

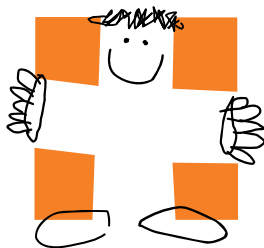
Revista Pediátrica **Elizalde**

Órgano de difusión de la Asociación de Profesionales
del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

DICIEMBRE 2016 | VOL. 7 (Nº2)
ISSN 1853-1563
www.apelizalde.org



- Determinación a corto y largo plazo de los niveles de inmunoglobulinas séricas en pacientes pediátricos sometidos a adenoamigdalectomía
- Calidad de Vida Relacionada con Salud y Sexualidad en Adolescentes con y sin Discapacidad o Enfermedad Crónica
- Prevalencia de Reflujo Gastroesofágico en lactantes alimentados con Leche Materna vs Leche De Fórmula en pacientes de 0 a 6 Meses de edad en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Pedro de Elizalde, durante el período comprendido entre enero a junio de 2015
- Lateralización Cordal Percutánea para el tratamiento de la parálisis de cuerdas vocales en pediatría. Serie de casos.
- Breastfeeding and Risk of Kawasaki Disease: A Nationwide Longitudinal Survey in Japan. *Pediatrics*. 2016 Jun;137(6). pii:e20153919.
- El empleo de un catéter flexible semipermanente en el debut diabético, reduce la ansiedad y el dolor de las inyecciones *Indwelling catheters used from the onset of diabetes decrease injection pain and pre-injection anxiety.*
- Reanimación Cardiopulmonar
- Fiebre Reumática
- Convulsiones
- Bronquiolitis
- Resúmenes XXI Jornadas Multidisciplinarias de Pediatría
"La Interdisciplina: realidad y desafío hacia la producción colectiva del conocimiento"



hospital de niños
PEDRO DE ELIZALDE

Revista Pediátrica Elizalde

Vol 7 N° 2 Diciembre 2016.

ISSN 1853-1563

Esta revista es propiedad de la Asociación de Profesionales del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Montes de Oca 40

1270 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina

asociacion.profesionales.hp@gmail.com

www.apelizalde.org

Editor

Raquel E. Wainsztein

Editores Asociados

Norberto Garrote

Jeanette Balbaryski

Angel Bonina

Mónica Marenghi

Silvina Raiden

Secretaria

Andrea Mermolja

Diseño y Diagramación

Sandra Serbiano | Javier Tursi

javiertursi@gmail.com

Publicación semestral.

Los artículos de esta revista no pueden ser reproducidos total o parcialmente, sin el permiso escrito de la Asociación de Profesionales del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

La Dirección no se responsabiliza por los conceptos vertidos en los trabajos y notas publicadas, las que tienen su autor responsable.

Asociación de Profesionales Hospital Pedro de Elizalde

PRESIDENTE

Jeanette Balbaryski

VICEPRESIDENTE

Victor Pawluk

SECRETARIA GENERAL

Silvina Raiden

TESORERO

Humberto Cusumano

SECRETARIO CIENTÍFICO

Patricia Cudeiro

SECRETARIA DE PRENSA

Analia Rinaldi

SEC. RELACIONES INSTIT.

Mercedes Fidalgo

SECRETARIA ACTAS

María José Rial

REVISOR CUENTAS 1

Angela Nakab

REVISOR CUENTAS 2

Stella Maris Gil

VOCAL N° 1

Leonardo De Lillo

VOCAL N° 2

Valeria Aprea

VOCAL N° 3

Graciela Gaillard

Autoridades del Hospital

DIRECTOR

Norberto Garrote

SUBDIRECTOR

Angel Bonina

SUBDIRECTOR ADMINS.

