y psicólogo de familia, acompañante terapéutico. Este grupo familiar es complejo con padres poco continentales. Nuestra paciente lleva 180 días de internación. Lograr que la paciente se alimente v.o. llevó 90 días. Hoy pesa 44 kg, se encuentra con salidas permitidas, la paciente no quiere regresar a su casa, por lo que el tratamiento con el equipo continúa.

PREVALENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO EN ADOLESCENTES QUE CONCURREN AL CONSULTORIO DE NUTRICIÓN EN UNA INSTITUCIÓN PEDIÁTRICA DE LA PROVINCIA DE NEUQUÉN.



Grabois F.¹; Devia D.²; Scarpello M.³

CLINICA SAN LUCAS^{1 2 3}
<florgrabois@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

El Síndrome metabólico es una constelación de factores de riesgo cardiovascular que predice enfermedad cardiovascular aterosclerótica y diabetes tipo 2. Representa un conjunto constituido por hipertrigliceridemia, hiperglucemia, hipertensión arterial, bajos niveles de lipoproteínas de alta densidad y obesidad. Dichas alteraciones metabólicas tienen un componente central que es la insulinoresistencia. La prevalencia global es del 4,2% en Adolescentes entre 12 y 19 años.

OBJETIVOS

Primario: Conocer la prevalencia de Síndrome metabólico en la población de adolescentes que concurren al consultorio de nutrición de una Clínica Pediátrica. Secundario: Identificar cuáles fueron los componentes de síndrome metabólico más frecuentes y las complicaciones asociadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo prospectivo. Criterios de inclusión: Pacientes entre 12 y 19 años que asistieron al consultorio de Nutrición derivados por su pediatra, con diagnóstico de obesidad. Criterios de exclusión: pacientes con obesidad secundaria.

Se tomó el criterio de ATP III adaptado por Cook para definir síndrome metabólico. Variables: Anamnesis: Historia familiar y personal, padres con síndrome metabólico, enfermedad cardiovascular hipertensión arterial, diabetes 2, dislipemia, Pequeño/grande para la edad gestacional, cre-

cimiento acelerado temprano, adrencia precoz. Examen físico: Antropometría (peso, talla, IMC), circunferencia de la cintura en borde superior de la cresta iliaca. Acantosis nigricans, hirsutismo. Hipertensión arterial. Laboratorio: Glucemia con ayuno de 8 hs. Perfil de lípidos colesterol total, HDL, Triglicéridos. Ácido Úrico. Hepatograma.

RESULTADOS

Participaron 138 pacientes con obesidad de los cuales 119 realizaron los estudios de laboratorio (72 varones y 47 mujeres). De estos 29 pacientes presentaron criterios para definir síndrome metabólico lo cual corresponde al 24 % de la población. Las variables mayormente observadas fueron Circunferencia de la Cintura mayor al percentil 90, Hipertrigliceridemia y HDL bajo.

DISCUSIÓN Y/O CONCLUSIÓN

Se observó una alta prevalencia en población estudiada. Se destaca en el análisis de la población que el criterio más frecuente es el aumento de la circunferencia de la cintura lo cual indica mayor riesgo de alteraciones metabólicas asociadas.

DIABETES MELLITUS Y DÉFICIT DE HORMONA DE CRECIMIENTO (GH) EN PEDIATRÍA. ASOCIACIÓN O CASUALIDAD?

RPD
47

Palacios Porta L.¹; Sosa P.²; Alonso G.³; Morise S.⁴

HOSPITAL ITALIANO-HOSPITAL NACIONAL A. POSADAS¹; HOSPITAL NACIONAL A. POSADAS^{2,4}; HOSPITAL ITALIANO³

<palaciosporta@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

En el seguimiento de los niños con diabetes, el control de la velocidad de crecimiento (VC) es una herramienta sumamente útil que refleja la respuesta al control metabólico. Sin embargo, es una responsabilidad del especialista estar atento a otras condiciones que puedan modificarla para detectar su alteración precozmente, ya que la talla tiene periodos críticos de recuperación en la edad pediátrica.

