

RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES

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

El Comité Organizador no tiene responsabilidad
alguna sobre sus contenidos.

PO: Presentación oral

RPD: Recorrida póster digital

¿EXISTE EVIDENCIA DE QUE LAS LECHE ANTIRREFLUJO SEAN EFICACES PARA EL TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS OCASIONADOS POR EL REFLUJO GASTROESOFÁGICO? REVISIÓN SISTEMÁTICA CUALITATIVA

RPD 1

Stelmaszewski E.^{1*}; Furelos C.²

HOSPITAL GARRAHAN^{1,2}

eryvictoria@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN

El reflujo gastroesofágico es una patología frecuente en la consulta ambulatoria pediátrica. Esta revisión trata de realizar un abordaje completo del tema considerando las controversias que aún existen sobre la indicación de las leches AR

OBJETIVOS

Evaluar la evidencia existente sobre la eficacia de las leches antirreflujo para el tratamiento de los síntomas del RGE fisiológico para poder recomendar o desaconsejar su uso en la práctica diaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión sistemática, utilizando las bases de datos Medline, LILACS, y Cochrane. Se utilizaron las Guías JAMA para el análisis. Se limitó la búsqueda en inglés/español, en niños/lactantes. Desde 2000 hasta 2010. Quedando ésta búsqueda actualizada hasta enero 2010

RESULTADOS

Se analizaron 10 artículos de un total de 20, debido a que los elegidos se acercaban más a nuestro objetivo de búsqueda; de los 10 excluidos, 6 eran resúmenes de artículos ya analizados por nosotras, los otros 4 no detallaban qué tipo de estudio eran.

Todos los artículos analizados llegaron a la conclusión de que las leches antirreflujo o el espesamiento mejoran los vómitos y las re-

gurgitaciones, pero no se modifica la frecuencia de los episodios de reflujo, es decir, el Índice de Reflujo en la Phmetria permanece igual. Cuatro de los artículos agregan que se contraindica su uso en ERGE o esofagitis ya que disminuye el aclaramiento esofágico y aumenta el daño de la mucosa. El último consenso sobre RGE (2009) publicado por la ESPGAN y NASPGAN agrega que el espesante más utilizado es el cereal de arroz, que si bien genera disminución en el volumen de las regurgitaciones, puede aumentar la tos. Esto no fue comentado en otros artículos y no se explica el mecanismo de producción.

Por último, en este consenso se aclara que las fórmulas AR aportan las calorías necesarias para el crecimiento y desarrollo de los lactantes. Este tema era controversial y generaba muchas dudas sobre la nutrición de los niños alimentados con estas fórmulas, suponiendo que no brindaban las calorías necesarias.

CONCLUSIONES

Las leches antirreflujo son eficaces para disminuir los síntomas de RGE como vómitos y regurgitaciones, pero no mejoran los valores de la Phmetria (Índice de Reflujo). Por otro lado, se contraindican en la ERGE o esofagitis ya que al espesar su contenido, disminuye el aclaramiento esofágico perpetuando el tiempo de permanencia del alimento y aumentando el daño a la mucosa.

DIPIRONA Y AGRANULOCITOSIS

Di Pietro C.^{1*}; Colombo M.²

HOSPITAL GARRAHAN^{1,2}

*cadima2000@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN

Desde hace muchos años se conoce que la dipirona tiene el riesgo de causar agranulocitosis y anemia aplásica; sin embargo, en nuestro medio, el consumo de dicha droga es masiva, tanto intrahospitalaria como en la comunidad.

OBJETIVO

Analizar estudios que evalúen la asociación entre Dipirona y Agranulocitosis; y de esta manera poder conocer si existe significativo riesgo entre el consumo de dicha droga y la aparición de este efecto adverso, y cual es la incidencia de dicha asociación.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó búsqueda bibliográfica en Lilacs, MedLine, Cochrane, SCielo, Literatura Gris y opinión de expertos (Servicio de Hematología, Hospital Juan P. Garrahan; Servicio de Toxicología, Hospital de Niños Ricardo Gutierrez).

RESULTADOS

Se analizaron 7 estudios, desde 1986 hasta 2007, de los cuales 5 son Casos y Controles, 1 Serie de Casos y 1 Reporte de un caso. De todos los trabajos analizados, solo 3 logran aportar datos concluyentes, y de estos, solo dos estiman una incidencia baja, mientras que el tercer trabajo estima una incidencia mayor; los otros artículos no logran aportar datos concluyentes.

CONCLUSIONES

La agranulocitosis es una enfermedad potencialmente letal, y una reacción adversa conocida de la dipirona. Si bien la incidencia, según los estudios de casos y controles revisados, difiere; la media de frecuencia de esta asociación es baja, oscilando en 0,5 a 1 caso/millón de personas/año. Es de destacar que ninguno de los trabajos encontrados en esta revisión, que incluyen a la población pediátrica a partir de los 2 años (los menores se excluyen por mayor riesgo de agranulocitosis de causa viral) advierten un riesgo para ellos, ya que la edad media de aparición de Agranulocitosis por uso de dipirona es de 50 años aproximadamente.

RPD 2

RETINOBLASTOMA: EPIDEMIOLOGÍA Y MANEJO EN EL HOSPITAL, SERIE DE CASOS 2005-2009

RPD 4

Cavassa E.^{1*}; Nieves M.²; Olivieri A.³; Ramos Mejía R.⁴; Reyes G.⁵; Rodríguez Saa M.⁶

HOSPITAL GARRAHAN^{1,2,3,4,5,6}
*elicavassa@hotmail.com

INTRODUCCIÓN:

Tumor intraocular primario maligno más frecuente de la niñez.
3 % de Ca. en menores de 15 años. 95% se diagnostica antes de los 5 a. 25% son bilaterales. 90% curan con tratamiento.

OBJETIVO:

Describir la epidemiología y el manejo de este tumor en el Hospital.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se analizaron 117 historias clínicas con diagnóstico de retinoblastoma entre los años 2005-2009. Se incluyeron todos los pacientes. Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo. Se recabaron datos epidemiológicos y acerca del manejo en el Hospital.

RESULTADOS:

7% de los casos tiene antecedentes familiares. 39% de los pacientes provenían de la provincia de Buenos Aires, 16% de la CABA. 38% del interior del país, (Córdoba, Santa Fe y Santiago del Estero el 12%). 7% provenían del exterior (Bolivia y Paraguay).
Formas de presentación: leucocoria (52%), leucocoria + estrabismo (20%), estrabismo (7%). Formas menos frecuentes: ojo rojo, nistagmo, tumor ocular, glaucoma, disminución de la agudeza visual. Solo 3% se diagnosticó al hacer FO control por antecedentes.

Edad diagnóstica: 20% antes de los 6 meses de vida, 19% entre los 6 y 12 meses. La incidencia va disminuyendo con la edad.

Retraso diagnóstico: entre 1 semana y 3 años.

Tratamiento en el hospital: enucleación 86%. 27% enucleación + quimioterapia. 20% enucleación + quimioterapia + radioterapia. 2% enucleación + radioterapia. 14% no se operaron, realizaron quimioterapia (3%) o quimioterapia + radioterapia (9%). 2% quimioterapia paliativa.

DISCUSIÓN:

El retinoblastoma diagnosticado tempranamente posee mejor pronóstico en su evolución, incluso con la conservación del globo ocular. El diagnóstico temprano disminuye la necesidad de quimioterapia y radioterapia, y las morbilidades asociadas a estas.

El reflejo rojo en niños menores de 2 años en consultorio puede poner de manifiesto una forma de presentación temprana.

ENCEFALITIS HERPÉTICA HERPES SIMPLE TIPO 1 EN PEDIATRÍA: REVISIÓN DE FORMAS DE PRESENTACIÓN CLÍNICA

RPD 5

Kulberg R.^{1*}; Minini F.²; Soraiz G.³

HOSPITAL GARRAHAN^{1,2,3}
*arrospinky@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN:

El Virus Herpes Simple tipo 1 (HSV-1) es la causa más común de encefalitis esporádica fatal a nivel mundial.

El espectro clínico es muy variable y muchas veces con síntomas neurológicos inespecíficos, pero habitualmente se caracteriza por una rápida progresión que se inicia con fiebre alta, cefalea, convulsiones y alteración del nivel de conciencia.

El diagnóstico se basa en la sospecha clínica, imágenes sugestivas en RNM y se confirma con técnica de PCR para HSV-1 en LCR.

El tratamiento consiste en Aciclovir administrado por vía endovenosa durante 21 días.

Sin tratamiento presenta un alto porcentaje de mortalidad, cercano al 70%. Incluso con inicio de tratamiento precoz presenta importante morbimortalidad, dejando graves secuelas neurológicas.

Por este motivo se debe iniciar tratamiento empírico precoz cuando se considera el diagnóstico.

OBJETIVOS:

Estimar frecuencia de aparición de síntomas clínicos y tiempo de duración de los mismos.

Se realiza una revisión de 10 historias clínicas de pacientes pediátricos en Hospital Garrahan en los últimos 10 años, con diagnóstico confirmado de Encefalitis Herpética por técnica PCR positiva en LCR.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo descriptivo. La población de estudio comprende niños de 1 mes a 16 años de edad, inmunocompetentes, sin antecedentes de patologías neurológicas previas.

RESULTADOS:

Se estimó un promedio de tiempo de comienzo de los síntomas antes de la consulta médica desde 15hs hasta 96 hs, con una progresión rápida de los síntomas. La frecuencia de los síntomas fue:

* 100% presentó alteración del sensorio con tendencia al sueño hasta el coma.

* 87% presentó fiebre alta (39-40°C)

* 62,5% presentó convulsiones.

* 37,5% presentó cefaleas intensas.

* 10% otros síntomas.

CONCLUSIÓN:

La encefalitis herpética es una de las enfermedades con alta morbimortalidad y rápida progresión de los síntomas, con diagnóstico confirmatorio de alta especificidad como la PCR en LCR, pero tardío. Se debe afirmar que la sospecha clínica debe ser el pilar para el inicio del tratamiento efectivo temprano en forma empírica, aciclovir endovenoso por 21 días.

Si bien los síntomas de presentación clínica en niños y adolescentes puede ser muy variable, se hace hincapié, en el inicio de tratamiento precoz si el paciente presenta fiebre alta, convulsiones de cualquier tipo y diferentes niveles de depresión del sensorio.

ENFERMEDAD DE WILSON: FORMAS DE PRESENTACION EN PEDIATRIA "A PROPÓSITO DE 5 CASOS"

RPD 6

Deregibus M.^{1}; Naso A.²; Vazquez L.³; Camiansqui M.⁴; Agarinakazato L.⁵*

HOSPITAL GARRAHANI^{2,3,4,5}
*ine_dere@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Wilson es un trastorno autosómico recesivo que se caracteriza por un acúmulo progresivo de cobre en el hígado, córnea, túbulo renal y cerebro produciendo cambios degenerativos. La evolución sin tratamiento es progresiva, irreversible y fatal. Si bien es una enfermedad poco frecuente es importante tenerla presente, pues se dispone de un tratamiento eficaz y el éxito del mismo depende de un diagnóstico precoz.

OBJETIVO

Describir algunas formas de presentación con compromiso hepático de la enfermedad de Wilson y relacionarlas con la evolución y respuesta al tratamiento

Caso clínico 1: Paciente de 16 años derivada de Mar del Plata por insuficiencia hepática aguda sin diagnóstico. Requiere trasplante de urgencia.

Caso clínico 2: Paciente de 7 años, asintomática, hermana de paciente con la Enfermedad. Leve hepatomegalia, leve aumento de transaminasas. Realiza tratamiento con Acetato de Zinc hasta la actualidad con buena respuesta.

Caso clínico 3: Paciente de 14 años, consulta por ictericia, anemia hemolítica (Coombs negativa), alt tiempo de protrombina.

Caso clínico 4: Paciente de 8 años, asintomática, en examen de rutina

realizado por hermana fallecida con sospecha de la enfermedad se encuentra aumento de transaminasas.

Caso clínico 5: Paciente de 10 años con ictericia, coluria, acolia, astenia, hepatosplenomegalia, anillos de Kayser-Fleischer. Excepto el caso 1 todos los pacientes presentaban cupremia disminuida, ceruloplasmina disminuida, cupruria aumentada prueba con D-Penicilamina positiva. Los casos 3, 4 y 5 realizan tratamiento con D-Penicilamina hasta la actualidad con buena respuesta.

CONCLUSIÓN

A través de la serie expuesta podemos observar la importancia del diagnóstico precoz para la instauración del tratamiento efectivo en las primeras etapas y así poder obtener un pronóstico favorable. Esta eventualidad debe considerarse en cualquier paciente con hepatopatía, sobre todo si es mayor de 5 años de edad y cuyas manifestaciones clínicas o curso evolutivo salgan del esquema esperado.

ACIDOSIS TUBULAR RENAL MIXTA. REPORTE DE UN CASO

RPD 7

Safe A.^{1}; Pino A.²; Farias M.³; Fernandez A.⁴*

HOSPITAL DE NIÑOS JESUS^{2,3,4}
*agosh@hotmail.com

INTRODUCCION:

En 1935 Lightwood describe los primeros casos de Acidosis Tubular Renal (ATR). La ATR es un síndrome caracterizado por una alteración de los mecanismos que regulan el metabolismo ácido-base, produciendo un defecto en la reabsorción tubular proximal del bicarbonato, en la excreción urinaria del ion hidrogeno o en ambos, con función renal normal. Desde el punto de vista bioquímico existe baja concentración de bicarbonato sérico, hipercloremia, y pH urinario alto. La etiología es variada y se clasifica en 4 tipos. El tipo III o Mixta tiene forma distal primaria (ausencia de capacidad del túbulo para establecer un gradiente de aniones entre la sangre y la orina tubular), con componente proximal transitorio (defecto en la reabsorción del bicarbonato con preservación de la capacidad para excretar iones hidrogeno), la bicarbonaturia es superior al 15%, y la tendencia actual es considerarla una variante de ATR Distal.

OBJETIVO:

Presentar caso clínico poco frecuente de un tipo de ATR.

CASO CLINICO:

Niño de 2 meses de edad, con antecedentes personales de internación al mes de vida por deshidratación aguda grave, sepsis neonatal tardía, con requerimiento de asistencia respiratoria mecánica y antibiоти-

coterapia, con mala progresión ponderal. Antecedentes familiares normales. Consulta en guardia por fiebre, tos, disnea y rechazo de alimentación de 72 horas de evolución. Ingresa deshidratado moderado, sin constatare pérdidas. Se solicita laboratorio: leucocitosis con neutrofilia, función renal normal, acidosis metabólica hiperclorémica con anión restante normal. Se panchuliva con resultado negativo. Se inician correcciones con Bicarbonato de Sodio, siendo refractario a las mismas. Se solicita ionograma urinario evidenciándose pH urinario elevado, excreción fraccionada de bicarbonato y potasio aumentadas, anión restante urinario positivo; ecografía renal: aumento de la ecogenicidad papilar y nefrocalcinosis. Se trata con solución de Sholl, obteniéndose respuesta satisfactoria.

CONCLUSION:

La ATR Mixta debe sospecharse ante todo cuadro de acidosis metabólica persistente, asociada a deshidratación de causa poco clara y mala progresión ponderal; su diagnóstico temprano y tratamiento precoz tiene importancia para prevenir complicaciones futuras como su crecimiento pondoestatural, alteraciones óseas y electrolíticas que comprometen la calidad de vida del niño. Siendo una forma poco frecuente de presentación de tubulopatías nos parece importante su difusión.