Marcelo Fakh

JEFE DTO MEDICINA

Fernando Ferrero

JEFE DTO CIRUGÍA

Antonio Martinez a/c

JEFE DTO CONS EXT

Mónica Marenghi

JEFE DTO URGENCIAS

Horacio Vaccaro

JEFE DTO D Y TRAT

Daniel Navacchia

JEFE DTO TÉCNICO

Raúl de la Barrera

JEFE DTO ENFERMERÍA

Victor Fueyo

JEFE DTO RECURSOS HUMANOS

Andrés Buchel

ARTICULOS ORIGINALES

- Determinación a corto y largo plazo de los niveles de inmunoglobulinas séricas en pacientes pediátricos sometidos a adenoamigdalectomía**
Martins A, Balbaryski, J, Cantisano C, Fitz Maurice MA, Juchli M-----3
- Calidad de Vida Relacionada con Salud y Sexualidad en Adolescentes con y sin Discapacidad o Enfermedad Crónica**
Tello JB, Sanz CA-----8
- Prevalencia de Reflujo Gastroesofágico en lactantes alimentados con Leche Materna vs Leche De Fórmula en pacientes de 0 a 6 Meses de edad en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Pedro de Elizalde, durante el período comprendido entre enero a junio de 2015**
Arrieta Yáñez L, Fernández do Campo L, Quintana C-----34

REPORTE DE CASOS

- Lateralización Cordal Percutánea para el tratamiento de la parálisis de cuerdas vocales en pediatría. Serie de casos.**
Cuestas G, Rodríguez V, Doormann F, Gutiérrez R, Bellia Munzón P, Bellia Munzón G . -----39

REVISTA DE REVISTAS

- Comentario respecto del Artículo**
Breastfeeding and Risk of Kawasaki Disease: A Nationwide Longitudinal Survey in Japan. Pediatrics. 2016 Jun;137(6). pii:e20153919.
Yorifuji T, Tsukahara H, Doi H. Resumen efectuado por Hamui M. -----45
- Comentario respecto del Artículo**
El empleo de un catéter flexible semipermanente en el debut diabético, reduce la ansiedad y el dolor de las inyecciones
Indwelling catheters used from the onset of diabetes decrease injection pain and pre-injection anxiety. Hanas R, Adolfsen P, Elfvin-Åkesson K, Hammarén L, Ilvered R, et al. J Pediatr 2002;140:315-20 Resumen efectuado por Beaudoin ML-----47

PEDIATRIA PRACTICA

- Reanimación Cardiopulmonar**
Rufach D, Santos S, Guaita E, Debaisi G-----49
- Fiebre Reumática**
Pringé A, Brusco MI, Marcantoni M, Cuttica R-----64
- Convulsiones**
Binelli A.-----68
- Bronquiolitis**
Misirlían A, De Lillo L, González NE, Pawluk V-----72

RESUMENES XXI JORNADAS MULTIDISCIPLINARIAS DE PEDIATRIA.

- “La Interdisciplina: realidad y desafío hacia la producción colectiva del conocimiento”**
16, 17 y 18 de noviembre de 2016-----78

Determinación a corto y largo plazo de los niveles de inmunoglobulinas séricas en pacientes pediátricos sometidos a adenoamigdalectomía

Martins A², Balbaryski, J¹, Cantisano C¹, Fitz Maurice MA², Juchli M².

Introducción

El sistema inmunológico se encuentra ampliamente distribuido en el organismo. A nivel de los órganos linfoides del anillo de Waldeyer, principalmente las amígdalas palatinas y la faríngea o adenoides, se encuentra el acúmulo de tejido inmunológico que contacta con los microorganismos exógenos¹, representando así las amígdalas palatinas el primer sitio de presentación antigénica para los diferentes antígenos inhalados o ingeridos².

El anillo de Waldeyer crece en forma progresiva desde los 9 meses de edad, pero lo hace más intensamente entre los 3 y 5 años, debido a los distintos estímulos antigénicos. Inicialmente a nivel de las amígdalas faríngeas o adenoides y más tarde predominando el aumento de las amígdalas palatinas. Estos tejidos sufren una involución después de la pubertad, aunque puede persistir una actividad considerable en el adulto, puntualmente a nivel de las amígdalas palatinas.

Los linfocitos B localizados a nivel de las amígdalas son capaces de producir todos los isotipos de inmunoglobulinas, sin embargo las inmunoglobulinas que predominan en este sitio son la IgA y la IgG³. Los valores séricos van variando con la edad en forma creciente.