Paciente de sexo masculino de 8a5 m. RNTBPEG, cesárea por RCIU con oligoamnios severo, hipotonía, hiperlaxitud y trastornos de la deglución desde el nacimiento. Déficit de carnitina que recibió tratamiento. Sin antecedentes familiares de importancia. Cariotipo normal. Presentó debut diabético a los 2 años, descartándose diabetes mitocondrial. Anticuerpos GADA 65K, ICA, IAA negativos. HLA DRB1 0402, DRB1 0405, DQB1 0302, DQB1 0302 de susceptibilidad para diabetes. Función tiroidea normal y Anticuerpos para Enfermedad celiaca negativos. A los 2a8m por presentar labilidad metabólica, hipoglucemias severas con episodio de convulsión, VC en pc 10, Hb A1c 9,3 %, inicia tratamiento con infusor continuo de insulina. 4 a 2 m la VC es menor a pc 3, Edad ósea de 2,66 a. Hb A1c 9.4 % A los 5a 2m presenta VC de talla debajo del pc 3, edad ósea de 3,1 a Talla 96,6cm z-score -3,16. 6 a 2 m Talla 106,5cm z-score -2.09, Peso 19,7 z-score -0,44, IMC 17,4 z-score 1,34. Se realiza curvas de GH bajo estimulación de Arginina y Clonidina, ambas patológicas. Diagnóstico: Déficit aislado de GH. RNM de cerebro normal. Comienza tratamiento con GH a los 6a6m

con excelente respuesta, mejorando el control metabólico con menor variabilidad metabólica. 8a5m mejoría del control metabólico con Hb A1c de 8.2 %, sin hipoglucemias, Talla: 124.6 z-score -0,84 Peso: 31.4kg zscore: 1,10 IMC: 20.2 z-score 2.08 con VC mayor a pc 97.

CONCLUSIÓN

Resaltar la importancia del control de la VC en pacientes con diabetes que permite reflejar un buen control metabólico y en el caso de presentar buen control con retardo del crecimiento, estudiar otras patologías menos frecuentes, como en este caso el déficit de GH, que no se asocian a la diabetes e iniciar el tratamiento oportuno.

INCIDENCIA DE ALERGIA A LA PROTEÍNA DE LA LECHE DE VACA EN PACIENTES MENORES DE 2 AÑOS QUE CONSULTAN A HOSPITAL INTERZONAL ESPECIALIZADO MATERNO INFANTIL, MAR DEL PLATA

RPD
50

Baillieu A.¹; Cabral A.²; Rossi M.³; Constantini M.⁴; Acha E.⁵; Rearte A.⁶; Uriarte I.⁷

HOSPITAL MATERNO INFANTIL MAR DEL PLATA^{1,2,3,4,5,6,7}

<fbailieu@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

Durante los primeros dos años de vida la alergia a las proteínas de leche de vaca (APLV) ocupa el primer lugar entre las alergias alimentarias. Su diagnóstico reviste gran importancia dado la variabilidad clínica, la repercusión multisistémica y el costo económico que presupone.

OBJETIVO

Determinar la incidencia de APLV en pacientes que consultaron a un hospital de 3º nivel, entre junio 2014-junio 2016, y describir características clínicas de los pacientes diagnosticados.

POBLACIÓN

niños menores de 24 meses con signos y síntomas de sensibilización a las proteínas de leche de vaca.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal prospectivo. Se excluyeron pacientes con otras patologías que justificaban los síntomas. Se registraron las siguientes variables: edad, sexo, forma de lactancia, tipo de parto, antecedentes familiares de alergia, manifestaciones clínicas y testificación cutánea. Se indicó dieta de exclusión de leche de vaca con fórmula de aminoácidos libres durante 4 semanas y posterior desafío abierto con leche entera sin lactosa. Se diagnosticó APLV ante la reaparición de la sintomatología inicial (acorde a normas DRACMA-OMS).

RESULTADOS

Sobre las 198530 consultas al HIEMI en el periodo estudiado, se incluyeron

115 pacientes. La incidencia de APLV confirmada con desafío fue de 2,065 cada 10000 pacientes. Sobre los 115, [media de edad 11,7 meses +/- 6,8 m DS. Sexo masculino n=71(61,7%)] se realizó diagnóstico positivo de APLV en 35,65% (n 41), No APLV en 36,5% (n 42) y el 27,8% (n 32) no completaron el estudio por no realizar desafío confirmatorio.

| Factores asociados | APLV | No APLV |
|-----------------------------------|------|---------|
| Lactancia materna exclusiva (LME) | n 19 | n 22 |
| Parto | n 24 | n 17 |
| Antecedentes familiares | n 24 | n 26 |
| <i>Manifestaciones clínicas:</i> | | |
| Digestivas | n 6 | n 11 |
| Extra digestivas | n 10 | n 11 |
| combinadas | n 25 | n 20 |
| Testificación cutánea positiva | n 11 | n 11 |

CONCLUSIÓN

Se observa baja incidencia de APLV comparada con otras publicaciones, siendo notable la dificultad en instrumentar el desafío, en un gran porcentaje de pacientes, situación que representa una de las debilidades del estudio. El factor que se considera protector para patología alérgica, como la LME, resultó escasamente significativo y el parto mostró correlación inversa con su reputación protectora. Las manifestaciones clínicas, los antecedentes familiares y las testificaciones cutáneas aportaron muy poco al diagnóstico, lo que refleja lo difícil de caracterizar a esta población alérgica.