ARTERITIS DE TAKAYASU. REPORTE DE UN CASO

Tapia Rodriguez R.^{1}; Balderrama M.²; Galeano M.³; Godoy C.⁴; Marcos C.⁵*

HOSPITAL DE NIÑOS JESUS¹²³⁴⁵

**rosana_tapia9@hotmail.com*

INTRODUCCIÓN:

La arteritis de Takayasu es una vasculitis inflamatoria crónica (arteritis granulomatosa de células gigantes) y estenosante, de etiología desconocida que afecta a las arterias de mediano y gran calibre y se caracteriza por afectar el cayado aórtico y sus ramas. Es más frecuente en mujeres. Clínicamente se manifiesta con disminución en la intensidad de los pulsos de las arterias afectadas, "Enfermedad sin pulsos", y los síntomas dependen del lugar donde se encuentre dicha alteración. En el episodio agudo puede haber fiebre, malestar general, pérdida de peso y elevación de la velocidad de sedimentación eritrocitaria. La muerte es ocasionada principalmente por insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad vascular cerebral, infarto del miocardio, rotura de un aneurisma o insuficiencia renal.

OBJETIVO:

Reporte de un caso clínico de rara presentación

CASO CLÍNICO:

Paciente de 10 años, con antecedentes familiares y personales normales. Según relato materno presenta una enfermedad de 1 de evolución que inicia con palpitaciones, mareo y dolor torácico, consulta a un centro de atención primaria, donde se constata aumento de la presión arterial y se deriva al Hospital de Niños Jesús, donde se confirma valores de tensión arterial y ausencia de pulso de miembros inferiores y superior izquierdo. Se solicitó hemograma, inmunograma,

serología para STHORCHS, orina completa con resultados normales. Rx de tórax y ECG normales. Fondo de ojo: edema retinal bilateral difuso. Ecocardiograma: probable coartación de aorta distal e hipertrofia leve del VI. Angioresonancia: compromiso de arteria subclavia, carótida, y renal izquierda y torácica distal. TAC de tórax: disminución de la luz de aorta torácica. Ecodoppler renal: riñón izquierdo aumentado de tamaño en sístole. Recibió tratamiento con pulsos de corticoides; antihipertensivos, antiagregantes plaquetarios y medidas higiénico dietéticas con buena evolución.

CONCLUSIÓN:

La paciente permaneció durante 10 años sin diagnóstico y por consiguiente sin tratamiento; no presento dudas diagnósticas: cumple con 5 de 6 criterios del American College of Rheumatology :

- 1) edad de comienzo menor de 40 años,
- 2) claudicación de las extremidades,
- 3) disminución de los pulsos,
- 4) diferencia de presión mayor a 10 mmHg en diferentes miembros y
- 5) anomalías imagenológicas.

Consideramos de interés la publicación de este caso clínico por la rareza de la enfermedad y la relevancia de las alteraciones que determina.

RPD 8

¿LA ALERGIA A LA PROTEINA DE LECHE DE VACA ES MÁS FRECUENTE DE LO QUE UNO CREE?

Estergaard Jacobsen D.^{1}; Rolón M.²; Mora M.³; Luedicke N.⁴*

HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SAN ISIDRO - DR CARLOS GIANANTONIO¹²³⁴

**dorysjo@hotmail.com*

OBJETIVO:

Presentación de un caso y actualización de una patología en aumento en nuestro medio.

INTRODUCCIÓN:

La APLV es una reacción de hipersensibilidad mediada por Ig E y/o linfocitos. Su incidencia 2-7,5% de los lactantes y con pecho exclusivo de 0.5%. Su presentación es proteiforme desde síntomas graves: desnutrición por diarrea crónica, enteropatía perdedora de proteínas, dermatitis atópica hasta shock anafiláctico a síntomas leves o moderados: vómitos, constipación, cólicos, etc. El diagnóstico se basa principalmente en la sospecha clínica y la respuesta del paciente a la exclusión del alérgeno. El tratamiento consiste en la eliminación completa de la PLV de la dieta, adquiriendo tolerancia en 1 o 2 años. El 95% lo logra a los 3 años.

CASO CLÍNICO:

RNTPAEG Al mes presenta cuadros reiterados de diarrea, vómitos y mal progreso de peso y una internación de 7 días por deshidratación. Alimentada con pecho, incorpora complemento a los 2 meses. A los 2 ½ meses se reinterna, desnutrida, con diarrea crónica severa, vómitos e infección urinaria a *Klebsiella pneumoniae*. Completa tratamiento antibiótico, pero continúa con mal progreso de peso, deposiciones

líquidas explosivas cada vez que se intenta realimentar aun con leche materna. Se sospecha APLV y se trata con fórmula compuesta por hidrolizado extensivo de proteínas.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:

Hemocultivos y cultivo LCR (-). Uro (+) *Klebsiella pneumoniae*. Uro (-) posterior al tratamiento. Coprocultivo: *E. Coli*. Proteínas Totales 5,3 y alb 3,5. Función hepatorenal (N). Ecografía abdominal y renal (N). Ecocardiograma (N). HIV (-) esteatocrito (4%) elastasa 1: 250 ug/gr en MF

DIAGNÓSTICO:

Alergia a la proteína de la leche de vaca.

TRATAMIENTO:

Fórmula basada en hidrolizados extensivos e interrupción de lactancia materna. Evolución: Favorable. Conclusión: Tener presente este diagnóstico en lactantes con desnutrición y diarrea crónica, atopia, reacciones de hipersensibilidad. Se destaca la no tolerancia a la alimentación al pecho aun con exclusión de lácteos en la dieta materna. Enfatizar la importancia de la lactancia materna exclusiva como prevención de la APLV.

RPD 9

INFECCION ASOCIADA A CATETERES VENOSOS CENTRALES

RPD 10

Moreno L.^{1*}; Del Campo L.²; Saltarelli O.³; Luedicke N.⁴; Alabart N.⁵; Reynoso N.⁶

HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SAN ISIDRO CARLOS GIANANTONIO¹²³⁴⁵⁶

*lucreya@hotmail.com

INTRODUCCION:

El uso de un catéter venoso central (CVC) confiere grandes beneficios a pacientes que requieren terapia EV prolongada. Las infecciones asociadas a catéteres son la principal complicación

OBJETIVOS:

Conocer la prevalencia de infección relacionada a CVC en pediatría

POBLACION:

Se incluyeron todos los niños que requirieron CVC en la sala de pediatría del HMIS desde el 01/01/09 hasta 31/12/09. Se evaluaron 38 catéteres, 58% implantables y 42% de corta permanencia (tipo Arrow®) colocados en 21 pacientes

MATERIAL Y METODOS:

Estudio retrospectivo, transversal, observacional
Infección asociada a catéter sin bacteriemia (IAC): Infección del sitio de inserción del catéter y/o del túnel y/o celulitis del bolsillo del catéter y/o colonización del catéter, en un paciente con manifestaciones clínicas de infección y sin otro origen aparente, con HMC negativo
Bacteriemia asociada a catéter (BAC): IAC con por lo menos un HMC de vena periférica positivo para el mismo microorganismo que para la punta de catéter o el retrocultivo de catéter

RESULTADOS:

El intervalo de edad de los pacientes fue entre 5 meses y 15 años. El 85% tenía de base una enfermedad oncológica (leucemia 50% linfoma 15% tumores sólidos 20%) Los 3 pacientes restantes padecían HIV, encefalitis e histiocitosis. El lugar de colocación del catéter fue Subclavio 39%, Yugular 61%. Durante el periodo evaluado se extrajeron 26 catéteres 12 por infección 9 por finalizar tratamiento 5 por óbito y 5 por causas mecánicas. Hubo 14 episodios de IAC y 6 de BAC. El total de días de uso de catéter fue de 4168. La tasa de infección asociada a catéter fue de 3,4‰ y la de bacteriemia 1,4‰. Los microorganismos aislados fueron *Candida* 5, *Stafilococo* spp 3, *Enterobacter* 3, *E.Coli* 3, *Stenotrophomona* 3 y otros BGN 6

CONCLUSIONES:

Las infecciones asociadas a CVC fueron frecuentes en nuestra sala y hubo una alta prevalencia de BGN.

La mayoría de los catéteres se retiraron por motivos distintos a las infecciones

Estos datos nos obligan continuar reforzando las estrategias de prevención y bioseguridad, elaborando y cumpliendo normas de cuidado de catéteres centrales dentro de la institución

PERFIL CLINICO-EPIDEMIOLOGICO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS BAJAS EN PEDIATRIA DURANTE LA PANDEMIA DE INFLUENZA A EN AÑO 2009

RPD 11

Gonzalez M.^{1*}; Alabart N.²; Bulgheroni S.³; Estergaard Jacobsen D.⁴; Hourbeigt M.⁵; Moreno L.⁶

HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SAN ISIDRO CARLOS GIANANTONIO¹²³⁴⁵⁶

*mariana_soledad_gonzalez@hotmail.com

INTRODUCCION:

Las Infecciones Respiratorias Agudas Bajas (IRAB) en niños predominan en otoño e invierno en nuestro país, siendo la principal causa de internación en menores de 2 años, sumándose en el 2009 la pandemia por H1N1

OBJETIVOS:

Identificar etiología viral en niños con IRAB según la semana epidemiológica. Comparar factores de riesgo y complicaciones en pacientes con infección por INFLUENZA A y otros virus.

POBLACION:

Pacientes de 1 mes a 15 años internados en la sala de Pediatría por IRAB durante la semana 16 a 40 del año 2009 (27/04 al 28/09)

MATERIAL Y METODOS:

Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo. Se registró: semana epidemiológica, edad, factores de riesgo para IRAB (< 6 meses, RNPT, BPEG, enfermedad pulmonar crónica, desórdenes metabólicos, enfermedad crónica, alteraciones hemato-oncológicas, inmunodeficiencias, síndrome genético), diagnóstico al ingreso, agente etiológico, complicaciones

RESULTADOS:

Sobre 259 pacientes internados (80 %fueron <2 años) se realizaron

virológicos a 243, con un rescate viral de 69%, con predominio VSR 69%, Influenza A 19%, Parainfluenza III 6%, Parainfluenza II 4%, Adenovirus 1.7%. Surge Influenza A en la semana 25 hasta la 37 (pico máximo en la semana 30).

Se observó que en 32 pacientes con Influenza A el 65,5% tuvieron factores de riesgo, siendo el predominante el < 6m (43%) y pacientes con enfermedad crónica (29%). En relación con 135 pacientes con otros virus, se detectaron 66% con factores de riesgo (< 6 meses (70%), enf. crónicas (26%) y BPEG (22%).

El 25% (8 pacientes) con Influenza A presentaron complicaciones: pulmonares 62% (NUF 2, SPP 3), renales 25% (IRA 2), bacteriemias 62%(5), TVP (1). El 7% (9 pacientes) con IRAB por otros agentes virales tuvieron complicaciones pulmonares 44% (NUF 3, SPP 1), bacteriemias 44%(4).

CONCLUSIONES:

Durante la pandemia del 2009 el pico máximo de influenza A fue en la semana 30 y el VSR fue prevalente. Los factores de riesgo se presentaron en forma semejante, siendo < 6m el predominante. Cabe destacar que los pacientes con Influenza A presentaron mayor frecuencia de complicaciones pulmonares, renales y bacterianas en comparación con otros agentes virales.

SINDROME DE GUILLAIN BARRE: DE LA CLINICA AL TRATAMIENTO

RPD 12

Brinnand M.^{1}; Berardone M.²; Hourbeigt M.³; Frenkel A.⁴; Alabart N.⁵; Barrera M.⁶*

HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SAN ISIDRO CARLOS GIANANTONIO¹²³⁴⁵⁶

**mariabrinnand@hotmail.com*

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de Guillain Barré (SGB) es una polirradiculoneuropatía inflamatoria aguda caracterizada por debilidad simétrica y progresiva. Existen distintas variantes, todas presentan hipo-arreflexia, pudiendo presentarse con parálisis flácida, síntomas sensitivos, autonómicos y/o compromiso de pares craneales. Su incidencia es de 1 a 2 casos/100.000 habitantes por año.

La sospecha clínica es fundamental para arribar al diagnóstico. En el 90% de los casos presenta disociación albúmina citológica en el LCR, y en la mayoría se evidencia neuropatía desmielinizante en estudios electrofisiológicos.

OBJETIVOS:

Descripción de 7 casos clínicos y revisión bibliográfica de SGB.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo, retrospectivo, de 7 niños internados con diagnóstico de SGB de Enero 2000 a Julio 2010 en el Hospital Materno Infantil C. A. Gianantonio. Se incluyeron pacientes que cumplieran los criterios de Albury y col.

RESULTADOS:

Se incluyeron 7 pacientes con SGB. Edad media, 6 años y 2 meses, (rango de 2 a 12 años). 4 varones, 3 mujeres. 6 pacientes presentaron al ingreso debilidad de miembros inferiores con arreflexia, y 1 ingresó

con síntomas de obstrucción de vía aérea superior. 5 presentaron compromiso de pares craneales (III/VI/VII/IX/XI/XII), 2 con ptosis palpebral y 1 presentó alteraciones autonómicas. 5 se asociaron con cuadros de CVAS y registros febriles previos, 1 con serología para Mycoplasma positiva. 1 de los pacientes presentaba HIV positivo con neumonitis por Pneumocystis carinii, y 1 con enfermedad de Bickerstaff.

Cinco pacientes con disociación albúmino-citológica, 2 con LCR al inicio normal y 6 presentaron signos de desmielinización en el EMG. Todos los pacientes recibieron tratamiento con Gamma globulinas 2g/kg, 6 dentro de la primer semana de síntomas. Requirieron internación en UCIP 4, 2 con ARM. Días promedio de internación: 41. Recuperación completa al alta: 5/7.

CONCLUSIÓN:

El diagnóstico de SGB es fundamentalmente clínico y es necesario reconocer sus variantes. Los métodos auxiliares no siempre son accesibles o no están alterados al inicio. No se debe retrasar el tratamiento ya que instalado precozmente se evitan mayores secuelas.

SARCOMA DE EDWING PNET CERVICAL

RPD 14

España R.^{1}; López M.²; Marcarian G.³*

HOSPITAL JUAN P GARRAHAN¹²³

**romime21@gmail.com*

INTRODUCCIÓN

Los tumores de la familia del sarcoma de Edwing/Pnet representan la segunda neoplasia ósea más frecuente en la infancia y adolescencia, es más común en la segunda década de la vida con leve predominancia en el sexo masculino (incidencia anual de 3 por millón de niños menores de 15 años). La lesión primaria se presenta frecuentemente en pelvis, huesos largos de los miembros, costillas, escápula y vértebras; y se caracteriza por dolor, tumefacción y limitación a la movilidad e hipersensibilidad ósea, pueden presentar fiebre, pérdida de peso y síntomas de compresión medular.

La radiografía muestra una imagen lítica característica. El diagnóstico de certeza se hace mediante la biopsia de la lesión.

Los diagnósticos diferenciales son osteomielitis, osteosarcoma, histiocitosis, linfoma y neuroblastoma.

OBJETIVO

Presentar en un caso clínico una enfermedad poco frecuente con una presentación clínica inicial habitual aunque inespecífica, lo cual lleva a un retraso del diagnóstico.

CASO CLÍNICO

Niño de 9 años, sin antecedentes patológicos relevantes, que consulto por dolor interescapular y escápulo humeral de dos semanas de evolución con impotencia funcional de miembro superior derecho de reciente comienzo.

En consultas previas le fueron indicados AINES y cambios posturales, tratamiento que no modificó la clínica.