Se ha comprobado que la maduración de la amígdala y el estímulo antigénico externo son los principales factores en el incremento de dicha producción. También se ha estudiado el efecto que la infección crónica amigdalina tiene en la producción de inmunoglobulinas en saliva¹.

En determinadas circunstancias las amígdalas y adenoides conducen a patologías en las cuales se plantea la necesidad de excéresis.

Los criterios absolutos aceptados para la realización de la amigdalectomía son: el síndrome de apnea obstructiva del sueño por hipertrofia amigdalina, sospecha de proceso maligno y hemorra-

gia incoercible, mientras que los relativos son: amigdalitis recurrente y absceso periamigdalino recurrente⁴.

Se recomienda la adenoidectomía en caso de que la hipertrofia adenoidea produzca obstrucción crónica de las vías respiratorias superiores funcionales persistentes y en el niño que presenta una otitis seromucosa complicada o sintomática que origina pérdida significativa o repercusión sobre su vida habitual (trastornos del comportamiento, dolores recurrentes, trastornos del lenguaje, dificultades del aprendizaje y recidivas de otitis medias agudas)⁵.

Son un tema de controversia las variaciones del nivel sérico de inmunoglobulinas pre y post adenoamigdalectomía en niños inmunocompetentes. Mientras la mayoría de los autores constatan disminuciones no significativas en los niveles séricos de inmunoglobulinas²⁻⁶⁻⁷⁻⁸⁻⁹, otros apuntan a cambios en dichos niveles que pueden afectar a la capacidad defensiva del niño, condicionando las indicaciones clásicas de la adenoamigdalectomía¹⁰⁻¹¹⁻¹²⁻¹³.

Los objetivos del siguiente trabajo han sido evaluar el comportamiento de los niveles de inmunoglobulinas pre y postoperatorias en niños adenoamigdalectomizados y el número de infecciones registradas antes y posteriores al procedimiento.

Población y Métodos

Se realizó un estudio de cohorte prospectivo. El tamaño muestral requerido fue estimado en 80 niños, de modo que permitiera detectar una diferencia significativa entre los niveles de IgG 1000+/- 150 y 900+/- 150; con un nivel de confianza de 95% y una potencia del 80%.

Fueron incluidos en forma consecutiva, según fecha pautada para su intervención quirúrgica, niños de 2 a 10 años de edad candidatos a adenoamigdalectomía seguidos en la División de Otorrinolaringología del Hospital de Niños Pedro de Elizalde, entre noviembre de 2013 y diciembre de 2014. Los criterios de exclusión involucraron la presencia patológica concomitante que pudiera alterar los niveles de inmunoglobulinas. Fueron contemplados como criterios de eliminación la pérdida de seguimiento, o el diagnóstico durante el período de es-

¹ División de Inmunología, Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde.

² División de ORL, Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde.

Dirección Postal: Andrea Martins. Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde. Montes de Oca 40 (1270) CABA. E-mail: andreamartins@intramed.net

TABLA N°1

Porcentaje de variación de los niveles plasmáticos de inmunoglobulinas.

	Preoperatorio	Al mes		A los seis meses	
	mg/dl	mg/dl	%	mg/dl	%
IgA	171,72	122,52	-28,65	135,74	-20,95
IgG	1004,24	1094,76	+9,01	1095,12	+9,04
IgM	136,02	130,04	-4,39	130,63	-3,96

tudio de alguna patología que altere la inmunidad. Los niveles séricos de inmunoglobulinas G, A y M fueron medidos preoperatoriamente, al mes y a los 6 meses de la intervención.

Se constataron los cuadros de infecciones de vías respiratorias superiores: rinosinusitis, faringitis y otitis media aguda de los niños bajo control clínico hasta el final del estudio. Se interrogó al familiar a cargo acerca de infecciones de vías aéreas superiores sufridas en los 6 meses previos y posteriores a la cirugía; a sí mismo en forma subjetiva cuanto creían ellos que el paciente había mejorado clínicamente en una escala de 1 a 10 puntos a los 6 meses de realizado el procedimiento. Los niveles de inmunoglobulinas fueron medidos en condiciones estandarizadas mediante la técnica de nefelometría. La nefelometría mide la intensidad de la luz dispersada por el precipitado inmunoglobulina-anticuerpo al atravesar el suero. La medida es proporcional a la concentración de inmunoglobulina y la valoración se hace con un estándar de concentración conocida.