VALORACIÓN NUTRICIONAL PREQUIRÚRGICA EN NIÑOS CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA. HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD. CÓRDOBA.

RPD
51

Degrandis E.¹; Tatay D.²; Collard Borsotti M.³
HOSPITAL DE NIÑOS SANTÍSIMA TRINIDAD^{1,2,3}
<esdegrandis@msn.com>

INTRODUCCIÓN

Los niños con cardiopatías congénitas presentan desnutrición relacionada con insuficiencia cardíaca, disfunción oral motriz, alteraciones fisiopatológicas derivadas de la cardiopatía o anomalías genéticas asociadas. En los países subdesarrollados pueden sumarse retraso en la oportunidad quirúrgica y situación socioeconómica desfavorable. No hay disponible en nuestro hospital estudios de valoración nutricional para este grupo de pacientes.

OBJETIVO

Investigar estado nutricional en niños con cardiopatías congénitas que ingresaron para cirugía cardiovascular.

MATERIAL Y MÉTODOS

En un estudio retrospectivo se incluyeron los niños de 0 a 60 meses de edad, internados para cirugía cardiovascular, desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2016, se excluyeron aquellos con enfermedad asociada. Evaluamos estado nutricional a través de antropometría, Peso y Talla con técnicas descriptas en la Guía para la Evaluación de Crecimiento Físico (SAP 2013). Se usaron como referencia tablas de OMS (WHO Child Growth Standards, 2006) Los datos se analizaron para medidas de dispersión en el módulo Nutritional Survey de WHO Anthro Software.

RESULTADOS

Ingresaron para cirugía cardiovascular 23 niños, se excluyeron dos pacientes por síndromes genéticos, uno por malformación digestiva asociados, uno por falta de historia clínica. Se estudiaron 19 niños (11 varones). La edad fue 23,28 meses (1,31-58,41), con diagnósticos preoperatorios: Comunicación Interauricular n=5, Ductus Arterioso Persistente n=5, Comunicación interventricular n=2, Tetralogía de Fallot n=2, otros n=5. El análisis de las medidas antropométricas obtenidas mostró los siguientes resultados (medias y DE): Peso/Edad: $-1,5 \pm 1,73$, Talla, estatura/Edad: $-0,66 \pm 2,07$, Peso/Talla: $-1,8 \pm 1,42$, IMC/Edad: $-2,7 \pm 1,55$. Para las relaciones Peso/Talla e IMC/Edad, 54,5 % y 58,3 % de niños respectivamente, mostraron valores < -2 DE.

CONCLUSIONES

Los pacientes con cardiopatía congénita internados en etapa prequirúrgica presentaron desnutrición con afectación de Peso/Talla e IMC/Edad, los cuales aumentan el riesgo de morbimortalidad. Se evidencia la necesidad de analizar los factores contribuyentes a desnutrición en este grupo de pacientes y ajustar el tratamiento nutricional antes de la intervención quirúrgica.

PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN HOSPITALARIA EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA

RPD
52

Peralta Miranda L.¹; Sanabria M.²
UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCION^{1,2}
<lujiperalta@gmail.com>

INTRODUCCIÓN

La desnutrición hospitalaria se asocia con un incremento sustancial de complicaciones, peor calidad de vida e incremento de la estancia hospitalaria.

OBJETIVO

Determinar la prevalencia de la desnutrición hospitalaria en niños menores de cinco años internados en un hospital de referencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño observacional, de corte trasverso. Variables: edad, sexo, procedencia, peso al nacer, edad gestacional, peso al ingreso y al alta, talla, lactancia materna, lactancia materna exclusiva, inicio de alimentación complementaria, escolaridad materna, ocupación materna, patología de base, diagnóstico de ingreso, complicaciones, días de internación, alimentación enteral, alimentación parenteral, días de ayuno, evolución. Tamaño muestral: 361 pacientes menores de cinco años de edad. Se evaluó el estado nutricional por zPeso/Edad, zPeso/Talla, zTalla/Edad (OMS 2006, ANTHRO). Estadística: medidas paramétricas y no paramétricas. T Student. Significancia: $p < 0,05$.