Al examen físico presentaba masa supraclavicular y síndrome de Horner derechos.

Se realizó radiografía de columna, donde se observó opacidad homogénea de vértice derecho, y ecografía doppler donde se observó formación heterogénea poliglobulada con escaso flujo en su interior por debajo de la clavícula derecha. Fue internado para realizar biopsia diagnóstica y eventual tratamiento.

La biopsia se informó como: proliferación neoplásica atípica con núcleos ovoides hiperromáticos con escaso citoplasma, en nidos, con estroma fibroconectivo dentro y rodeando el tumor; tumor espinal epidural Edwing-PNET.

Se realizaron PAMO y ecocardiograma, ambos normales y centellograma óseo donde se observó imagen con leve aumento de captación en C3.

Se colocó catéter implantable e inició tratamiento quimioterápico.

CONCLUSIÓN

Los dolores óseos y articulares inespecíficos son una consulta habitual. Se requiere un examen físico exhaustivo, un alto nivel de sospecha y la incorporación de estudios complementarios para no dejar de diagnosticar una patología poco prevalente pero grave.

EDUCANDO A LOS PADRES SOBRE PROBLEMAS FRECUENTES: UTILIDAD DE UN INSTRUCTIVO PARA EL MANEJO DE FIEBRE

RPD 15

Urman G.^{1*}; Casha J.²; Barilla M.³; Blanco Bermudez S.⁴

DEPARTAMENTO DE SALUD MATERNO INFANTIL UNIVERSIDAD MAIMONIDES¹; SERVICIO DE PEDIATRÍA DE OSECAC²
msoleledasantos@yahoo.com.ar

INTRODUCCION:

La fiebre representa uno de los motivos de consulta más frecuentes en Pediatría. En un estudio realizado en el año 2007, nuestro grupo encontró que a pesar de la diversidad de medios informativos a los que accede nuestra población, la fiebre continua generando angustias a los padres de niños menores de 5 años.

OBJETIVOS:

1. Educar a la población sobre los conocimientos y las conductas recomendadas en el manejo inicial de la fiebre en niños menores de 5 años mediante una herramienta que pueda ser consultada en cualquier momento.
2. Evaluar el impacto del instructivo utilizado en la población en estudio.
3. Indagar el interés de la población estudiada por disponer de material similar para otros problemas.

MATERIAL Y METODO:

Se realizó un estudio de intervención en un centro de atención pediátrica ambulatoria de una obra social en la ciudad de Buenos Aires durante el periodo de Abril a Junio de 2010. En base a los resultados obtenidos en un estudio anterior en la misma población (2007) se diseñó y aplicó un instructivo escrito sobre prácticas apropiadas para este problema.

Se entregaron 200 instructivos a padres de niños de entre 0 y 5 años que concurrieron a dicho centro y un mes después de la entrega se realizó un llamado telefónico para evaluar mediante una encuesta estructurada la utilidad de la herramienta. En 104 casos se logró un contacto que permitió realizar la encuesta.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

El 81.7% de los encuestados recordaron haber recibido el instructivo, y de ellos un 95.3% lo encontraron útil. Durante el periodo de estudio, un 43.5% de los niños involucrados presentaron fiebre. El 81% de los padres de estos niños manifestaron haber utilizado el instructivo para su manejo. Además un 48.2% del total encuestado lo compartió con otros padres no incluidos en este estudio. Un 69% de los padres evaluados vieron con agrado la posibilidad de recibir información sobre aspectos diversos de la salud de sus hijos con este formato.

CREACIÓN DE UN ESPACIO DE CONTENCIÓN Y REFLEXIÓN PARA MÉDICOS PEDIATRAS EN FORMACIÓN COMO MODELO DE PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL (BURNOUT)

PO 16

Parreño M.^{1*}; Antoniska M.²; Moreno Presotto A.³; Bayon P.⁴; Diaz M.⁵; Ricciardelli G.⁶

HOSPITAL NACIONAL PROFESOR ALEJANDRO POSADAS^{1,2,3}; ESCUELA DE PSICOLOGÍA SOCIAL DEL SUR^{4,5,6}
*mlparreno@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de desgaste profesional (burnout), definido como un proceso secundario a una respuesta negativa al estrés laboral crónico, aparece cuando fallan estrategias funcionales de afrontamiento que el sujeto suele emplear. Lo integran 3 componentes: despersonalización, falta de realización personal en el trabajo y agotamiento emocional. 1 Estudios realizados en España obtuvieron una prevalencia del 20.8% en el personal asistencial pediátrico² y en nuestro país, del 16% entre los residentes de la provincia de Misiones y 19,59 % en el Htal. Italiano de Buenos Aires³. Los médicos en formación somos un grupo de riesgo para desarrollar este síndrome, ya que nos encontramos muchas veces trabajando bajo presión, en un clima laboral competitivo, con prolongadas jornadas hospitalarias y pocas horas de sueño. Esto deviene en desgaste físico, cognitivo, emocional, irritabilidad y un alto nivel de estrés, que impacta en nuestra calidad de vida personal y como profesionales. A partir de esta preocupación surge desde la Jefatura de Residentes de Pediatría, el proyecto de crear un espacio para los pediatras en formación. El mismo es elaborado por Técnicas en Comunicación y Psicología Social de la Escuela de Psicología Social del Sur, cuyo fin es constituir un espacio de reflexión; fomentar la escucha y el dialogo; fortalecer lazos, y estimular las potencialidades y recursos internos para ponerlos al servicio del conjunto en función de mejorar y transformar aquello que les provoca malestar. Se realizan Talleres con técnicas de acción y grupos de reflexión, con una duración inicial de doce reuniones de una hora y media semanal, durante todo el año, en grupos según año de residencia.

OBJETIVO

Presentar en forma de prueba piloto la evaluación del impacto de la creación de un espacio de reflexión y contención como modelo de prevención del Síndrome de Desgaste Profesional.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una encuesta con 5 preguntas cerradas, anónima y voluntaria, a 26 residentes de primer año de Pediatría del Hospital Nac. Prof. A. Posadas, quienes participaron de los primeros 12 encuentros durante los meses de Julio a Septiembre del 2010.

RESULTADO

El promedio de edad de los de los encuestados fue de 27,2 años, 85% mujeres y 15% varones. El 81% asistió a los 12 encuentros iniciales. Luego de los mismos el 100% considera que logro fortalecer el vínculo con sus pares. El 69% logro mejorar la calidad de su trabajo. El 96% considera importante para su formación integral como pediatra la existencia de este espacio. El 92% considera que este espacio impactaría de forma positiva para la prevención del burnout y el 100% desearía continuar con este espacio a lo largo de su residencia.

DISCUSIÓN

Si bien se verá a largo plazo el impacto de la creación de este espacio de contención y reflexión para los pediatras en formación, sobre la prevención del Síndrome de desgaste profesional (burnout), los resultados preliminares nos alientan a seguir adelante con el proyecto y extenderlo a todos los residentes del servicio, como así también aportar nuestra experiencia para que pueda ser implementado en otras residencias medicas.

GANGLIOSIDOSIS INFANTIL TIPO 2. REPORTE DE UN CASO

Tapia Rodriguez R.^{1*}; Insua Beverina M.²; Pasteris L.³
HOSPITAL DE NIÑOS JESUS^{1,2,3}

*rosana_tapia9@hotmail.com

INTRODUCCIÓN:

Enfermedades por depósito de lípidos en los lisosomas, debido a déficit de una hidrolasa, que conduce a la acumulación del sustrato específico. La acumulación de un sustrato en un tejido, depende de su distribución en el organismo. Las gangliosidosis comprenden las formas congénita e infantil. Se distinguen tres formas de gangliosidosis. La variante B1 define a un subtipo de gangliosidosis GM2 en el que una mutación en el gen de la hexosaminidasa A ocasiona un defecto en la región catalítica de la subunidad a de la enzima en sus formas infantil tardía y juvenil, que asocian demenciación progresiva, afectación motriz con pérdida de deambulación, epilepsia y abocamiento a un cuadro de tetraparesia distónica y de mancha rojo cereza (fondo de ojo). Las vísceras se afectan levemente con deformaciones del esqueleto, incluyendo cifosis. Los casos con fenotipo infantil tardío, presentan mortalidad promedio a los 6 años.

OBJETIVOS:

Reporte de un caso de rara presentación.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 9 años de edad con antecedentes familiares y personales normales hasta los 6 allí comienza con convulsión precedida de cefalea frontal. Al mes siguiente presento nuevo episodio convulsivo, de similares características, por lo que consulta, le realizan EEG, diagnosticándose epilepsia y medicándola con ac. Valproico. Concomitante-

mente comienza con pérdida de la visión, con dificultad progresiva para movilizarse y realizar actividades cotidianas, continuando con episodios convulsivos frecuentes, de difícil control, focales, con deterioro de las facultades cognitivas, por lo que se agrega fenobarbital. En el 2009 consulta en el hospital quedando internado para estudio de enfermedad neurometabólica sospechada. Se le realizo laboratorio y Eco Abdominal normal; fondo de ojo: adelgazamiento arterial generalizado, mancha rojo cereza a predominio derecho. Ligera palidez temporal papilar; Dosaje de neuroaminidasas: aumento lisosomal.

CONCLUSIÓN:

La variante B1 de GM2 es infrecuente pero ha de tenerse en cuenta ante cuadros que asocien alteración del lenguaje, deambulación, distonía, convulsiones y afectación piramidal. Consideramos que el diagnóstico por hallazgos clínicos junto a las neuroimágenes juegan un rol importante para sugerir la enfermedad aunque el definitivo se fundamenta en la demostración del defecto enzimático y en los estudios moleculares.

RPD 17

REVISIÓN SISTEMÁTICA. USO DE DEXAMETASONA EN NIÑOS CON MENINGITIS BACTERIANA AGUDA: IMPACTO SOBRE LAS SECUELAS NEUROLÓGICAS Y AUDITIVAS

Biancolini M.^{1*}; Del Campo V.²

HOSPITAL DE PEDIATRIA DR PROF JUAN P GARRAHAN^{1,2}

*mfbiancolini@gmail.com

INTRODUCCIÓN:

El uso de dexametasona (DXM) ha sido incorporado como terapia complementaria de la meningitis bacteriana aguda, con el objeto de aminorar las secuelas en niños.

OBJETIVO:

Evaluar si el uso de DXM es beneficioso para disminuir las secuelas auditivas y neurológicas en niños con meningitis bacteriana aguda.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realizo la búsqueda de trabajos publicados entre 1990 y 2010 en las siguientes bases de datos y revistas científicas de acceso vía Internet: MEDLINE, LILACS, COCHRANE, SCHOLAR GOOGLE, B.M.J., Journal of Pediatrics, N.E.J.M., J.A.M.A.. Se utilizaron las Guías para los Usuarios de Literatura Medica publicadas en el J.A.M.A en el análisis crítico.

RESULTADOS:

Se hallaron 24 artículos. Solo 11 de ellos fueron accesibles, de los cuales se seleccionaron 4 metanálisis y 4 ECAS. Todos los ECAS seleccionados forman parte de los estudios que se analizaron en los metanálisis encontrados y se evaluaron en forma independiente. Los 4 metanálisis valorados avalan el uso de DXM para disminuir las secuelas de la meningitis bacteriana aguda. Dos de los ECAS analizados no encuentran diferencias sustanciales entre el grupo placebo y

el tratado con DXM. Un tercer estudio recomienda el uso de la DXM para mejorar la evolución de la meningitis en relación a las secuelas pero sus resultados no alcanzan valores estadísticamente significativos en forma aislada. El cuarto ECA analizado apoya el uso de DXM para disminuir las secuelas auditivas solo en meningitis causada por *S. Pneumoniae*.

CONCLUSIONES:

Se concluyo que existe un efecto beneficioso del uso de DXM sobre las secuelas neurológicas y auditivas de la meningitis bacteriana en niños. Se recomienda un régimen de cuatro días con dexametasona (0,6 mg/kg diarios), antes o junto con la primera dosis de antibióticos.

OPINIÓN DE EXPERTO:

El efecto beneficioso es mayor en las meningitis causadas por *H. influenzae* y que con neumococo los resultados son más controvertidos. Sería conveniente afirmar que en la meningitis causada por *Neisseria meningitidis* su uso no tiene efecto beneficioso. Debido que a priori no se conoce el patógeno causal del cuadro, es indudable que de acuerdo al estado actual del conocimiento deberá recomendarse su uso en los pacientes con diagnóstico presuntivo de meningitis bacteriana. Dr. Hugo Paganini Médico Infectólogo. MN 67443.

RPD 18

ACV ISQUÉMICO SECUNDARIO A DISECCIÓN DE CARÓTIDA INTERNA

Velazquez L.^{1*}; Beraldi L.²; Hadid E.³; Saenz Tejera M.⁴; Julio S.⁵
HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ^{1,2,3,4,5}

*laflovel@yahoo.com.ar

INTRODUCCION

El ACV isquémico secundario a disección arterial es una entidad subdiagnosticada en pediatría, sin embargo sus reportes se han incrementado con el advenimiento de técnicas no invasivas como la angiormn.

CASO CLÍNICO

Paciente de 13 años de edad, previamente sano, que presenta, luego de TEC leve sin pérdida de conocimiento, cefalea parietal derecha moderada e inestabilidad de la marcha. Examen físico: hemiplejía faciobraquiocrural izquierda sin otros hallazgos patológicos. TAC al ingreso: normal. Hemograma, química, básico de coagulación: normales, doppler de vasos del cuello: normal.

Por persistencia de la hemiplejía izquierda se decide repetir TAC a las 36 hs del evento en la que se constata isquemia a nivel de cápsula interna y temporoparietal derecha. Se realiza AngioRMN y angiografiadigital cerebral en la que se observa imagen elíptica compatible con disección de carótida interna supraclinoidea. Se indica anticoagulación con HBPM e inicia rehabilitación.

DISCUSIÓN

La disección arterial en niños puede ocurrir como consecuencia de un traumatismo a veces banal. Las regiones más afectadas suelen ser la carótida extracraneana y las vertebrales. Se han reportado también disecciones espontáneas en pacientes con condiciones predisponen-

tes como síndrome de Marfan, displasia fibromuscular, Moya-Moya, Ehler-Danlos, vasculitis.

La disección se produce como resultado de un sangrado en la pared del vaso (hematoma subintimal) que produce estenosis o dilatación aneurismática del mismo. La isquemia tiene lugar por reducción de la luz arterial o embolia desde la lesión de la pared. Las manifestaciones clínicas son variadas e incluyen: cefalea, déficit focal agudo motor o sensitivo, ataxia, convulsiones, signos de hipertensión endocraneana. La angiografía digital es el Gold- estándar para el diagnóstico dado a que permite evaluar la extensión de la disección, sin embargo dado a la alta resolución que ha alcanzado la angiormn, se postula a la misma para el seguimiento de estos pacientes.

En cuanto al tratamiento, se indica anticoagulación por 2-6 meses para evitar posteriores eventos embólicos.

CONCLUSIONES

El ACV isquémico secundario a disección arterial es una entidad a tener en cuenta en pacientes con condiciones predisponentes o antecedente de traumatismo aún banal.

RPD 19

MIOCARDITIS POR MYCOPLASMA UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE

Calvo A.^{1*}; Lindemann L.²; Shiefelbein C.³; Heis M.⁴
HOSPITAL PEDIATRICO DR FERNANDO BARREYRO^{1,2,3,4}

*calvoanamaria@hotmail.com

INTRODUCCIÓN:

La miocarditis es un proceso inflamatorio focal o difuso del miocardio, debido a múltiples causas. La presentación clínica varía según la edad, estado nutricional y extensión del daño. Su incidencia se desconoce. Los agentes más frecuentes son virales. Si bien la bibliografía describe a la miocarditis por Mycoplasma como poco frecuente, no debemos descartar su posible diagnóstico.