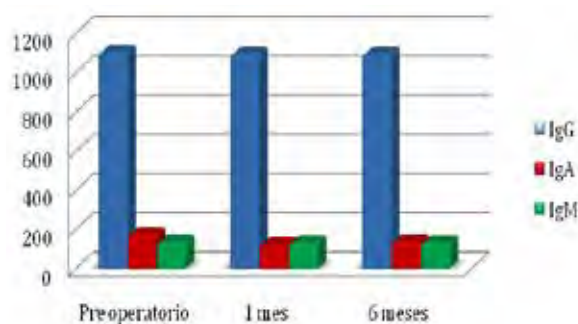
Las variables se expresaron como proporción o media y desvío estándar según correspondiera. Para comparar las variables pre y postquirúrgicas se utilizó prueba chi cuadrado para proporciones y prueba de t o Prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas, según ajuste o no normalidad respectivamente. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 11.5. Se adoptó un nivel de significación de $p < 0.05$.

El proyecto se realizó bajo las normativas que rigen la investigación en el ámbito de los establecimientos dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, además de contar con la aprobación del Comité de Ética del Hospital y del Comité de Docencia e Investigación.

Previo a la inclusión de los niños en el estudio se brindó la información correspondiente a los padres y se solicitó la firma del consentimiento o asentimiento informado según correspondiera.

GRAFICO N°1

Variación de los niveles plasmáticos de Inmunoglobulinas.



Resultados

En el periodo comprendido entre noviembre de 2013 y diciembre del 2014 fueron incluidos en el estudio 80 pacientes de los cuales 65 lo completaron (81,2%). Del total 14 fueron eliminados por no haber completado los lineamientos definidos y 1 por diagnosticársele una inmunodeficiencia durante el estudio (hipogammaglobulinemia).

Del total de pacientes analizados 34 eran de sexo femenino.

La media de edad fue de 5.78 años \pm 2,02 (edad mínima 2,07 y máxima 9,79).

Los resultados de IgG mostraron un nivel inicial de 1104,24 mg/dl \pm 347,32. Se produjo un descenso en los niveles tanto al mes de la intervención como a los 6 meses con valores de media de 1094,76 mg/dl \pm 252,33 ($p=0,7$) y 1095,12 mg/dl \pm 266,62 ($p=0,9$) respectivamente. Ningún paciente presentó valores inferiores a los considerados normales para su edad.

Los niveles de IgA muestran un nivel inicial de 171,72 mg/dl \pm 220,7. Se produce un descenso en los niveles al mes de la intervención, con una media de 122,52 mg/dl \pm 53,7 ($p=0,06$), al igual que a los 6 meses (Media: 135,74 g/dl \pm 167,47 $p=0,05$). Valores siempre por encima de 70 mg/dl considerada la cantidad mínima normal.

Los niveles de IgM iniciales mostraron una media de 136,02 mg/dl \pm 54,5. Se detectaron medias similares tanto al mes de la cirugía (130,04 mg/dl \pm 55,8 $p=0,02$) como a los 6 meses (130,63 mg/dl \pm 64,9) $p=0,1$; ambos valores considerados normales para la edad considerada.

Los porcentajes de variación de los niveles plasmáticos de las inmunoglobulinas fueron mayores en el caso de la IgA, seguidos por la IgG y por último la IgM. (Ver Tabla 1 y Gráfico 1).