RESULTADOS

Ingresaron 361 niños, 51,5% Masculino, Edad media: 15 meses (1-59m) Grupos: 56 % lactantes menores, 21% lactantes mayores y 23% preescolares, 87% de procedencia urbana. La prevalencia de desnutrición al ingreso fue de 25,8%, desnutrición crónica: 28,8%; desnutrición al alta: 31,2%. Desnutrición hospitalaria: 8,2%. Los niños con desnutrición se caracterizaron por los antecedentes de: bajo peso al nacer, lactancia materna menor a 5 meses, padres con ingreso mensual promedio familiar de un salario mínimo, que consultaron por una patología de base (Ej: cardiopatía, infecciosa). La asociación de uso de enteral y ganancia de peso fue significativa ($p=0,02$). Ningún niño presentó kwashiorkor.

CONCLUSIÓN

La prevalencia de desnutrición hospitalaria en niños menores de cinco años de edad es del 8,2 % en un hospital de referencia. Es mayor en el grupo de lactantes con patologías de base.

EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL Y COMPORTAMIENTOS DE SALUD EN ESCOLARES DE SAN MIGUEL DE TUCUMÁN

RPD
53

Bossi L.¹; Vince A.²; Barrionuevo E.³; Rodríguez E.⁴; Fracchia L.⁵
MINISTERIO SALUD NACION¹; DELEGACION SANITARIA TUCUMAN^{2,3}
<drbossi@hotmail.com.ar>

INTRODUCCIÓN

La infancia y adolescencia son etapas cruciales de la vida en las cuales comienzan a formarse y adquirirse los hábitos que se van a sostener en el desarrollo hacia la adultez.

OBJETIVOS

Determinar el estado nutricional y comportamientos de salud de los alumnos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Con un estudio descriptivo, de corte transversal durante septiembre y octubre de 2016, se incluyó como muestra a 1239 escolares de 3 a 18 años de escuelas y jardines municipales de San Miguel de Tucumán. Se incluyeron a todos los alumnos que aceptaron participar en el estudio y que contaron con la autorización de los padres o tutores. Las variables estudiadas fueron edad, sexo, y nivel educativo de los alumnos. Para la evaluación del estado nutricional se utilizaron indicadores antropométricos como peso, talla, circunferencia de cintura y presión arterial. Se realizó una encuesta estructurada tomando como base la Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE) y los mensajes de las Guías Alimentarias para la población Argentina (GAPA). En el nivel inicial y primario se realizó una entrevista personal, con la inclusión de los padres o cuidadores en el caso de los niños menores de 6 años. En el nivel secundario el cuestionario fue autoadministrado.

RESULTADOS

La prevalencia de sobrepeso y obesidad fue del 25,6% y el 22,2% respectivamente. Durante el último mes el 85,6% de los estudiantes consumió 1 o más veces al día bebidas azucaradas, solo el 19,8% consumió verduras en almuerzo y cena, el 57,9% incluyó menos de dos frutas al día. El 73% de la población consumió menos de 3 porciones al día de leche, yogur o queso y solo el 14% incluyó 8 vasos diarios de agua. El 45,7% de los estudiantes refirió permanecer más de 3 horas sentado fuera del horario escolar. Se observó que el 58,8 % de los jóvenes de nivel secundario consumió alcohol y el 16,9% fumó cigarrillos durante el último mes.

CONCLUSIÓN Y/O DISCUSIÓN

Se observó sedentarismo, exceso de peso y hábitos alimentarios inadecuados en relación a las recomendaciones de las nuevas "Guías Alimentarias para la población Argentina", lo que lleva a la aparición de enfermedades Crónicas no Transmisibles de manera más acelerada. Esta investigación sigue siendo analizada para futuras presentaciones.

PREVALENCIA DE ASMA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON SOBREPESO U OBESIDAD Y ASOCIACIÓN CON CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

PO
54

Alvarado M.¹; Giudice L.²; Rosso V.³; Bande A.⁴; Figueroa Turienzo J.⁵; Balanzat A.⁶; Casavalle P.⁷
HOSPITAL DE CLINICAS^{1,3,4,5,6,7}; HOSPITAL ALEMÁN²
<milualvarado@outlook.com>

INTRODUCCIÓN

Numerosos estudios han demostrado una mayor prevalencia de asma en obesos. La obesidad puede afectar directamente el fenotipo del asma por efectos mecánicos, reflujo gastroesofágico y por hiperreactividad e inflamación de la vía aérea causada por la producción de citoquinas proinflamatorias en el tejido adiposo como la interleucina 6 (IL-6), el factor de necrosis tumoral alfa (TNF-alfa) y la leptina. Se ha descrito que los pacientes obesos presentan un aumento en la sintomatología diaria, con menor control de la misma y una inferior respuesta al tratamiento broncodilatador. Debido a lo anteriormente referido, es de importancia el tratamiento nutricional de los pacientes asmáticos con sobrepeso y obesidad.

OBJETIVO

Estimar en niños y adolescentes con sobrepeso y obesidad la prevalencia de Asma y su asociación con la edad, el sexo, el estado nutricional y la circunferencia de la cintura.