OBJETIVOS:

Establecer la importancia de una buena anamnesis y examen físico que permita realizar un diagnóstico lo más precozmente posible. Reconocer una patología de presentación poco frecuente para sospecharla y actuar en consecuencia acortando los tiempos terapéuticos.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo, revisión de una historia clínica de un paciente de un año de edad, eutrófico, de sexo masculino, vacunas completas, previamente sano. Consulta por cuadro clínico de 72 horas de evolución caracterizado por virosis de vías aéreas superiores. Agrega dificultad respiratoria grave. Ingresó con regular estado general, pálido, cianótico, somnoliento, hiporreactivo, con disminución generalizada de la entrada de aire, saturando 85%, taquicárdico, con ruidos cardiacos hipofónicos, soplo sistólico, hipotenso, EAB: 7.21/20/80/8/-19,

sat 94%. Hto 33, Hb10.7, GB 23.200 (82/12), Iono: 139/4.7/107, Cr 8.9 mg/dl, Ur 0,29 g/l, glu 1.26 g/l, Prot T 4.97g/%, Alb 3.93 g/%, Orina normal, virológico negativo, HC negativos. Rx de tórax compatible con neumonía, ICT > 0,5. ECG con trastornos de la repolarización. Ecocardiograma con VI dilatado, FA 18% (N 28%), músculo papilar prominente, doppler mitral alterado. Se diagnostica Claudicación respiratoria inminente aguda por neumonía y miocarditis aguda. Se indica cefotaxime, enalapril, gammaglobulina a 400 mg/K/dosis. Durante su internación evolucionó favorablemente con ecocardiogramas de control mejorados. Alta hospitalaria. Se recibe serología positiva para Mycoplasma.

CONCLUSIÓN:

La miocarditis pediátrica se presenta principalmente con síntomas respiratorios y cardíacos. Muchos de nuestros pacientes fueron diagnosticados erróneamente lo que indica que se debe mantener un alto nivel de sospecha para su diagnóstico, incluso en ausencia de fallo cardíaco. Debiendo solicitar, Rx de tórax, ECG, transaminasas. Estas últimas aumentan el nivel diagnóstico. Creemos importante solicitar serología para Mycoplasma, lo que nos permitirá conocer la incidencia de las mismas como causa de esta patología.

RPD 20

A PROPOSITO DE UN CASO: ACTINOMICOSIS RETROPERITONEAL EN PEDIATRIA

RPD 21

Garavaglia M.^{1*}; Donato M.²; Eilenberg K.³

HOSPITAL GARRAHAN^{1,2,3}

*marianogara@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal recurrente es un motivo de consulta frecuente en pediatría. La mayoría de las veces son patologías funcionales, pero requieren descartar las causas orgánicas.

Se plantea el diagnóstico de Actinomicosis, una infección producida por una bacteria Gram positiva de lento crecimiento, parte de la flora endógena. Su incidencia es desconocida, concordando la literatura en que se encuentra en descenso, con lo que ha disminuido su identificación oportuna.

OBJETIVO

Presentar una localización atípica de una patología infrecuente como es la Actinomicosis.

CASO CLÍNICO

Paciente de 15 años de edad, previamente sana. Presenta desde hace 1 año dolor abdominal e imagen retroperitoneal que requirió internación en 2 oportunidades para su manejo y diagnóstico etiológico. Dicha masa se encontraba en región subdiafrágica izquierda sin interfase clara con el bazo, región perirrenal izquierda con extensión a parénquima renal ipsilateral, y extensión a hilio hepático. En la primer internación se realizó una biopsia que informó proceso inflamatorio crónico. Durante la segunda internación se realizó una nueva biopsia debido a la persistencia del dolor a pesar de distintos tratamientos y

empeoramiento clínico de la paciente, sospechando tratarse de un tumor miofibroblástico o fibrosis retroperitoneal. En primera instancia se llegó al diagnóstico anatomopatológico de tumor miofibroblástico evidenciándose luego la presencia de actinomicosis en la pieza de biopsia, sin desarrollo microbiológico.

Rastreando otros focos se encontró en la TAC de tórax un infiltrado parenquimatoso en lóbulo inferior izquierdo pulmonar. No visto previamente, y sin clínica respiratoria.

A partir del hallazgo anatomopatológico la paciente comenzó tratamiento etiológico con buena evolución y desaparición de síntomas. En los sucesivos controles se evidenció la disminución del volumen de la masa retroperitoneal, y mejoría de las imágenes pulmonares.

CONCLUSIÓN

El dolor abdominal asociado a una masa retroperitoneal es infrecuentemente relacionado a infecciones por Actinomyces, especialmente en la población pediátrica. Es necesario tener presente esta asociación para arribar a un diagnóstico rápido y oportuno, evitando una larga evolución con tratamientos inefectivos e incluso cruentos.

USO PREOPERATORIO DE OPIACEOS EN EL ABDOMEN AGUDO PEDIATRICO: ¿ENMASCARA LOS SINTOMAS?

RPD 22

Giuliani P.^{1*}; Molinet M.²

HTAL GARRAHAN^{1,2}

*paulagiulia@hotmail.com

INTRODUCCIÓN:

El abdomen agudo es un conjunto sindrómico caracterizado por dolor intenso que incluye muchas entidades patológicas diferentes, algunas de las cuales son de resolución quirúrgica y otras, no. Es una práctica común evitar la administración de analgesia con la creencia de que alteraría los hallazgos del examen físico llevando al error diagnóstico.

MATERIALES Y METODOS:

Se realizó búsqueda bibliográfica en literatura gris, biblioteca Cochrane, Medline y usando los términos MeSH "ACUTE ABDOMINAL PAIN"; "ANALGESICS" y "OPIOIDS" y "APPENDICITIS"; se usaron como límites de búsqueda edad de 0-18 años. En PubMed se limitó la búsqueda a ECAs y metanálisis. La búsqueda en LILACS y SCIELO fue realizada bajo los términos "ABDOMEN AGUDO" y "ANALGESIA". Se buscó en "artículos relacionados" y se revisó la bibliografía de los estudios pertinentes.

Se evaluaron los artículos según las guías del JAMA

RESULTADOS :

Se encontraron solo 4 ECA sobre población pediátrica que cumplieran con las normas de validez interna y externa. Se analizaron los datos suministrados por los mismos en una tabla de contingencia con punto final en error diagnóstico comparando grupos experimental (morfina u oxycodona) y placebo:

Green / 2005 P: 0,243 OR: 0,2 (0,03-1,35) RR: 0,21 (0,10; 1,33)

Kim/ 2002 P: 0,9 OR: 0,83 (0,21;3,23) RR: 0,85 (0,25; 2,8)

Kokki/2005 P: 0,74 OR: 0,74 (0,19; 2,86) RR 0,77 (0,24; 2,48)

Bailey/ 2007 P 0,93 OR 0,68 (0,14; 3,22) RR 0,7 (0,17; 2,92)

DISCUSION

Los artículos revisados abordan el mismo problema, utilizando distintas medidas que no resultan comparables entre sí. Por otro lado, no se utilizaron los mismos fármacos, dosis, criterios de inclusión/exclusión, o diseño, dando lugar a sesgos. En el análisis de los datos suministrados por los autores en la tabla de contingencia no se encontraron diferencias estadísticas significativas entre los grupos experimental y placebo en ninguno de los trabajos. En todos los casos las muestras resultaron menores que las calculadas, por lo que los resultados pierden valor estadístico.

CONCLUSION

Es necesario hacer estudios con mayor tamaño muestral para poder comprobar este efecto.

LESIONES NO INTENCIONALES EN PEDIATRÍA: ANÁLISIS PRELIMINAR EN UN CENTRO DE REFERENCIA DEL CONURBANO

RPD 23

Urman G.^{1*}; Camargo Vargas B.²; Mulett M.³; Calderón Ospino R.⁴; Aguilar Fernandez C.⁵;
Buendía Rodríguez J.⁶; Arauzo A.⁷; Sastre G.⁸

DEPARTAMENTO DE SALUD MATERNO INFANTIL UNIVERSIDAD MAIMONIDES^{1,2,3,4,5,6}; HGZA EVITA PUEBLO DE BERAZATEGUI⁷
*dsmi@maimonides.edu

INTRODUCCIÓN:

Los accidentes constituyen la primera causa de muerte a partir del primer año de vida. Conocer su epidemiología en nuestra área de influencia, permite orientar acciones preventivas. El Hospital Zonal General Descentralizado de Agudos Evita Pueblo de Berazategui (HAE-PB) actúa como centro de referencia de una población de 300.000 habitantes, por lo que concentra patologías de mayor complejidad

OBJETIVO:

Determinar y caracterizar las consultas por lesiones no intencionales en la población pediátrica del área de influencia del HAE-PB.

METODOLOGÍA:

Estudio retrospectivo mediante el análisis de consultas pediátricas por guardia en el período Noviembre 2009 a Abril 2010.

RESULTADOS:

En el periodo de estudio se relevaron 32184 consultas por guardia, de las cuales 1334 (4,14%) fueron por lesiones no intencionales. La mediana de edad de los pacientes fue de 3 años (IC 95%:3-4 años). El 61,94 % ocurrieron en varones. Un 88,27% requirió manejo ambulatorio, el 11,65% internación y se dio un caso de muerte. La distribución

de las lesiones según su presentación fue: el primer lugar (aun en el grupo de menos de 6 meses) correspondió a Traumatismo craneoencefálico (TEC) sin pérdida de conciencia (PC) con un 52,48%, seguido por heridas cortantes 15,35% poli trauma 7,76%, traumatismo facial 7,12 %, mordedura 4,12%, quemadura 2,79%, TEC con PC 2,16% y accidente en vía pública 1,12%. Casi no hubo casos de intoxicación ni cuerpos extraños. Al analizar la frecuencia por edad observamos que el grupo con más consultas fue el de 1 a 5 años. Llamó la atención que 13% de las consultas fue en menores de 1 año. También notamos una marcada diferencia al analizar la prevalencia de lesiones en relación al período escolar (232 consultas) versus vacaciones (115 consultas).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

Al estudiar las consultas por lesiones en el HAE-PB llama la atención tanto la magnitud del problema, como su gravedad y su distribución en relación al ciclo lectivo. Dado que muchos niños afectados no llegan a consultar, creemos que hay un subregistro. Estos datos descriptivos justifican planear acciones preventivas, implementarlas y evaluar su efectividad.

ESTUDIO COMPARATIVO 2008-2009 DE INFECCION ASOCIADA A CATETER IMPLANTABLE Y BACTERIEMIA EN NIÑOS ONCOLOGICOS

RPD 24

Del Campo L.^{1*}; Saltarelli O.²; Moreno L.³; Reynoso N.⁴; Luedicke N.⁵; Alabart N.⁶

HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SAN ISIDRO CARLOS A GIANANTONIO^{1,2,3,4,5,6}

*lucredc@fibertel.com.ar

INTRODUCCIÓN:

La infección es una complicación de los catéteres implantables en pacientes oncológicos, que aumentan los días de hospitalización y la morbi-mortalidad de estos pacientes. En el 2009 se implementaron en nuestro hospital medidas de prevención de IAC

OBJETIVOS:

Comparar la tasa de IAC y de BAC en pacientes pediátricos internados entre 2008-2009

POBLACIÓN:

Se evaluaron todos los catéteres implantables en pacientes oncológicos en la sala de pediatría durante el año 2008 y 2009

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo, transversal, observacional. Se compararon las tasas de infección asociada a catéter y de bacteriemia antes y después de poner en práctica un programa de educación sobre prevención y adecuado manejo de estos dispositivos al personal de salud. Infección asociada a catéter sin bacteriemia (IAC): Infección del sitio de inserción del catéter y/o del túnel y/o celulitis del bolsillo del catéter y/o colonización del catéter, en un paciente con manifestaciones clínicas de infección y sin otro origen aparente, con HMC negativo. Bacteriemia asociada a catéter (BAC): IAC con por lo menos un HMC

de vena periférica positivo para el mismo microorganismo que para la punta de catéter o el retrocultivo de catéter

RESULTADOS:

Las edades de los niños oscilaron entre 1 y 15 años. La tasa de infección asociada a catéter fue 1,7‰ y la tasa de bacteriemia fue de 0,9‰ en el 2008 mientras que en el 2009 fue de 3,93‰ y 0,98‰ respectivamente. Los gérmenes predominantes durante el 2008 fueron Candida (43%) y Staphylococcus (29%) y BGN (21%), mientras que en el 2009 fueron BGN (65%), Candida (22%) y Staphylococcus (13%)

CONCLUSIONES:

La tasa de infección asociada a catéter se encuentra dentro del rango publicado en otros trabajos. Los gérmenes rescatados en el 2009 en comparación con el 2008 fueron los mismos pero distribuidos en distinta proporción. No se logró disminuir las infecciones con el programa de educación y se decidió que sean los mismos agentes de salud los que confeccionen protocolos con normas de prevención y manejo de catéteres. Se busca involucrar más al personal en el cumplimiento de las mismas con el objetivo de disminuir las IAC.

INFECCIONES PEDIÁTRICAS POR STAFILOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE

RPD 25

Rodríguez D.^{1*}; Dario S.²; Coscoñas M.³; Mottola N.⁴; Sastre G.⁵; Rodríguez A.⁶

HOSPITAL EVITA PUEBLO BERAZATEGUI 1 2 3 4 5 6

*davero23@hotmail.com

INTRODUCCIÓN:

En la última década se informaron casos crecientes de pacientes infectados con cepas de SAMRC provenientes de la comunidad. Estas mostraron un patrón de sensibilidad antibiótica diferente de las cepas hospitalarias. Debido a ello, realizamos un estudio retrospectivo.

OBJETIVO:

Determinar la prevalencia de SAMRC en el servicio de pediatría y compararla con la publicada por estudios realizados en hospitales pediátricos.

MATERIALES Y MÉTODO:

Se revisaron 168 HC del período comprendido entre Enero 2008 - Agosto 2009. Se excluyeron los pacientes con enfermedades de base, antecedentes de hospitalizaciones previas. La muestra queda conformada por 112 pacientes previamente sanos, que presentaron infecciones de piel adquiridas en la comunidad.

RESULTADOS:

112 pacientes evaluados, 25 correspondieron a SAMR (22%), a SAMS (8%), a SCoN (6%), otros (7%), sin documentación (57%). De los 25 casos 40% presento hemocultivos positivos, 56% cultivo de lesión, y un 4% en ambos. Los sitios de lesión fueron Abscesos 36%, celulitis 24%, impetigo 16%, varios 16%, hematomas 8%. La zonas corporales mas

afectadas fueron m. inferior 10 (40%), glúteo 7 (28%), pared abdominal 2 (8%), m. superior 2 (8%), otras 3 (12%). La resistencia antibiótica vista fue a Clindamicina 2 (8%), Trimetoprima sulfametoxazol 1 (4%), Rifampicina 1 (4%). La media del recuento de glóbulos blancos fue 19.300. Un 32% requirieron drenaje quirúrgico. La media de internación 12 días. Evolución desfavorable 80% (osteomielitis 2, TVP 1, Obito 2). Predominio en el sexo masculino 72%, el rango etario afectado fue 1-5 años y mayores de 10 años. Un 30% había recibido tratamiento antibiótico en forma ambulatoria. Como factor relacionado mas prevalente fue el hacinamiento 72%, otros (traumatismo, forúnculos).