Durante los 6 meses previos a la cirugía se registraron un número promedio de 2,42 \pm 2,46 episodios de angina (rango de 0-10), 0,98 \pm 1,42 episodios de otitis media aguda (rango de 0-6)

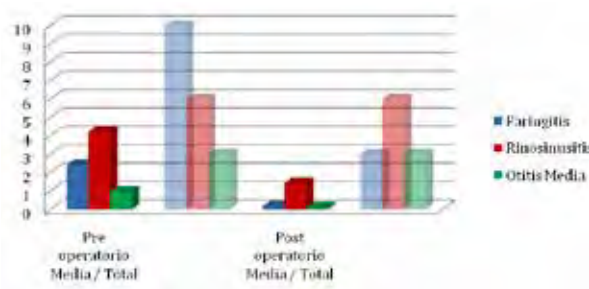
TABLA N°2

Número promedio de episodios de angina, rinosinusitis y otitis media durante el periodo pre y post quirúrgico.

	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
ANGINA	65	2,42	2,462	0	10
RINITIS	65	4,22	2,453	0	6
OMA	65	,98	1,420	0	6
ANG2	65	,18	,556	0	3
RINIT2	65	1,43	2,084	0	6
OMA2	65	,12	,516	0	3

GRAFICO N°2

Frecuencia de infecciones pre y post operatorias



y 4,42 +/- 2,45 episodios de rinosinusitis (rango 0-6). (Ver tabla 2).

Utilizando pruebas no paramétricas (Prueba de Wilcoxon) se observó un menor número de episodios de angina ($Z = -5,69$, $p < 0,001$), menor número de episodios de rinosinusitis ($Z = -5,6$; $p < 0,001$) y menor número de episodios de otitis media aguda (valor de $Z = -4,4$; $p < 0,001$) (Ver Gráfico 2 y Tabla 3).

En cuanto a la respuesta subjetiva de los familiares acerca de cuanto creían ellos que el paciente había mejorado clínicamente en una escala de 1 a 10 puntos a los 6 meses de realizado el procedimiento, 48 respondieron 9-10 puntos, 16 respondieron 7-8 puntos y solo 1 respondió 6 puntos.

Discusión

Las amígdalas y adenoides son órganos linfoides secundarios situados en la entrada del tracto aerodigestivo. En estos órganos, los antígenos son transferidos desde la superficie de las criptas a las células linfoides debajo de la superficie del epitelio y producen anticuerpos y la división de células B y T, ambas juegan un rol importante en la inmunidad local y sistémica, especialmente en niños²⁻¹⁴⁻¹⁵. Aunque la adenoamigdalectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes, su efecto inmunológico no ha sido del todo entendido aun. La pregunta si remover dichos tejidos resulta en un defecto en la inmunidad celular y humoral, continúa estando en debate¹⁶.

TABLA N°3

Prueba de Wilcoxon. Rangos de infecciones antes y luego de la intervención.

		N	Rango promedio	Suma de rangos
ANG2 - ANGINA	Rangos negativos	44(a)	25,88	1138,50
	Rangos positivos	4(b)	9,38	37,50
	Empates	17(c)		
	Total	65		
RINIT2 - RINITIS	Rangos negativos	41(d)	24,72	1013,50
	Rangos positivos	4(e)	5,38	21,50
	Empates	20(f)		
	Total	65		
OMA2 - OMA	Rangos negativos	28(g)	14,95	418,50
	Rangos positivos	1(h)	16,50	16,50
	Empates	36(i)		
	Total	65		

a ANG2 < ANGINA

b ANG2 > ANGINA

c ANG2 = ANGINA

d RINIT2 < RINITIS

e RINIT2 > RINITIS

f RINIT2 = RINITIS

g OMA2 < OMA

h OMA2 > OMA

i OMA2 = OMA

Estadísticos de contraste (b)

	ANG2- ANGINA	RINIT2 - RINITIS	OMA2 - OMA
Z	-5,689(a)	-5,662(a)	-4,398(a)
Sig. asintót. (bilateral)	,000	,000	,000

a Basado en los rangos positivos.

b Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

El rol de anillo linfático de Waldeyer en la producción de Inmunoglobulinas ha sido extensamente establecido. Diversos estudios han demostrado que la producción de inmunoglobulinas se incrementa a partir del contacto con patógenos externos, principalmente bacterianos¹⁻⁸⁻¹⁷. Por otra parte, el aumento de IgA sérica y salival es un hallazgo habitual¹⁸⁻¹⁹. En pacientes adenoamigdalectomizados, se ha descrito un descenso en los niveles séricos de inmunoglobulinas²⁻⁸⁻¹⁸⁻²⁰.