POBLACIÓN

Se evaluaron 117 pacientes, de ambos sexos, con Sobrepeso (n: 21) y Obesidad (n: 96), de 3 a 14 años, que concurrieron a la Sección de Nutrición Pediátrica, desde el 01/05/2013 al 30/04/2014. Se excluyeron los pacientes con enfermedad renal, neurológica o con obesidad de etiopatogenia endocrinológica, hipotalámica, farmacológica o secundaria a síndromes genéticos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño descriptivo, observacional, retrospectivo, transversal y de comparación a muestras independientes. Se evaluó la edad, el sexo, el peso, la talla, el índice de masa corporal (IMC) y la circunferencia de cintura (CC), la cual estaba aumentada si era \geq al Percentilo 90 según tabla de Fernández et al. El Sobrepeso o la Obesidad se determinó según Z score de IMC (OMS), considerándose Sobrepeso entre >1 y ≤ 2 DS y Obesidad cuando era > 2 DS. El Asma se diagnosticó en niños $<$ de 6 años con criterios clínicos y entre los 6 y 14 años con criterios clínicos y espirometría.

RESULTADOS

Tabla 1: Características de la muestra según sexo

| Sexo | Mujeres (n:59) | Varones (n:58) | P |
|-------|-------------------|-------------------|---------|
| | Media \pm DS | Media \pm DS | |
| Edad | 8,18 \pm 2,57 | 8,46 \pm 2,81 | 0,5766 |
| Peso | 43,10 \pm 13,33 | 48,84 \pm 18,16 | 0,0546 |
| Talla | 1,33 \pm 0,15 | 1,36 \pm 0,17 | 0,2743 |
| IMC | 23,59 \pm 2,92 | 25,24 \pm 4,04 | 0,0133* |
| CC | 76,70 \pm 10,10 | 81,23 \pm 12,61 | 0,0344* |

Fuente: datos propios. Test de Student, se consideró significación con $p < 0,05$ *

Tabla 2: Prevalencia de Asma y su asociación con características clínicas

| Prevalencia de Asma | % | IC 95% | Grado de significación |
|---------------------------|--|------------------------|------------------------|
| Total | 24,8 | 17,5-33,8 | ----- |
| Sexo | Mujeres: 23,7 Varones: 25,9 | 14,3-36,9 15,6-39,3 | p=0,47 |
| Edad | 3-9 años: 18,6 10-14 años: 31 | 10,1-31,3 19,9-44,7 | p=0,09 |
| Estado nutricional | Sobrepeso: 28,6 Obesidad: 24 | 11,3-52,2 16,1-34 | p=0,42 |
| Circunferencia de cintura | $>$ Percentilo90: 24,2 $<$ percentilo90: strong="-----" $>$ 27,3<percentilo90: $<$ | 16,3-34,3 10,7-50,2 | p=0,48 |

Fuente: datos propios. Test de Fisher, se consideró significación con $p < 0,05$

CONCLUSIONES

El Asma estuvo presente en uno de cada cuatro pacientes con Sobrepeso u Obesidad y su prevalencia no se asoció significativamente con ninguna de las características clínicas evaluadas

CARACTERIZACIÓN GENERAL DE LACTARIOS DE HOSPITALES DE REFERENCIA DE ASUNCION Y CENTRAL

Sotomayor Giubi V.¹; Morel L.²; Sanabria M.³

HOSPITAL DE CLINICAS^{1 2 3}

<sotomayor.vivi@gmail.com>

RPD
56

INTRODUCCIÓN

Los lactarios iniciaron sus actividades en las diferentes unidades de los hospitales en nuestro medio, con el objetivo de contribuir a la mantención del estado nutricional y a la recuperación de la salud de los pacientes hospitalizados a través de una intervención nutricional de excelencia técnica. Existen escasas publicaciones sobre las características de los lactarios en Paraguay.

OBJETIVO

Caracterizar los Lactarios de Hospitales de Referencia en Asunción y Central Año 2014 para establecer un diagnóstico de la situación de adecuación de los mismos a las normas internacionales.

METODOLOGÍA

Diseño descriptivo, observacional. Se utilizó una encuesta a partir del documento "Orientaciones técnicas para Servicios dietéticos de leche (SEDILE) y central de fórmula enteral (CEFE). El estudio se hizo por observación directa de los lactarios y por una encuesta a los profesionales encargados. Estadística: A cada variable de las dimensiones evaluadas en el SEDILE se le asignó una puntuación de acuerdo a la presencia (1) o ausencia (0) de la característica estudiada y estos resultados se compararon al 100 % de los datos del instrumento de recolección. Las variables obtenidas fueron cualitativas, dicotómicas (presencia o ausencia) y para su descripción se utilizó la distribución de frecuencia en porcentajes. Para las variables cuantitativas se utilizaron las medidas de tendencia central y dispersión.