CONCLUSIONES:

La tasa de SARC alcanza el 51. Los pacientes infectados por estas cepas no presentaron factores predisponentes. Las condiciones de hacinamiento favorecen éstas infecciones. Se caracterizan por afectar la piel y partes blandas, especialmente como abscesos localizados en miembros inferiores y glúteo.

Los niños presentaron una alta frecuencia de tratamiento discordante al ingreso. El 30% había realizado tratamiento con cefalexina previamente. Un 32% requirió tratamiento quirúrgico.

Un 20% cursó en forma invasiva y se registró una mortalidad del 8. La tasa de resistencia a clindamicina es menor del 15%. Permite utilizarla en forma empírica ante la sospecha de estas infecciones.

A PROPÓSITO DE UN CASO: HIDATIDOSIS PULMONAR BILATERAL, COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE DOLOR TORÁCICO DE 1 MES DE EVOLUCIÓN

RPD 26

Ribero N.^{1*}; Bacre J.²; Daher M.³; Garses L.⁴; Saglimbeni A.⁵; Yanzón G.⁶

HOSPITAL ZONAL DE ESQUEL^{1 2 3 4 5 6}

*nrribero@hotmail.com

INTRODUCCIÓN:

La Echinococcosis es una zoonosis endémica en el Noroeste de la provincia de Chubut, enfermedad infecciosa, con huéspedes accidentales el hombre, ganado vacuno, ovino, caprino y huésped definitivo el perro. Prevenible y erradicable.

OBJETIVO:

Descripción de la Hidatidosis en un niño y su forma de presentación.

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Niño de 4 años oriundo de zona rural Gualjaina, con antecedentes de Neumonía unifocal izquierda 6 meses antes, tratamiento ambulatorio. Antecedentes personales: RNT/PAEG. Vacunas completas. Medio epidemiológico: casa rural con agua de pozo. Ganado ovino y vacuno. Caballos y perros.

Es derivado por dolor torácico de 1 mes de evolución, al examen físico afebril. Hipoventilación basal izquierda. Rx tórax imagen de condensación izquierda. Se trata con amoxicilina ambulatoriamente y se cita a control en un mes.

Regresa a los 2 meses, se le realiza rx de tórax control con misma imagen anterior se decide realizar de TAC de tórax, donde se evidencian 2 quistes en ambas bases de 67 x 42 mm el derecho y 70 x 70 mm el izquierdo. Se consulta con servicio de cirugía con los cuales se progra-

ma acto quirúrgico en 2 tiempos realizando primero la quistectomía del quiste más grande, con modalidad parto. Se abordó al paciente por una toracotomía vértice anterior amplia. Se extrajo quiste entero con diámetro de 10 cm. Confirmando el diagnóstico por anatomía patológica. Requirió 5 días de internación postquirúrgica. Tratamiento con Ampicilina - Gentamicina, analgésicos y drenaje pleural. Buena recuperación inmediata y mediata. Mejoría notable de la entrada de aire a pulmón izquierdo. Quistectomía derecha con la misma modalidad 2 meses posterior y tratamiento con Albendazol 10mg/kg/día durante 30 días posterior a las quistectomías.

CONCLUSIONES:

Destacar la importancia del estudio del dolor torácico y el control radiológico posterior a una neumonía, sobre todo en zonas endémicas de Hidatidosis.

Esta enfermedad puede ser prevenible, y presenta una morbilidad con altos costos sanitarios, familiares y sociales, siendo una enfermedad erradicable como se demostró en otros países.

A través de un programa sanitario provincial que incluye actividad veterinaria, atención médica, educación para la salud y vigilancia epidemiológica, se intenta disminuir el riesgo de enfermar de los habitantes de Chubut.

SINDROME DE OSGOOD-SCHLATTER: PRESENTACIÓN DE UN CASO

RPD 28

Cairone N.^{1*}; Bonelli L.²; Cairone N.²; Fernandez C.³; Leta K.⁴; Raitano P.⁵; Tuccillo P.⁶

HOSPITAL NAVAL PEDRO MALLO¹²³⁴⁵⁶

*nataliacaironi@hotmail.com

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad de Osgood-Schlatter suele ser un diagnóstico difícil para la clínica pediátrica debido a su similar signo sintomatología con celulitis de rodilla y otras enfermedades traumatológicas.

OBJETIVO:

Presentación de un caso de osteocondrosis y resaltar la importancia de un examen físico completo e interdisciplinario.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Paciente de sexo masculino, de 11 años de edad, sin antecedentes de importancia ni traumatismos. Comienza 72 horas previas con dolor leve en rodilla derecha, con aumento de intensidad en el transcurso del tiempo, agregándose impotencia funcional y fiebre según referencia materna; por lo que consultan a la guardia.

Al ingreso se realizó: hemograma, radiografía de tórax y radiografías comparativas de ambas rodillas.

RESULTADOS:

Examen físico: Afebril, clínica y hemodinámicamente estable, dolor, tumefacción e impotencia funcional en rodilla derecha y lesiones residuales por rascado en ambos miembros inferiores. Resto del examen dentro de límites normales.

Hto 36,3%; Hb 12,5 mg/dl; Glóbulos blancos 12.100 mm³, fórmula:

82% neutrófilos segmentados, 17% linfocitos, plaquetas 295.000 mm³.

Se interpreta como celulitis de rodilla derecha, por lo que se realizan hemocultivos x 2 y se medica con clindamicina 30 mg/k/día endovenoso.

Se interconsulta con Servicio de Ortopedia y Traumatología quien solicita radiografías de ambas rodillas frente y perfil: espacios interarticulares fémorotibiales y fémororotulianos conservados, persistencia de cartilago de crecimiento en peroné, tibia y fémur, no se evidencia alteración ósea.

Se reevalúa al paciente diagnosticando Síndrome de Osgood-Schlatter grado II indicando analgésicos, calza de yeso y control ambulatorio.

CONCLUSIONES:

Las osteocondrosis juveniles son un grupo heterogéneo de trastornos en los que las alteraciones regionales del crecimiento óseo producen artropatías no inflamatorias. La enfermedad de Osgood-Schlatter se acompaña de dolor, tumefacción e hipersensibilidad localizada en la tuberosidad tibial.

La patogenia se desconoce, pero se cree que se produce una necrosis isquémica de los núcleos de osificación primarios y secundarios.

EPIDEMIOLOGÍA VIRAL EN IRAB DE PACIENTES PEDIÁTRICOS HOSPITALIZADOS

RPD 29

Saldías M.^{1*}; Suarez G.²; Nieruczkow E.³; Fariás A.⁴; García C.⁵; Sastre G.⁶; Rodríguez A.⁷; Costa R.⁸

HOSPITAL ZONAL GENERAL DE AGUDOS EVITA PUEBLO DE BERAZATEGUI¹²³⁴⁵⁶⁷⁸

*ceciliasaldias@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN:

Las infecciones respiratoria agudas bajas (IRAB) son la primera causa de internación en niños menores de 5 años en la época de invierno. Es la segunda causa de mortalidad en la edad pediátrica.

En 2009 la pandemia de Influenza A H1N1 nos sorprendió produciendo un número mayor de consultas por guardia que lo esperado para esta época. La falta de normativas nacionales claras para enfrentar este flagelo nos llevo a tomar decisiones aventuradas en el marco de la conformación de un comité de crisis dentro del hospital.

OBJETIVO:

Conocer la etiología viral de los pacientes internados con IRAB y sus complicaciones

POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo durante el periodo de mayo-agosto del 2009 en una sala de internación pediátrica. Se evaluaron pacientes internados menores de dos años con IRAB. Las muestras de aspirado nasofaríngeo fueron analizadas utilizando IFI (sensibilidad para Influenza A 80%)

RESULTADOS:

423 pacientes evaluados, 34 correspondieron a mayo (8%), 128 a junio (30%), 139 julio (33%) y 122 agosto (29%). De los virológicos fueron positivos para VRS 202 (48%), Negativos 188 (44%), Influenza A 22 (5%), Adenovirus 6 (2%), Parainfluenza 9 (2%), otros 17 (4%)

(VRS/Influenza A 14, VRS/ Adenovirus 1, Influenza/parainfluenza 2). Predomino el sexo masculino con 54% (n: 237) y femenino un 36% (n: 186). El promedio de edad correspondió a menores de 3 meses 34% (n: 144), entre 3-6 meses 22% (n: 93), entre 6-12 meses 27% (n: 114) y mayores de 12 meses 17% (n: 72). Un 39% (n: 166) de pacientes presentó complicaciones como neumonía, neumonitis y sepsis. El 2 % (n: 9) requirieron derivación a UTI y el 1,5% (n: 6) obitó, de los cuales 3 (50%) eran sanos y el otro 50% presentaba factores de riesgo (prematuridad, síndromes genéticos, cardiopatías congénitas y BOR). Cinco días fue el promedio de internación en un rango de 2 a 15 días.

CONCLUSIÓN:

Las IRAB se asociaron con mayor frecuencia al sexo masculino y menores de tres meses.

Los días de internación promedio fueron de cinco días.

Un 39% de pacientes presentó complicaciones como neumonía, neumonitis y sepsis.

El 2 % requirieron derivación a UTI y el 1,5% obitó.

El VSR continua siendo el de mayor prevalencia entre la población pediátrica, sin embargo, el virus Influenza A estuvo asociado a mayor mortalidad.

La presencia de factores de riesgo como cardiopatías, prematuridad, BOR y síndromes g enéticos favoreció al incremento de la morbimortalidad.

PREVALENCIA DE LEUCEMIA AGUDA EN UN SERVICIO DE ONCOHEMATOLOGIA PEDIATRICO

RPD 30

Nader N.^{1*}

HOSPITAL INTERZONAL MATERNO INFANTIL DE MAR DEL PLATA¹

*ceciliasaldias@yahoo.com.ar

Coincidiendo con los datos publicados internacionalmente en Argentina las leucemias agudas constituyen la enfermedad oncohematológica más frecuente en la infancia. El agente de transformación leucémica es desconocido y podrían contribuir en dicha transformación factores genéticos, ambientales, víricos e inmunológicos.

La prevalencia corresponde al 37% sobre el total de las enfermedades neoplásicas en pediatría, siendo la tasa de incidencia de 3 a 4 por 100.000 en niños menores de 15 años estimándose entre 470 y 570 casos nuevos por año en Argentina, observándose la mayor incidencia entre los 3 y 5 años de edad.

En el momento del diagnóstico el paciente puede estar asintomático y ser un hallazgo casual o iniciarse como un síndrome general inespecífico, fiebre, palidez, adenopatías, dolor osteoarticular entre otros. La anemia está presente en el 90% de los casos y el recuento de leucocitos es variable. Estos pacientes representan una emergencia oncohematológica y se sabe que con un correcto y oportuno diagnóstico y tratamiento alcanzan una tasa de supervivencia entre el 40% al 80%. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, observacional y transversal. La población bajo estudio niños de ambos sexos de 0 a 15 años de edad con diagnóstico de enfermedad oncohematológica en un servicio de oncohematología pediátrico en el período comprendido

entre el 01 de enero de 2007 al 30 de junio de 2010. Los objetivos fueron determinar la prevalencia de leucemia aguda, determinar sexo y edad de presentación más frecuente y determinar el motivo de consulta y los hallazgos hematológicos más frecuentes. Los datos se recogieron en base a las historias clínicas de los niños bajo estudio. De los resultados obtenidos la prevalencia de leucemia aguda fue del 33%. El 52% perteneció al sexo masculino y la edad de presentación más frecuente fue entre 1 y menos de 5 años de edad con el 50%. El motivo de consulta más frecuente fue el control clínico y la fiebre con el 23% respectivamente y entre los hallazgos hematológicos la bicitopenia (anemia y trombocitopenia) representó el 48%. Es importante conocer la prevalencia de esta enfermedad como también las posibles manifestaciones clínicas iniciales para elaborar un diagnóstico de sospecha y realizar la detección temprana interpretando correctamente los hallazgos hematológicos y la signo sintomatología del paciente ya que diagnosticada tempranamente es potencialmente curable.

ABDOMEN AGUDO CON HEPATOSPLENOMEGALIA Y ADENOPATIAS CERVICALES COMO PRESENTACION CLINICA DE LEUCEMIA AGUDA

RPD 31

Nader N.^{1*}

HOSPITAL INTERZONAL MATERNO INFANTIL DE MAR DEL PLATA¹

*ceciliasaldias@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN:

La Leucemia Aguda es la enfermedad oncohematológica más frecuente en pediatría, representando el 37% del total de ellas. Las manifestaciones clínicas iniciales son diversas pudiendo iniciarse con un síndrome general inespecífico, fiebre, adenopatías, dolor osteoarticular y dolor abdominal, palidez y hepatosplenomegalia entre otras. La anemia es el hallazgo hematológico más frecuente y el recuento de leucocitos es variable. Representa una emergencia oncohematológica por lo que es importante realizar su detección temprana.

OBJETIVO:

Describir un caso clínico de Leucemia Aguda que se presentó con un cuadro de abdomen agudo con hepatosplenomegalia y adenopatías.

PRESENTACIÓN DE CASO:

Paciente de sexo masculino de 8 años de edad con antecedentes personales de adenopatía cervical única retro esternocleidomastoidea derecha, de aparición aguda, fija e indolora con resto del examen físico y estudios complementarios normales. Recibió tratamiento antibiótico con escasa respuesta por lo que se decidió realizar biopsia ganglionar. Ingresa 20 días posteriores a la aparición de dicha adenopatía con un cuadro de abdomen agudo. Al examen físico presentaba

palidez, múltiples adenopatías cervicales, abdomen doloroso a la palpación con hepatosplenomegalia. Se realizó hemograma: anemia (hematocrito=23%, hemoglobina=8,3gr%), trombocitopenia (plaquetas=41.000/mm³) y leucocitosis (glóbulos blancos=43.900/mm³) con blastos (98%) por lo que se reasumió el cuadro clínico como debut leucémico. El informe de la biopsia ganglionar realizada se recibió durante la internación: leucemia linfocítica aguda/linfoma linfoblástico.

CONCLUSIÓN:

Si bien la casusa más frecuente de adenopatía cervical única es la bacteriana estas constituyen también una de las manifestaciones clínicas en los pacientes con diagnóstico de leucemia aguda por lo que es importante su seguimiento clínico aun con hallazgos hematológicos iniciales normales.

INCIDENCIA DE INSUFICIENCIA RENAL AGUDA EN UNA POBLACION PEDIATRICA

RPD 32

Melnechuk P.^{1*}; Lopez M.²; Gomez E.³; Mayer L.⁴; Maskin De Jensen A.⁵; Ledesma J.⁶; Fontana R.⁷

HOSPITAL DE PROVINCIAL DE PEDIATRIA DE MISIONES^{1,3,4,6,7}; HOSPITAL DE PROVINCIAL DE PEDIATRIA DE MISIONES- FACULTAD DE CIENCIAS EXACTAS QUIM Y NAT, UNAM²; FACULTAD DE CIENCIAS EXACTAS QUIM Y NAT, UNAM⁵

*pmelnechuk@hotmail.com

INTRODUCCIÓN:

La insuficiencia renal aguda (IRA) es un deterioro brusco, potencialmente reversible, del filtrado glomerular que conlleva a una alteración del medio interno, con etiologías diversas que requieren diagnóstico precoz y tratamiento adecuado. En nuestra provincia no existen datos epidemiológicos, ya que no hay estudios previos relacionados.