Autores	Rango de edad (años)	Tiempo luego de la cirugía	Inmunoglobulinas séricas luego de la cirugía
Cantani A (11) 1986	2-11	1-4 meses	Disminución luego de la cirugía
Friday GA (12), 1992	1,5-16	7-30 meses	Disminución de IgG
Bock A (20), 1994	4-8	0,5-11 años	Disminución de IgA
Redondo F (6), 2000		1-6 meses	Leve disminución de IgG
Ikinciogullari A (2), 2002	4-10	1-1,5 meses	Leve descenso no significativo de niveles de IgG, IgA, IgM
Baradaranfar MH (16), 2007	4-10	1-6 meses	Disminución IgG (dentro de límites normales); IgM no se modifica
Van den Akker EH (9). 2006	2-8 años	1 año	Caída no significativa de IgG, IgM IgA, la que mas cae IgA
Kaygusuz I (15).2003	5-9	1 mes	Los valores disminuyen en el postquirúrgico inmediato y se normalizan luego
Goncalves G A (3) .2007	2-12	2 meses	Disminución no significativa de IgG IgA. Aumento de IgM postquirurgico
Zielnik-Jurkiewicz B, et al. 2002	3-14	1-6 meses	Las Ig caen en el periodo inmediato y se normalizan a los 6 meses

En la bibliografía consultada, los descensos notificados no alcanzan valores estadísticamente significativos y por el contrario, en algunos casos puntuales se han hallado valores levemente aumentados, sin valor estadístico representativo²¹⁻²². Esto último dio lugar a postular un efecto inmunoestimulante de la adenoamigdalectomía.

En décadas anteriores algunos autores puntualizaron que el descenso de los niveles séricos y/o salivares de inmunoglobulinas podían ser mayores a lo estimado con cierto riesgo de repercusión clínica manifiesto por aumento de infecciones de vías aéreas superiores postquirúrgicas. Sin embargo, Bock et al. niegan dicha relación²⁰.

La discusión no ha sido zanjada aún. En nuestro estudio, nos hemos propuesto evaluar el comportamiento de los niveles de inmunoglobulinas a corto, mediano y largo plazo y el número de infecciones registradas antes y posteriores al procedimiento.

En primer lugar, hemos constatado que en ningún caso, los niveles de inmunoglobulinas séricas descienden por debajo de los valores considerados normales ni se han registrado eventos potencialmente relacionados con estos descensos. Los mismos serían infecciones piógenas, infecciones recurrentes y/o en caso de déficit de IgG, infecciones de vías aéreas, otitis, atopía, enfermedades autoinmunes y aumento del riesgo de neoplasias en el caso de déficit de IgA y en el caso de descenso de los niveles de IgM, aumento de la incidencia de meningitis, sepsis, otitis a repetición e infecciones de vías respiratorias. En nuestra experiencia, los niveles de IgA son los que mayor variación han evidenciado luego de la cirugía, mostrando una recuperación parcial a los seis meses de la misma. En cuanto a los valores de Ig M debemos puntualizar que los mismos, si bien muestra-

ron un descenso inicial en el postoperatorio próximo y alejado no constituye una variación significativa. Por otra parte, los valores de IgG se han elevado levemente tanto en el control del mes como en el de los seis meses con respecto a los valores preoperatorios siendo estas variaciones menores al 10%.

Otros autores muestran hallazgos dispares en cuanto a las modificaciones registradas en los dosajes de inmunoglobulinas. La mayoría de los trabajos coinciden en señalar que las variaciones halladas no revisten significación clínica ni estadística. (Ver tabla 4).

En cuanto al número de procesos infecciosos de vías aéreas superiores, hemos podido establecer un descenso considerable en el número de las mismas registradas por los pacientes en el periodo de seguimiento del estudio. Creemos que este descenso estaría relacionado con la remoción del tejido adenoideo y amigdalino favorecedor del estancamiento de secreciones y asiento del biofilm que favorecería la recurrencia de infecciones. Este punto no puede ser ratificado por nuestro estudio y tampoco hemos encontrado en la bibliografía consultada datos al respecto por lo que deberá ser evaluado en futuros estudios diseñados a tal fin.