RESULTADOS

Ingresaron al estudio siete lactarios de hospitales públicos, dos de los cuales fueron para extracción de leche materna. En relación a la distribución de disponibilidad de 1) Recursos físicos: el porcentaje (%) global fue del 55 % (rango 38-80 %). 2) Equipamiento: el % global fue del 42 % (27-62). 3) Manual de funciones y organigrama: el % global fue del 55 % (25-75). 4) Normas y procedimientos: el % global fue del 59 % (27-80).

CONCLUSIONES

La dimensión más afectada en los lactarios evaluados fue el equipamiento, seguida de recursos físicos y disponibilidad de manual de funciones y organigrama.

RECOMENDACIONES

Se precisa de normas nacionales de los lactarios que permitan además del diagnóstico de situaciones, disponer de las medidas correctivas adecuadas.

Palabras claves: Lactario, Extracción de leche materna, central de enteral, servicio dietético de leche.

DIABETES RELACIONADA A LA FIBROSIS QUÍSTICA EN PEDIATRÍA

Araujo M.¹; Pacce M.²; Escalante A.³

H GARRAHAN^{1 2 3}

<maribearaujo@yahoo.com.ar>

RPD
57

La Fibrosis Quística(FQ) es una enfermedad multisistémica de origen genético por alteración del gen CFTR. Más del 90%de los pacientes(pac) presentan insuficiencia pancreática exócrina desde los primeros meses de vida y enfermedad pulmonar crónica. La diabetes relacionada a FQ(DRFQ) aparece más tardíamente y es distinta a otras diabetes pediátricas. Su diagnóstico y tratamiento tardío empeoran la evolución de la enfermedad.

OBJETIVO

Estudiar la prevalencia y evolución de la DRFQ en la población de pac pediátricos con fibrosis quística (FQ) atendidos en el Hospital xxx.

MATERIAL Y MÉTODOS

Período: dic'99-dic2014.Trabajo prospectivo, descriptivo y analítico. Se incluyeron todos los pac FQ de 10-20 años, y los <10 años con hiperglucemia aislada. Se les realizó Test de tolerancia oral a la glucosa (TTOG) anualmente. Se clasificaron los pac según ADA 2010, en diabéticos, intolerantes o normales. Aquellos con puntos intermedios del TTOG >200mg/dl se clasificaron como diabetes indeterminada(DI). Se calcularon los índices de sensibilidad y resistencia insulínica. Otras variables estudiadas: ZBMI, PR, ZTalla,VEF1, sexo, mutación genética.

RESULTADOS

Se realizaron 266 TTOG en 97 pac(tabla 1). Los 18 pac conDRFQ que usaron insulina >1mes tuvieron <VEF1 56.7 vs 72.9 P:0.006, <PR 92.8% vs 97.7% P:0.027, y >HbA1c 6.3% vs 5.7%P:0.004. Se analizaron los datos con Statistix 10.

| | < 10 años | 10-15 años | > 15 años |
|-----------------|-----------|------------|------------|
| TTOG(n)/Pac(n) | 39/24 | 161/53 | 66/37 |
| DRFQ | 1 (2,3%) | 19 (11,8%) | 13 (19,7%) |
| Intolerante | 6 (15.4%) | 43 (26.7%) | 30 (45.5%) |
| Indeterminada | 16 (41%) | 66 (41%) | 19 (28,8%) |
| HbA1C | 5.7% | 5.8% | 5.8% |
| Uso de insulina | 1 | 13 | 14 |
| HOMA | 1.03 | 1.8 | 1.74 |
| AUC Glucosa | 301.28 | 309.47 | 310.94 |
| AUC Insulina | 52.38 | 88.23 | 88.19 |

CONCLUSIONES

La elevada la prevalencia de Intolerancia a la glucosa y DRFQ se incrementó con la edad de los pac. Las primeras alteraciones de glucosa se encuentran en los tiempos intermedios del TTOG, siendo la glucemia en ayunas y la HbA1c poco sensibles para el diagnóstico de DRFQ en pediatría. Un gran número de pacientes tuvo requerimientos de insulina durante las intercurencias infecciosas o el uso de corticoides, pero el requerimiento de insulina prolongado, más de un mes, se asoció en forma estadísticamente significativa, con peor función pulmonar, peor estado nutricional y peor hb glicosilada.