OBJETIVO:

Determinar la incidencia de IRA prerenal (fallo prerenal), renal o posrenal en niños hospitalizados entre marzo a diciembre del año 2008.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se estudiaron niños que ingresaron al hospital, con factores de riesgo para IRA en los servicios polivalente I, polivalente II, Unidad de cuidados especiales pediátricos (UCEP) y Terapia intensiva pediátrica (TIP) durante dicho período.

Se incluyeron pacientes que presentaron 2 signos: urea elevada y disminución del flujo urinario no menor a 6 hs. Descartando los que presentaban deterioro de la función renal previo.

Las pruebas de laboratorio realizadas fueron: urea (método colorimétrico), creatinina (método colorimétrico cinético), ionograma (electrodo ion selectivo) en suero y orina al azar. Se realizaron los siguientes cálculos para diferenciar Fallo prerenal de IRA renal: U/P

urea, U/P creatinina, EFNa% (excreción fraccional de sodio). Se calculó la incidencia (I) total y por servicios.

RESULTADOS:

Se calculó la incidencia en base a un total de 1946 niños internados. Se diagnosticaron 75 con IRA (I = 3,85%), 11 en TIP (I=0,56%), 22 en UCEP (I=1,13%), 30 en polivalente II (I=1,34%) y 12 en polivalente I (I=0,60%). La incidencia de prerrenales fue 3,03%, renales 0,77% y posrenales 0,05%. La incidencia por servicio fue: polivalente I: prerrenales: 1,19%, renales: 0%; polivalente II: prerrenales: 3,75%, renales: 0,72%, UCEP: prerrenales: 9,5%, renales: 2% y TIP: prerrenales: 6,52%, renales: 13%. Se diagnosticó un solo caso de IRA posrenal, en servicio de UCEP.

CONCLUSIONES:

La incidencia de IRA del total de pacientes internados es 3,85%: prerrenales 3,03%, renales 0,77% y posrenales 0,05%. La mayor incidencia de IRA renal se da en el servicio de TIP. La azoemia prerenal es la forma más común de disfunción renal en pacientes hospitalizados. Por esta razón, es necesario considerar todas las medidas preventivas necesarias a fin de reducir su incidencia y evitar la evolución a insuficiencia renal intrínseca.

CUANDO LOS CÓLICOS ESCONDEN UNA PATOLOGÍA POCO FRECUENTE

RPD 33

Tellechea A.^{1*}; Traut M.²; Salvo M.³; Waimann P.⁴; Méndez J.⁵

HTAL ALEMAN^{1,2,3,4,5}

*analaura.tellechea@gmail.com

Se trata de un niño de 13 meses de edad, sin antecedentes patológicos de importancia quien comienza súbitamente con dolor abdominal de tipo cólico y decaimiento, por lo que, a las 48 hs, consultan por guardia donde se observa abdomen distendido con eliminación de gases sin encontrar otra causa del llanto al examen físico.

Por presentar cólicos de mayor intensidad retornan ese mismo día a las 4 hs siendo evaluado por otro pediatra quien le realiza radiografía de abdomen de pie observándose mala distribución de aire con escaso aire distal, al no encontrar otro signo positivo al examen físico se indica dieta líquida y pautas de alarma.

Al persistir con dolor consultan nuevamente a las 36 hs al servicio de guardia donde se constata niño con cataris negativa de 48 hs, distensión abdominal por lo que se indica enema evacuante, presentando una deposición y mejoría clínica por lo que regresa a su hogar. A las 48 hs de la última consulta, el niño se encontraba con aumento de la intensidad del dolor, sin fiebre, sin cataris, sin vómitos, con gran distensión abdominal que no permitían una valoración semiológica abdominal adecuada. Se repite radiografía de abdomen de pie donde se observa imagen radioopaca en epigastrio, distensión colónica con aire distal, sin niveles hidroaéreos. Se solicita ecografía abdominal que informa proceso quístico en epigastrio de 65 x 65 x 77 mm de difícil caracterización en cuanto a su origen, no pudiéndose descartar que sea propio de la cavidad gástrica y no se lograba visualizar el páncreas.

Se decide su internación. Se realiza TC de abdomen con contraste donde se observa en topografía de cabeza de páncreas imagen líquida de 7 x 8 cm que desplaza al estómago en sentido anterior, no pudiendo descartarse relación de la misma con el colédoco, el cual se encontraba dilatado y serpiginoso, el resto del páncreas se encontraba con morfología conservada, retroperitoneo libre.

El niño finalmente es operado, se le realiza duodenopancreatectomía cefálica con diagnóstico anatomopatológico de linfangioma de cabeza de páncreas.

Podemos inferir, revisando retrospectivamente este caso, que no debemos subestimar sintomatología de frecuente consulta ambulatoria, como son los cólicos abdominales, ya que detrás de ellos puede esconderse patología de muy baja prevalencia pero de gran complejidad como es un tumor de cabeza de páncreas.

ASOCIACIÓN INFRECUENTE DE DOS ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Maidana R.^{1*}; Bazán R.²; Bravo S.³; Fernández T.⁴; Grecco N.⁵; Alquezar M.⁶; Marinos C.⁷; Pisera Z.⁸;
Dicatarina J.⁹; Bustamante M.¹⁰; Rivero M.¹¹

HOSPITAL P. PIÑERO¹²³⁴⁵⁶⁷⁸⁹¹⁰¹¹

*pediatriapinero@gmail.com

INTRODUCCIÓN:

El dengue es una enfermedad de transmisión vectorial, transmitida por la hembra del mosquito *Aedes aegypti*.

El ciclo biológico comienza con la adquisición del virus del dengue de la sangre de un enfermo en viremia, este se extiende desde 48 h. antes de la aparición de la fiebre hasta 5 días después. El virus debe multiplicarse en el mosquito, proceso que demanda varios días y que depende de la temperatura medio ambiental, en este momento estará listo para inocular el virus a un hombre susceptible cuando nuevamente necesite alimentarse de sangre para la siguiente ovipostura.

OBJETIVOS:

Presentar un paciente con una asociación atípica de dos enfermedades infecciosas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Paciente de 14 años, sexo masculino, previamente sano, ingresa por guardia refiriendo cefalea frontal intensa y mialgias, en regular a mal estado general, febril, petequias en miembros inferiores, epistaxis y lesiones compatibles con picaduras de insectos en ambos tobillos. Como antecedente de importancia se rescata del interrogatorio que el niño ha regresado de un viaje de la Provincia de Salta.

Se policulitva al paciente ante la sospecha de Sepsis con foco meningeo. Por cuadro compatible por infección por Dengue, se solicita

serología.

Recibe tratamiento endovenoso con Ceftriaxona 100mg/kg/día, durante 7 días + Amikacina 15 mg/kg/día, durante 6 días. A los 10 días de internación, el paciente evoluciona favorablemente, con remisión de su sintomatología, por lo que se indica su egreso hospitalario.

RESULTADOS:

Laboratorio de Ingreso: GB: 2300 mm³ (44% PMN), Hto 34%, Hb 12.2 g/dl, Plq 132.000 mm³.

LCR: acelular, glucorraquia 57mg/dl, proteinorraquia 40 mg/dl. Hemocultivos negativos.

Se aísla en el LCR Moraxella Osloensis. Serología positiva para Dengue.

CONCLUSIONES:

El dengue clásico en general es un proceso autolimitado y de evolución benigna. El tratamiento es de tipo sintomático y el paciente mejora completamente al cabo de aproximadamente 7 días.

Al no existir una vacuna, la única forma de controlar la enfermedad es prevenirla y su sospecha clínica ante los antecedentes de importancia. El aislamiento de Moraxella Osloensis es frecuente en el tracto respiratorio superior, pero la enfermedad invasiva por este germen tiene poca implicancia clínica con respecto a su frecuencia. A pesar de esto, se la aísla en hemocultivos y líquido cefalorraquídeo, siendo esto en la mayoría de los casos, la forma de diagnóstico.

RPD 34

HERNIA DIAFRAGMÁTICA, EDAD INFRECUENTE DE DIAGNÓSTICO

Bazán R.^{1*}; Maidana R.²; Fernández T.³; Solernó J.⁴; Bravo S.⁵; Grecco N.⁶; Alquezar M.⁷; Marinos C.⁸;
Rivero M.⁹

HOSPITAL P. PIÑERO¹²³⁴⁵⁶⁷⁸⁹

*richard23819@hotmail.com

INTRODUCCIÓN:

La hernia diafragmática es una patología frecuente en la población infantil, siendo los defectos del lado izquierdo los más frecuentes (85%). Estas lesiones suelen presentarse con dificultad ventilatoria grave en las primeras horas de vida y un bajo porcentaje luego de este período. Su mortalidad varía entre un 50 al 80 % dependiendo del grado de compromiso pulmonar.

OBJETIVOS:

Presentación de un paciente, con diagnóstico de Hernia diafragmática variante Bochdalek a los 11 meses de edad.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Paciente de 11 meses de vida portador de Síndrome de Down (cromosómico compatible con trisomía del par 21) ingresa al servicio de pediatría con diagnóstico de neumonía derecha más hipoxemia, como antecedentes refiere múltiples episodios respiratorios.

Sin buena evolución clínica comienza nuevamente con registros febriles, se realiza Radiografía de Tórax donde se constata imagen radiolúcida en base pulmonar izquierda; se solicitó ante la sospecha de hernia diafragmática vs parálisis frénica; TAC de Tórax y abdomen donde se constata presencia de vísceras abdominales en cavidad torácica. Se Interconsulta con Cirugía donde se realiza Diagnóstico de Hernia Diafragmática.

RESULTADOS:

Radiografía de Tórax: Se visualiza imagen radio lúcida en base pulmonar izquierda, donde no puede descartarse la presencia de asas intestinales en cavidad torácica.

Tomografía de Tórax: Mediastino centrado, sin evidencias de adenomegalias, infiltrados pulmonares bilaterales. Es probable que exista elevación del hemidiafragma izquierdo, hallazgo que deberá correlacionarse por otros métodos.

CONCLUSIONES:

La hernia diafragmática posterolateral o de Bochdalek, es una patología estructural grave, de presentación frecuente durante el período neonatal, acompañada de síntomas respiratorios. La presentación tardía difiere de la del recién nacido por presentar hipoplasia pulmonar mínima o nula, siendo la cirugía reparadora 100 % exitosa. Se han detectado anomalías asociadas verdaderas en un 30 % de los casos, entre ellas lesiones en el SNC, atresia esofágica, onfalocelo, lesiones cardiovasculares y otros síndromes conocidos como la trisomía 13, 18 y 21, el síndrome de Fryn y síndrome de Turner.

RPD 35

MENINGITIS BACTERIANA POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B, AGENTE POCO FRECUENTE

RPD 36

Vello F.^{1*}; Bazán R.²; Saavedra S.³; Alquezar M.⁴; Sardar V.⁵; Solernó J.⁶; Panigazzi A.²; Marinos C.⁸; Rivero M.⁹

HOSPITAL P. PINERO^{1,2,3,4,5,6,7,8,9}

*fabivello@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN:

Las meningitis causadas por virus y por bacterias son las causas más frecuentes de las infecciones del sistema nervioso central. Algunos parásitos y hongos pueden causar meningitis infecciosa aunque son muy poco frecuentes. Otras patologías como tumores, irritación química, o alergias a medicamentos pueden ser causas de las mismas. Las infecciones bacterianas más comunes son debidas al meningococo. El Haemophilus Influenzae tipo b, con la introducción de la vacuna cuádruple en el calendario oficial ha perdido preponderancia, y solamente afecta a los lactantes con vacunación incompleta o no vacunados.

OBJETIVOS:

Presentar un paciente de 7 meses de edad con diagnóstico de Shock Séptico y Meningitis por Haemophilus Influenzae tipo B.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Paciente de 7 meses, sexo masculino, sin antecedentes patológicos de importancia; vacunación incompleta para la edad, ingresa por guardia febril, rechazo del alimento e irritable, en mal estado general, cuadro compatible con Shock Séptico. Presenta convulsión tónico clónico generalizada, con lateralización de la mirada hacia la izquierda. Posteriormente paro cardiopulmonar en 2 oportunidades, recupera con RCP avanzado. Trasladándose a UTI, se realiza intubación electiva,

ingresa en ARM con requerimientos de inotrópicos. Se policultiva luego de su estabilización. Se medica en forma empírica con aciclovir 30 mg/kg/día, ceftriaxona 100 mg/kg/día, dexametasona 0,6 mg/kg/día. Tratamiento de hiperglucemias con insulina. Transfusión con glóbulos rojos desplasmatisados. Debido a la mala evolución fallece a las 20 hs del ingreso a causa de Shock Séptico Refractorio.

RESULTADOS:

Laboratorio de ingreso: GB: 24400/mm³, Hto: 29 %, HB: 9,3 gr/dl, Plq: 113 1000/mm³, U: 0,18 mg/dl, Cr: 0,2 mg/dl, GOT: 88 UI/L, GPT: 75 UI/L, PCR: 15,3 mg/dl

LCR: Aspecto Turbio. Glucorraquia: 1 g/dl; Proteinorraquia: 288 mg/dl; Ácido Láctico: 10,9 mmol/L; Elementos: 1550 (90% pmm, 10% mn) y 150 hematies.

LCR y Hemocultivos positivos a Haemophilus Influenzae tipo B.

Datos Destacables: Vacunas aplicadas: 1 dosis de BCG y 1 dosis de Hepatitis B.

CONCLUSIONES:

Es importante remarcar la necesidad de vacunar con vacunas conjugadas contra Haemophilus influenzae tipo b a los menores de 5 años, ya que éstas han demostrado claramente su eficacia en la prevención de las infecciones graves producidas por este agente causal.

CHARLAS A LA COMUNIDAD. UNA EXPERIENCIA DEL RESIDENTE

PO 37

Dario S.^{1*}; Suarez G.²; Villa Leones E.³; Coscoña M.⁴; Antelo S.⁵; Bustamante M.⁶; Ojeda L.⁷; Sastre G.⁸

SERVICIO DE PEDIATRÍA HOSPITAL EVITA PUEBLO DE BERAZATEGUI^{1,2,4,5,6,7,8}; UNIVERSIDAD MAIMÓNIDES³

*sandra_dario@speedy.com.ar

INTRODUCCIÓN:

En la práctica diaria observamos falta o errónea información de los padres acerca de temas prevalentes en la infancia.

OBJETIVO:

Brindar a los padres información científicamente fundada y pautas de manejo inicial sobre temas prevalentes. Promover la comunicación del pediatra en formación - familia. Profundizar e internalizar los conocimientos del residente.

POBLACIÓN, MATERIALES Y MÉTODO:

Estudio descriptivo mediante el análisis de 200 cuestionarios realizados a cuidadores de los niños internados en la sala de lactantes de nuestro hospital dentro del marco de talleres dictados por médicos residentes con colaboración de personal de enfermería sobre bronquiolitis, diarrea, fiebre, vacunación y lactancia. Cada taller constó de: cuestionario a responder por los cuidadores con revisión final, desarrollo del tema, respuesta a consultas espontáneas, entrega de material impreso con certificado de asistencia y cuestionario final de satisfacción a cuidadores y residentes.