SISTEMAS DE PERFILADO NUTRICIONAL PARA REGULAR PUBLICIDAD DE ALIMENTOS Y BEBIDAS DIRIGIDA A NIÑOS: DIFERENCIAS SEGÚN EL MÉTODO UTILIZADO

RPD
58

Hernández M.¹; Rovirosa A.²; Gomez P.³; Gotthelf S.⁴; Zapata M.⁵

CENTRO DE ESTUDIOS SOBRE NUTRICIÓN INFANTIL (CESNI)^{1,2,3,5}; CENTRO DE INVESTIGACIONES NUTRICIONALES⁴

<mhernandez@cesni.org.ar>

El marketing de alimentos y bebidas ha sido identificado como uno de los determinantes del consumo de alimentos y bebidas poco saludables en la población infantil. A nivel mundial existen distintos sistemas de perfilado nutricional (SPN) que pueden utilizarse para regular la publicidad orientada a niños.

OBJETIVO

Evaluar las diferencias y semejanzas en la clasificación de alimentos de acuerdo a 5 sistemas de perfilado nutricional que comparten como objetivo la regulación de la publicidad de alimentos y bebidas dirigida a niños.

MATERIALES Y MÉTODOS

Entre agosto de 2013 y abril de 2014 se monitorearon 402 hs de programación infantil en televisión de aire y cable. Los alimentos y bebidas publicitados se analizaron de acuerdo a 5 sistemas de perfilado nutricional (FSA, Sistema de perfil de nutrientes de OPS, OMS Europeo, ley chilena N° 20.606, y EU Pledge). Se calculó el % de alimentos y bebidas observados que no podría publicitarse según cada SPN.

RESULTADOS

Se identificaron 75 alimentos, de los cuales el 63% no cumple las condiciones para publicitarse a niños de acuerdo a FSA, 67% con EU Pledge, 79% con la ley chilena, 80% de acuerdo a OMS Europa y 87%

con el perfil de nutrientes de OPS. Los 5 SPN coincidieron en calificaron en forma desfavorable al 60 % de los alimentos.

Ninguna de las 12 bebidas publicitadas califica para su emisión en horario infantil según los perfiles de OMS Europa, EU Pledge y OPS, mientras que FSA y la ley chilena admitirían un 25% de las bebidas publicitadas.

CONCLUSIONES

Los distintos criterios nutricionales que utiliza cada SPN determinan diferencias en la proporción de alimentos que podrían publicitarse, pero por lo menos seis de cada diez alimentos y el 75% de las bebidas observados en TV no deberían publicitarse a la población infantil.

OBESIDAD EN AUMENTO ¿LOS TALLERES DIDÁCTICOS COMO HERRAMIENTA DE TRATAMIENTO?

RPD
59

Costantini M.¹; Rossi M.²; Cabral A.³; Pettigrosso S.⁴; Acha E.⁵; Foresi E.⁶

HOSPITAL MATERNO INFANTIL^{1,2,3,4,5,6}

<cruzcostan@hotmail.com>

INTRODUCCIÓN

La Obesidad Infantil es uno de los problemas de Salud Pública más graves del siglo XXI. La prevalencia ha aumentado a un ritmo alarmante. Los niños obesos y con sobrepeso tienden a seguir siendo obesos en la edad adulta y tienen más probabilidades de padecer a edad más tempranas enfermedades no transmisibles como la diabetes y enfermedades cardiovasculares. Creemos de vital importancia actuar sobre las familias en la Educación Alimentaria y hábitos saludables desde las primeras etapas de la vida.

OBJETIVOS

Evaluar el impacto de los talleres de educación alimentaria para el tratamiento de la obesidad infantil.

POBLACIÓN

Pacientes de 4 a 13 años con diagnóstico de sobrepeso u obesidad de origen exógena que concurren a los talleres del Servicio de Nutrición de Un Hospital Público de la Prov. de Buenos Aires durante un período de 6 meses.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, prospectivo, de intervención donde se evaluó el impacto de la implementación de un ciclo de talleres dentro de un programa de diagnóstico y tratamiento de la Obesidad Infantil. El mismo utiliza como herramienta un taller mensual por un período de seis meses, partiendo de técnicas didácticas priorizando la participación activa del paciente y su grupo familiar. Cada taller cuenta con una actividad de presentación, de desarrollo y cierre. Los temas abordados incluyen grupos de alimentos, la gráfica de alimentación saludable, importancia del desayuno, el consumo de frutas y verduras y manejo de porciones, rotulado nutricional,

hidratación y actividad física. El impacto de los talleres se evaluó a través de una frecuencia de consumo (evaluación de los cambios de hábitos alimentarios) y parámetros antropométricos al comenzar y finalizar el ciclo.

RESULTADOS

Ingresaron al programa 14 pacientes, 8 F (57%), edad promedio 8.3 años (r 4-13). Al iniciar n10 (71.5%) tenían diagnóstico de OG, n3 (21.5%) OB y n1 (7%) SO. El 57% de las madres presenta sobrepeso u obesidad. El 43% realizaba las 4 comidas, 93% picoteo y el 100% repetía el plato. El 78% consumía lácteos enteros, 86% dulces y azúcar, 64% jugos y gaseosas y 21,5% utilizaba frituras como medio de cocción. El 7% consumía verduras y tomaba agua el 50%. Realizaba actividad física el 21,5%. Al finalizar el programa, n6 (43%) tenían diagnóstico de OG, n6 (43%) OB y n2 (14%) SO. El IMC disminuyó en promedio 1.03 puntos y el Pz 0.5. El 85% realiza 4 comidas, picotea un 21.5% y repite el 7%. Todos los pacientes incorporaron lácteos descremados y agua, el consumo de dulces y azúcar y jugos y gaseosas se redujo al 14 y 28.5% respectivamente y ninguno utiliza frituras. El consumo de verduras se incrementó al 71%. El 50% de los pacientes realiza actividad física.

CONCLUSIÓN

La continuidad en el tratamiento del sobrepeso y obesidad infantil bajo esta modalidad, tiene un impacto positivo en el cambio de hábitos y en la disminución del IMC. Continua siendo de máxima de importancia la educación y participación activa del niño con su grupo familiar. Considerando la escasa adherencia al tratamiento en relación a la falta de concurrencia a la totalidad de los talleres del ciclo, debemos abordar otras estrategias de persuasión para la misma.

PSEUDOTUMOR CEREBRI ASOCIADO A HIPOVITAMINOSIS A, B6 Y D. REPORTE DE CASOS.



Silva A.¹; Toma M.²; González A.³; Incardona A.⁴; Méndez J.⁵

HOSPITAL ALEMÁN^{1 2 3 4 5}

<ana_maria_silva@live.com>

La hipertensión endocraneana (HTE) idiopática o pseudotumor cerebri constituye un síndrome clínico de creciente interés en pediatría. Presenta una incidencia anual de 0,9 por 100.000 niños y puede ocurrir a cualquier edad siendo más frecuente entre los 12 y 15 años de edad, infrecuente en lactantes y extremadamente rara en neonatos. Presentamos dos casos clínicos de HTE asociados a hipovitaminosis A, B6 y D.

CASO 1.

Paciente femenina de 8 años de edad previamente sana que consultó por visión borrosa de 24 horas de evolución, se realizó oftalmoscopia evidenciando edema de papila bilateral. RMN de cerebro normal. Por sospecha de síndrome de HTE se realizó punción lumbar con presión de apertura de 260 mm H₂O y LCR normal. Inició acetazolamida y dieta hiposódica. Se identificó déficit de vitamina A <0.24 mg/l y vitamina D total 29 ng/ml con lo que inició tratamiento sustitutivo con resolución de los síntomas luego de 3 semanas de tratamiento.

CASO 2.

Paciente masculino de 12 años que ingresó por fiebre, odinofagia y vómitos de 3 días de evolución. Antecedente de nefropatía membranosa crónica corticorresistente en tratamiento con micofenolato. Al examen físico sobrepeso, edema bupalpebral, amígdalas hipertroficadas con exudado purulento y edema grado I en miembros inferiores.

Inició tratamiento antibiótico con ampicilina/sulbactam y la oftalmoscopia evidenció edema de papila bilateral. TAC de órbita reportó discreto aumento de líquido en la vaina de ambos nervios ópticos. RMN cerebral con signos de HTE y aracnoidocele intraselar. Se realizó punción lumbar con presión de apertura de 400 mm H₂O y LCR normal.

Valorado por neurología pediátrica que indicó acetazolamida y dieta hiposódica. Estudios complementarios reportaron déficit de vitamina D 15ng/ml con calcio total bajo de 8.4 mg/dl y déficit de vitamina B6 <5.0 ug/L por lo que inició tratamiento sustitutivo con resolución completa de los síntomas a las 4 semanas de tratamiento.

Se sugiere que el déficit de vitamina A produce aumento de la PIC por disminución de la absorción de LCR debido a cambios fibróticos en las vellosidades aracnoideas y retraso del crecimiento de la bóveda craneal.

Previamente se ha establecido que los niños que sufren de glomerulonefritis presentan déficit de vitamina D y una fuerte reducción en el número de linfocitos T en sangre periférica que resuelven con la terapia de sustitución

La importancia de un diagnóstico precoz radica en iniciar tratamiento sustitutivo temprano y prevenir secuelas neurológicas y la muerte de los niños afectados.