RESULTADOS:

De los 200 cuestionarios analizados, fueron resueltos correctamente 13% (26); incorrectamente 9% (18) y correctos parcialmente 78% (156). Analizando cada tema en particular los resultaron fueron:

bronquiolitis 100% (40) correctos parcialmente; lactancia 10% (4) correctos, 15% (6) incorrectos, 75% (30) parcialmente correctos; vacunas 17,5% (7) correctas, 82,5% (33) parcialmente correctas; manejo de la fiebre 27,5% (11) correctas, 30% (12) incorrectas, 42,5% (17) correctos parcialmente; diarreas 10% (4) correctas, 90% (36) parcialmente correctos. El 59% (118) de los padres aclaró conceptos; el 31% (62) recibió información detallada por primera vez y el 10% (20) no incorporó datos nuevos. Los residentes a cargo debieron reforzar conocimientos, en especial sobre lactancia y vacunas; expresaron que mejoró la relación con los padres y su capacidad de expresarse a la población general. Todos sintieron la actividad como un desafío y sus expectativas fueron superadas.

CONCLUSIONES:

Si bien algunos padres tienen una buena información, la mayoría presenta falta de manejo de la misma sobre temas prevalentes, evidenciándose gran interés por recibirla. Un determinante del conocimiento es la presencia de un pediatra de cabecera.

Se mejoró la relación padre-residente con impacto positivo en el cuidado de los niños y se revaloró la educación para la salud como instancia dentro de la formación profesional.

Se propone establecer esta actividad en la rutina de formación del pediatra.

UN ENFERMEDAD VIEJA

Cardozo L.^{1*}; Suarez N.²; Waimann P.³

HOSPITAL ALEMÁN^{1,2,3}

*cardozoluiseduardo@hotmail.com

El sarampión es una enfermedad exantemática altamente contagiosa que, antes de la introducción de la vacuna en 1960, producía 130 millones de casos y 7 a 8 millones de muertes cada año. Debido a las complicaciones los niños presentaban secuelas, como sordera o ceguera.

CUADRO CLÍNICO:

Paciente de 10 meses de edad, sin antecedentes patológicos de relevancia, gemelar. Consulta por Síndrome febril de 3 días de evolución con reciente aparición de rash micropapular en tronco y cara. Ligeramente áspero al tacto, febril al momento del examen físico. Fauces eritematosas con petequiados en paladar (Látex y cultivo para Streptococcus Pyogenes negativo).

A las 48 hs reconsulta presentando exantema morbiliforme aumentado en intensidad, generalizado, adenopatías axilares, inguinales y latero cervicales, todas < a 1 cm, CVAS, secreciones oculares, ojos rojos (cara sucia). Sin enanema. Se realiza Rx de tórax (Normal), Serologías para Sarampión, Rubeola, Parvovirus B19, CMV y EBV. Laboratorio: GB 6680(65% Linf); Hepatograma y VSG normales.

Se obtiene resultado IgM específica para Sarampión. No presenta complicaciones posteriores. El hermano gemelo recibe vacuna MMR según las indicaciones de control epidemiológico y comienza con fiebre de baja intensidad. A las 48 hs persiste febril y comienza con rash compatible con Sarampión.

DISCUSIÓN:

Las medidas preventivas se centran en la aplicación de vacuna que contenga el componente antisarampionoso. Desde el año 2000 a la fecha, no se habían confirmado casos de sarampión en la Argentina. Los últimos correspondieron a 6 casos registrados en la provincia de Córdoba. En Argentina, en concordancia con las recomendaciones de la OPS, desde el 1° de julio de 2003, se dispuso el funcionamiento de la Vigilancia Integrada Sarampión-Rubéola.

CONCLUSIÓN:

Presentamos un caso clínico de un paciente con síndrome febril con diagnóstico clínico y serológico de Sarampión. Se notificó a la Dirección de epidemiología sobre el caso sospechoso, se realizó una investigación sobre los antecedentes paternos, convivientes, lugares a los cuales habían viajado, no se notificaron otros casos sospechosos. Este caso demuestra la importancia en la notificación obligatoria a las autoridades de salud, el aislamiento de los niños, así como la vacunación según esquema regular. Es importante el conocimiento de la presentación de esta enfermedad y la actitud que se debe tomar con una vieja enfermedad.

RPD 38

NEUMONÍA CON DERRAME DE LA COMUNIDAD EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA

Jorrat P.^{1*}; Di Martino F.²; Hernandez G.³; Tellechea A.⁴; Waimann P.⁵; Mendez J.⁶

HTAL ALEMÁN^{1,2,3,4,5,6}

*pablojorrat@gmail.com

INTRODUCCIÓN:

La neumonía aguda de la comunidad (NAC) es una de las infecciones más frecuentes y con elevada morbimortalidad. Los virus son los responsables más frecuentes de neumonías en menores de 1 año. Dentro de las bacterias, Streptococcus pneumoniae y Haemophilus influenzae tipo b son las más frecuentemente aisladas. Dentro de las complicaciones más frecuentes se encuentra el derrame pleural, siendo una causa importante de internación.

MÉTODOS:

Se analizaron los pacientes internados por neumonía con derrame pleural entre los meses de junio de 2009 y junio de 2010. Se realizó un análisis retrospectivo mediante una ficha computarizada de las historias clínicas electrónicas.

RESULTADOS:

Se analizaron 25 casos de Neumonía aguda de la comunidad con derrame pleural que requirieron internación. En el servicio de Pediatría del Hospital Alemán se realizan alrededor de 70000 consultas ambulatorias anuales con 1950 internaciones al año en sala de pediatría, de las cuales un 1,3 % correspondieron a neumonías adquiridas de la comunidad con derrame pleural en el transcurso de junio de 2009 y junio de 2010.

El promedio de edad fue de 58 meses con un predominio del sexo masculino (3,4 a 1). Requirieron un promedio de 5,25 días de internación.

Un 20 % presentaban antecedentes de broncoespasmos a repetición y se constató bacteriemia con identificación de germen en un 16 % siendo el neumococo sensible el responsable en 3 de los casos y el Haemophilus influenzae no tipificable en 1 caso.

Un paciente presentó como complicación de infección invasiva por neumococo un síndrome urémico hemolítico atípico.

El 8 % requirieron asistencia en terapia intensiva pediátrica.

CONCLUSIÓN:

El derrame pleural es una complicación frecuente de las neumonías agudas de la comunidad. Requiere un diagnóstico precoz y una intervención oportuna con ATB empíricos, drenaje pleural y videotoracoscopia cuando se encuentre justificado por las características del derrame, para acortar la evolución, reducir los días de internación y la morbimortalidad de la enfermedad.

RPD 39

DIÁLISIS PERITONEAL NEONATAL: A PROPÓSITO DE UN CASO EN UN HOSPITAL POLIVALENTE DE LA PROVINCIA DE TUCUMÁN

RPD 41

Montenegro C.^{1*}; Caiguara S.²; Ávila E.³

HOSPITAL NICOLÁS AVELLANEDA^{1,2,3}

*claumonti2010@yahoo.com.ar

OBJETIVO:

Presentación de caso clínico: paciente recién nacido (RN), se le realizó diálisis peritoneal por Insuficiencia Renal Aguda (IRA).

INTRODUCCIÓN:

El (RN) en estado crítico es susceptible a (IRA) dado que sus reservas funcionales renales se encuentran disminuidas con respecto a niños mayores. Esta patología es cada vez más frecuente en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), ya que la sobrevida de neonatos críticos ha aumentado. Se presenta con incidencia del 8 al 24 %, de los cuales el 31.1 % son prematuros. En general existe una ideación negativa para el inicio de diálisis en neonatos por varios motivos. La naturaleza transitoria de la falla renal, la efectividad del tratamiento médico y la percepción errónea de mayor riesgo asociado a la diálisis hacen que en ocasiones se prolongue el inicio del tratamiento sustitutivo. Sin embargo, el inicio precoz de la diálisis se ha asociado a mejor sobrevida en los casos de (IRA) llegando al 43,9 % y los casos fatales no están relacionados con el procedimiento.

MATERIAL Y MÉTODO:

(RN) de sexo masculino ingresa a (UCIN), de 42 semanas de edad gestacional, con controles prenatales insuficientes, nace por parto, apgar 4/7, peso 3430 gr. Al ingreso el estado clínico es grave, en asistencia respiratoria, anuria. Presenta edema generalizado, anasarca, derrame

pericárdico. Se realiza tratamiento convencional, continúa anúrico. Se complica con hipertensión pulmonar, torax rígido y hemorragia pulmonar, plaquetopenia. Se transfunde plaquetas y sangre fresca. Laboratorio: Urea 113mg/dl; creatinina 47mg/dl, K: 5,9Meq/l. Ecografía renal: riñón izquierdo aumentado de volumen y ecogenicidad cortical; riñón derecho volumen conservado. Los médicos neonatólogos de (UCIN), realizan diálisis peritoneal por 3 días; del 4to. al 7mo. día de vida. Recupera diuresis con ritmo diurético: 4,7 cc/kg/h; disminuye urea y creatinina a valores normales, pero aumenta presión arterial llegando la media a 86 mm Hg. Se administra amlodipina. Permanece internado 45 días. Al momento del alta presenta: ritmo diurético de 2,6 cc/kg/h., presión arterial media de 65 mm Hg; peso 3670 gr. Continúa tratamiento con amlodipina y seguimiento con nefrología al momento actual.

CONCLUSION:

En este paciente, en el que se instauró tratamiento de diálisis peritoneal al 3er día de vida, se obtuvieron resultados clínicos satisfactorios.

HEMANGIOMA LARINGEO Y ESTRIDOR BIFÁSICO: ¡ALERTA!

RPD 43

Carballo C.^{1*}; Almada A.²; Soto F.³

HNRG^{1,2,3}

*ca_ro_li_na_2@hotmail.com

El hemangioma es el tumor de partes blandas más frecuentes en la infancia. Es una neoplasia compuesta por endotelio vascular hiperplásico y proliferativo. La localización subglótica es poco frecuente, presenta una incidencia global menor al 1%, afecta más al sexo femenino y en la mitad de los casos se asocia a hemangiomas cutáneos de localización facial.

Clínicamente se caracteriza por estridor bifásico que evoluciona a dificultad respiratoria progresiva. Aparece a partir de las seis semanas de vida, siendo asintomáticos al nacimiento.

El diagnóstico se basa en la sospecha clínica y se confirma por endoscopia. El tratamiento depende fundamentalmente del tamaño del hemangioma y su repercusión clínica.

Si bien es un tumor benigno que tiende a la involución dada su localización presenta alta mortalidad.

El propósito de esta comunicación es describir el caso de una niña con la patología cuyo principal signo de presentación fue el estridor bifásico y la dificultad respiratoria progresiva. Nuestra finalidad es aumentar el índice de sospecha en los pediatras para su rápido diagnóstico y tratamiento.

SENSIBILIDAD ANTIBIOTICA EN INFECCIONES URINARIAS POR ESCHERICHIA COLI EN EL SERVICIO DE BACTERIOLOGIA DE UN HOSPITAL PEDIATRICO

RPD 44

Nader N.^{1}; Monzani V.²; Morvay L.³*

HOSPITAL INTERZONAL MATERNO INFANTIL DE MAR DEL PLATA^{1,2,3}

**susynader@yahoo.com.ar*

El tratamiento inicial de las infecciones urinarias (IU) es frecuentemente empírico según etiología más probable y su perfil teórico de sensibilidad a antimicrobianos, ajustándose posteriormente en función del resultado de los estudios microbiológicos.

El principal agente etiológico de las IU en la infancia continua siendo *Escherichia coli* (E. coli), correspondiendo entre el 70 al 90% de los casos. Este predominio se ve reducido en ciertas circunstancias en las que otros microorganismos incrementan su presencia.

Según datos nacionales e internacionales E. coli presenta un alto porcentaje de resistencia a ampicilina (AMP) y trimetoprima-sulfametoxazol (TMS), mientras que mantiene una elevada sensibilidad a cefalosporinas de segunda (C2G) y tercera generación (C3G), fosfomicina, aminoglicósidos y amoxicilina-ácido clavulánico (AMC). La resistencia a cefalosporinas de primera generación (C1G) es muy variable lo que puede comprometer su indicación empírica.

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, observacional y transversal. Se analizaron los resultados de los urocultivos con crecimiento bacteriano y los antibiogramas de los mismos pertenecientes a niños de ambos sexos de 0 a 15 años de edad en el servicio de bacteriología de un hospital pediátrico en el periodo comprendido entre el 01 de octubre de 2007 al 01 de octubre de 2009. Los objetivos fueron conocer la prevalencia de IU por E. coli, conocer la distribución según

sexo y edad y determinar el porcentaje de sensibilidad para C1G, C2G y TMS. De los resultados obtenidos la prevalencia para E. coli fue del 71%. Un 88% de los urocultivos fueron sensibles a C2G, un 49% a C1G y un 54% a TMS. El 61% perteneció al sexo femenino y el 43% correspondió a niños entre los 6 meses y 3 años de edad.

En los urocultivos estudiados el principal agente etiológico aislado fue E. coli coincidiendo con la bibliografía internacional. En nuestro hospital el tratamiento antibiótico empírico inicial utilizado ante la sospecha de IU son las C1G. Se propone según los resultados obtenidos continuar analizando la problemática en estudio mediante trabajos prospectivos ya que el conocimiento periódico y actualizado de los patrones de susceptibilidad microbiana de un área concreta ayuda en la elección de un tratamiento empírico eficaz, permite optimizar costos, evita la aparición de resistencia y contribuye, en definitiva, a hacer un uso racional de los antibióticos.

PÚRPURA DE SCHÖNLEIN HENOCH FORMA AMPOLLAR HEMORRÁGICA: REPORTE DE UN CASO

RPD 45

Barril M.^{1}; Almada A.²; Colli S.³; Massimo J.⁴*

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ^{1,2,3,4}

**florenciabarril@yahoo.com.ar*

INTRODUCCIÓN:

La púrpura de Schönlein Henoch (PSH) es la vasculitis sistémica más frecuente en pediatría. La piel es el órgano diana más afectado, pudiendo además afectarse las articulaciones, el aparato digestivo y los riñones. Las manifestaciones cutáneas son un elemento constante y entre una amplia variedad de lesiones prevalecen las purpúricas. Las lesiones ampollares-hemorrágicas son una forma rara de presentación en pediatría, y pueden llevar a la confusión diagnóstica.

CASO CLÍNICO:

Se presenta un caso de PSH en donde la artritis, el dolor abdominal y las ampollas hemorrágicas fueron las manifestaciones principales de la enfermedad. La biopsia cutánea mostró vasculitis leucocitoclástica ampollar confirmando el diagnóstico.

CONCLUSIÓN:

En pediatría, la forma de presentación más frecuente de la PSH es la pápulo-hemorrágica; Sin embargo, ante lesiones ampollares-hemorrágicas, no debemos olvidar a la PSH como diagnóstico diferencial.

CASO CLINICO: PSITACOSIS

RPD 46

Greco D.^{1*}; Chozas A.²; Dolorini F.³; Mansebo M.⁴; Gabriela D.⁵; Amantia G.⁶; Kambourian C.⁷; Mena J.⁸
HOSPITAL PEDIATRICO DE MALVINAS ARGENTINAS¹²³⁴⁵⁶⁷⁸

*debogreco@hotmail.com

INTRODUCCIÓN:

Psitacosis enfermedad raramente encontrada en los seres humanos a diferencia de ciertas aves, mayormente del género psittacinas. La infección se da tras inhalación de heces, polvo fecal, secreciones o contacto con las vísceras. Tiene un periodo de incubación de 5-21 días, comienzo brusco con tos, fiebre, cefalea intensa, malestar general, crepitantes, Rx anormal con infiltrados y derrames pleurales, leucocitosis no muy elevada, aumento de ASAT, FAL y bilirrubina.

Diagnóstico: clínica + epidemiología (quizás inter-humana) + cultivo de *C. psittaci* de secreciones respiratorias, aumento x4 del título de Fc en 2 muestras separadas por dos semanas ó título IgM mayor a 1:16. Tratamiento: Doxiciclina (100mg c/12hs) o Tetraciclina (500mg c/6hs) 10 a 14 días, disminuye la mortalidad de 15-20% a <1%. *C. psittaci* es sensible a detergentes, desinfectantes y calor.

OBJETIVO:

Se reporta un caso con diagnóstico de Psitacosis.

RESULTADOS:

Paciente de sexo femenino de 12 años de edad, previamente sana. Consulta por 7 días de osteomalgias, malestar general, cefalea, tos no productiva y fauces eritematosas, se medica con fenoximetilpenicilina sospechando faringoamigdalitis; se añade días más tarde dificultad respiratoria y Rx patológica se rota a amoxicilina ácido clavulánico

interpretándose como Neumonía.

Evolución tórpida (mayor dificultad respiratoria, mareos, cefalea intensa, náuseas, hipodinamia, neutropenia, trombocitopenia y anasarca. Se requiere Terapia Intensiva, diagnóstico de Neumonía Atípica con derrame pleural derecho; Sospecha de Enfermedad Tipo Influenza. Insuficiencia Hepática

Antecedentes: un loro fue regalado a la niña y murió a los 7 días; el padre comenzó sintomatología de Neumonía Atípica 15 días después, requirió internación, ARM, y falleció en pocos días; la madre fue internada en terapia intermedia por un cuadro similar. Serología para psitacosis, Mycoplasma, Leptospirosis y Hantavirus. Resultando positiva para Clamidophyla Psittaci.

CONCLUSIÓN:

Difícil diagnóstico, múltiples diagnósticos diferenciales, diversidad en signo-sintomatología, mala evolución. Resaltamos la importancia del interrogatorio exhaustivo para obtener el antecedente epidemiológico, criterio mayor para el diagnóstico.

STEVENS JOHNSON EN PEDIATRÍA, ANÁLISIS DE CASO

RPD 47

Díaz Sotelo M.^{1*}; Boni L.²; Wiereszen P.³; Felipez L.⁴
HOSPITAL PEDIATRICO DE MALVINAS ARGENTINAS¹²³⁴

*mldiaz@hotmail.com

INTRODUCCIÓN:

Stevens Johnson es una dermatosis ampollar severa, caracterizada por lesiones mucosas, compromiso cutáneo y del estado general. Suele ser una reacción de hipersensibilidad a drogas, como anticonvulsivantes, AINES, sulfas y penicilinas o agentes infecciosos (Mycoplasma pneumoniae). Presenta un período prodromático de 1 a 14 días con fiebre, cefalea, odinofagia, malestar general, mialgias y artralgias. Bruscamente aparece una erupción cutánea en cara y tronco, máculas rojas asimétricas con ampollas centrales y erosiones, y, necrosis epidérmica comprometiendo dos o más superficies mucosas.

OBJETIVO:

Se reporta un caso con diagnóstico de Stevens Johnson interpretado inicialmente como varicela impetiginizada.

RESULTADOS:

Paciente sexo femenino de 11 años edad, con cuadro clínico de 5 días de evolución de fiebre, malestar general y lesiones maculopapulosas con impresión diagnóstica inicial de varicela. Por persistencia de la sintomatología, mayor compromiso de la piel y afectación de mucosa oral se interpreta como varicela impetiginizada recibiendo tratamiento antibiótico, antiviral y antitérmico endovenoso. Debido a la evolución de las lesiones cutáneas, compromiso de más de dos mucosas y hemocultivos negativos se rota el diagnóstico a Síndrome

de Stevens Johnson suspendiendo tratamiento previo e iniciando corticoterapia con evolución favorable y sin complicaciones registradas.

CONCLUSIÓN:

Por la forma de presentación inicial inespecífica de esta enfermedad se puede interpretar en un primer momento como varicela hasta la aparición de signos característicos como la afectación de dos o más mucosas y mayor compromiso cutáneo; observándose evolución satisfactoria en este caso con el uso de corticoterapia endovenosa.

SINDROME DE WEST CRIPTOGENICO. REPORTE DE UN CASO

RPD 48

Tapia Rodriguez R.^{1}; Farias M.²; Insua Beverina M.³; Rios G.⁴; Balderrama M.⁵; Safe A.⁶*

HOSPITAL DE NIÑOS JESUS¹²³⁴⁵⁶

**rosana_tapia9@hotmail.com*

INTRODUCCION:

El síndrome de West es una encefalopatía epiléptica de la infancia, grave y poco frecuente. Se caracteriza típicamente por tres hallazgos: espasmos epilépticos, retraso del desarrollo psicomotor (el 90% de los casos se presentan limitaciones motoras y rasgos de personalidad autista) y electroencefalograma con un trazado característico de hipsarritmia. La Liga Internacional contra la Epilepsia lo clasifica en sintomático, cuadro debido a una o varias lesiones estructurales cerebrales identificables, y criptogénico casos en los se supone dicha lesión pero no se consigue evidenciar o localizar. Otra clasificación es en: primario (el que aparece antes de los 3 primeros meses de vida), secundario (a partir de los 7-8 meses) y tardío (a partir de los dos años) siendo el primero el de mejor pronóstico y las variedades idiopáticas o criptogénicas, y peor en los casos más sintomáticos. Tiene una mortalidad del 5%, y casi la mitad de los casos pueden desarrollar otros síndromes epileptiformes, como el síndrome de Lennox-Gastaut.

OBJETIVO:

Reporte de un caso clínico de rara presentación.

CASO CLINICO:

Paciente de 5 meses de edad, sin ningún antecedente familiar ni personal de significancia, que presenta una enfermedad de horas de evolución con episodios de flexo abducción de miembro superior con desviación de la mirada, de la lengua, acrocianosis y retardo de las pautas madurativas, consulta por guardia donde presento

nuevos episodios, quedando internado para tratamiento y estudio. se le realizo laboratorios, Tac de encefalo, RMN de cerebro (todos normales) y electroencefalograma (hisiparritmia) se diagnóstico de Síndrome de West, permaneciendo 108 días de internados en total durante la cual presento multiples interurrencias infecciosas (VSR+ y Coqueluche) necesitando cuidados intermedio y UCIP, permaneciendo 9 dias en ARM, posterior al mismo quedo oxigeno dependiente diagnosticandose EPOC. En los controles posterior al alta presento buena evolucion recuperando pautas, caminando actualmente con dificultad y dejando su dependencia al oxigeno.

COMENTARIO:

El pronóstico del Síndrome de West depende también del estado anterior del niño. Las formas criptogénicas se diagnostican precozmente porque aparecen en niños normales, por lo que son tratadas rápida y correctamente Como en el caso presentado, aunque no llega a su desarrollo normal, el 28 al 44%, incluso el 60%, de las formas criptogénicas tendrán una evolución intelectual satisfactoria.

LITIASIS RENAL Y OSTÉITIS FIBROSA: HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO. A PROPÓSITO DE UN CASO

PO 49

Blanco CF¹, Britze S², Esquivel P³, Cabrejo D⁴, Escauriza J⁵, Montanía FE⁶, Arias Cohl S⁶; López Ocampos, L.^{7}*

HOSPITAL DE CLINICAS, FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCION¹²³⁴⁵⁶⁷

**tichapolez@hotmail.com*

El Hiperparatiroidismo Primario (HP) es una entidad frecuente en la edad adulta, afectando 0,1 a 0,3 % de la población general. Sin embargo, menos de un 2% de los casos se presentan antes de los 20 años de edad. La sintomatología es inespecífica y por ello es necesario un alto índice de sospecha.

Se presenta un varón de 17 años de edad que consulta por fracturas patológicas recurrentes en tobillo izquierdo. Los estudios radiológicos mostraron alteraciones esqueléticas compatibles con osteitis fibrosa. Los hallazgos de una PTH aumentada con calcio elevado y fosfatemia baja confirmaron diagnóstico de Hiperparatiroidismo Primario.

ESTUDIOS DE IMÁGENES:

Ecografía: nódulo paratiroideo izquierdo. Gammagrafía Paratiroidea con Tecnecio + sestamibi: Captación intensa en hueso supraclavicular derecho y lóbulo tiroideo izquierdo. La segunda imagen se interpretó como el adenoma paratiroideo. Tras discusión inicial que la imagen en región supraclavicular derecha fuese una paratiroides ectópica, finalmente se concluyó que era apenas una lesión ósea (osteitis fibrosa). Se procede a exéresis curativa del nódulo paratiroideo izquierdo, preservando las demás paratiroides con resolución del HP descenso de la calcemia y de la fosfatemia. Diagnóstico anatomopatológico: Adenoma Paratiroideo izquierdo.

CONCLUSIONES:

El HP es una entidad que debe excluirse ante todo paciente con litiasis renal y sospecharse ante determinadas imágenes óseas y/o fracturas patológicas. Los estudios de imágenes deben interpretarse con cautela, en correlación con la clínica. En ausencia de historia familiar, en el menor de 18 años, generalmente una única paratiroides es la afectada. En Pediatría el tratamiento del HP es siempre quirúrgico pudiendo ser abordado con paratiroidectomía mínimamente invasiva.

DISPLASIA FIBROMUSCULAR DE ARTERIA RENAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

PO 50

Maurence L^{1*}

RESIDENTE DE PEDIATRÍA 2DO AÑO. HOSPITAL PEDIÁTRICO – CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSELL
(HP-CHPR) MONTEVIDEO, URUGUAY¹

*laumaurence@hotmail.com

OBJETIVOS:

- Presentar un caso clínico poco frecuente que se presenta con un síntoma prevalente.
- Destacar la importancia de la toma de presión arterial en el control pediátrico.

HISTORIA CLÍNICA:

- 6 años, sexo masculino, sano. AP: cefaleas desde los 4 años, múltiples consultas, estudiado con EEG y TC cráneo normal. AF: problemas renales de 3era línea. EA: Enviado de Bella Unión para completar valoración por cifras elevadas de presión arterial (PA), constatadas en pre-operatorio de adenoidectomía hasta 200/120. En tratamiento con captopril (3,5mg/kg/día) y espinolactona (1mg/kg/día). Asintomático.
- EF al ingreso: Peso 22.5 kg (P15-50) Talla 1.17 cm (P50-85) IMC 16.5 (P50-85) PA máximas 160/100 en los 4 miembros (P95: 114/73) Cardiovascular: No se palpa punta. RR 90 cpm RBG y SL. Pulsos llenos y presentes en los 4 miembros. Resto sin alteraciones.
- Se suspende medicación para completar valoración. Persiste con cifras mayores al P95 reiniciándola luego de completar los estudios.

- De los exámenes realizados se destaca: ECG: hipertrofia ventricular izquierda; ecocardiograma doppler color hipertrofia ventricular izquierda moderada. Arteriografía renal: La arteria polar inferior de riñón izquierdo presenta estenosis de segmento medio, precedida de mínima dilatación compatible con el diagnóstico de displasia fibromuscular. Se realiza angioplastia.

EVOLUCIÓN:

- Se comienza el descenso del captopril, hasta 5 mg v/o día. Continuando el descenso de forma ambulatoria. Mantiene siempre cifras inferiores al percentil 95. Se completan 10 días de antiagregación.
- Se realiza nueva ultrasonografía de vasos renales que individualiza la arteria polar inferior, en la cual no se detectan áreas de aceleración de flujo compatibles con estenosis remanente de significación hemodinámica. Se otorga alta a domicilio.

EN SUMA:

Se presentó un escolar de 6 años, sano, con hipertensión arterial crónica, secundaria a patología renovascular. Es importante destacar la importancia de la toma de la presión arterial en el control pediátrico.

IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL CONOCIMIENTO SOBRE USO ADECUADO DE ANTIMICROBIANOS EN INFECCIONES RESPIRATORIAS EN UN GRUPO DE ADOLESCENTES DE UN COLEGIO MUNICIPALIZADO DE LA COMUNA DE LO BARNECHEA, SANTIAGO

PO 51

Ferrada C.^{1*}; Silva B²; Santolaya ME.³

DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA, HOSPITAL LUIS CALVO MACKENNA, CAMPUS ORIENTE, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE CHILE^{1,2,3}

*claritaeferradac@gmail.com

ANTECEDENTES:

El uso indiscriminado de antimicrobianos (AM) es un problema a nivel mundial, del que son responsables tanto los médicos, como prescriptores, como la comunidad en general, a través de la automedicación. Se sabe que el mayor impacto para lograr un uso adecuado de AM se consigue a través de una adecuada prescripción, y preferentemente, a través de una adecuada educación a la población. No existen estudios nacionales sobre el nivel de conocimientos en esta materia en población escolar.

OBJETIVO:

Evaluar el nivel de conocimientos sobre uso adecuado de AM en infecciones respiratorias en adolescentes de colegios municipalizados y el impacto de una intervención educativa en el nivel de conocimientos sobre esta materia.

MÉTODO:

Estudio prospectivo, descriptivo. Se aplicó una encuesta diagnóstica de 10 preguntas sobre conocimiento de uso de AM a adolescentes de 7º básico a 3º medio que asisten a 2 colegios municipalizados de la comuna de Lo Barnechea. Se definió como a aprobación un porcentaje de respuestas correctas de 60%. La encuesta incluyó preguntas sobre resfrió común, aspectos básicos sobre infecciones virales y bacterianas, nombres y posibles indicaciones de AM y medidas de autocuidado ante infecciones respiratorias. Posteriormente se realizó un taller educativo en uno de los colegios programado en 2 sesiones (nov/2009 y Marzo/2010) y se repitió la encuesta diagnóstica inicial en nov/2009 y Julio/2010. Para el cálculo de tamaño muestral y análisis estadístico se utilizó el programa Stata 8.0. Se consideró significativo un $P < 0,05$. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética científico pediátrico del SSMO y por los Directores de los establecimientos educacionales.

RESULTADOS:

Se aplicó la encuesta diagnóstica a 489 adolescentes. El porcentaje de aprobación fue de 40,2%, siendo el puntaje promedio de 5,1 puntos de un máximo de 10 (DS: 1,75). Al analizar el porcentaje de aprobación según curso, a través de un análisis de varianza de los promedios de puntajes según cursos, se vio que a mayor nivel académico mejora el resultado de la encuesta ($P < 0,01$). Posterior a la primera sesión del taller educativo el porcentaje de aprobación ascendió a 74,5% (n:184; $P: 0,00$) con un puntaje promedio de 6,9 puntos (DS: 2,09). A los 3 meses del término del taller el porcentaje de aprobación fue de 59,1% (n: 203) con un puntaje promedio de 5,8 puntos (DS: 1,91), superior a la encuesta diagnóstica en un 18,9% ($P: 0,04$). Al comparar el porcentaje de aprobación de la encuesta posterior a la primera sesión del taller versus la segunda encuesta que se realizó 3 meses después de finalizado el taller hay una disminución en el nivel de aprobación del 15,4% ($P: 0,04$)

CONCLUSIÓN:

Existe una deficiencia importante de conocimientos básicos para el uso adecuado de AM en los adolescentes encuestados, lo que mejora significativamente después de realizar un taller educativo sobre el tema. Estos beneficios se mantienen al menos 3 meses después del término de la intervención, con un significativo descenso del porcentaje de aprobación de la encuesta, lo que sugiere la necesidad de un reforzamiento sistemático de los contenidos del taller al menos cada 3 meses. Estos resultados ofrecen una importante oportunidad de mejorar el conocimientos en los adolescentes a través del trabajo integrado de los profesionales de educación y salud, lo que podría tener un impacto en el uso racional de AM en la población.