Estos resultados concuerdan con la respuesta subjetiva de los familiares con respecto a la mejoría de la calidad de vida de los pacientes evaluada por una escala analógica en todos los casos evaluados.

Conclusiones

Los valores de inmunoglobulinas A y M descendieron a corto y largo plazo. Los niveles de IgG aumentaron en el postoperatorio. Ningún paciente presentó valores inferiores a los considerados normales para su edad. El número de episodios infecciosos de vías aéreas superiores disminuyó luego de la cirugía.

Bibliografía

1. Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DA, et al. Trastornos funcionales del intestino y dolor abdominal funcional. *Gut* 1999; 45 Suppl 2: II43.
2. Hai WX, Xiu CF, Li MZ, et al. Diagnosis of functional constipation: Agreement between Rome III and Rome II criteria and evaluation for the practicality. *Journal of Digestive Diseases*. 2014; 15: 314-320.
3. Tabbers M.M, Di Lorenzo C, Bergeret MY, et al. Evaluation and Treatment of Functional Constipation in Infants and Children: Evidence-Based Recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. 2014; 58: 258-274.
4. Rasquin A, Di Lorenzo C, Forbes D, et al. Infancia trastornos gastrointestinales funcionales: los niños / adolescentes. *Gastroenterología* 2006; 130: 1527.
5. Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, et al. Infancia trastornos gastrointestinales funcionales: neonato / niño. *Gastroenterología* 2006; 130: 1519
6. Loening-Baucke V. La prevalencia, síntomas y resultados del estreñimiento en bebés y niños pequeños. *J Pediatr* 2005; 146: 359
7. Van den Berg MM, Benninga MA, Di Lorenzo C. Epidemiología de estreñimiento infantil: una revisión sistemática. *Am J Gastroenterol* 2006; 101: 2401.
8. Fontana M, Bianchi C, Cataldo F, et al. La frecuencia intestinal en niños sanos. *Acta Paediatr Scand* 1989; 78: 682.
9. Hyams JS, Treem WR, Etienne NL, et al. Efecto de la fórmula infantil en características de las heces de los niños pequeños. *Pediatrics* 1995; 95:50.
10. Di Lorenzo C. trastornos anorrectales pediátrica. *Gastroenterol Clin North Am* 2001; 30: 269.
11. Academia Americana de Pediatría. Guía para la formación del tocador, Elk Grove Village, IL 2003.
12. Stadtler CA, PA Gorski, Brazelton TB. Métodos de formación de tocador, las intervenciones clínicas y recomendaciones. Academia Americana de Pediatría. *Pediatrics* 1999; 103: 1359
13. Hyams JS. La dieta y enfermedad gastrointestinal. *Curr Opin Pediatr* 2002; 14: 567.
14. Roma E, Adamidis D, Nikolara R, et al. La dieta y el estreñimiento crónico en niños: el papel de la fibra. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1999; 28: 169.
15. Abrahamian FP, Lloyd-Aún JD. El estreñimiento crónico en la infancia: un estudio longitudinal de 186 pacientes. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1984; 3: 460.
16. Chan AO, Hui WM, Lam KF, et al. La agregación familiar en sujetos con estreñimiento en un centro de referencia terciario. *Am J Gastroenterol* 2007; 102: 149.
17. Ostwani W, J Dolan, Elitsur Y. agregación familiar de estreñimiento habitual: un estudio prospectivo en niños de Virginia Occidental. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2010; 50: 287.
18. Levine MD. Encopresis: su potenciación, la evaluación y la mitigación. *Pediatr Clin North Am* 1982; 29: 315.
19. Weissman L, la función del intestino Bridgemohan C., ir al baño y encopresis. En: *Desarrollo-Conducta Pediatría*, 4ª Ed, Carey WB, WB Carey, CA Crocker, et al. (Eds), Elsevier Saunders, Philadelphia 2009. p.610.
20. Iacono G, Cavataio F, Montalto G, et al. Intolerancia a la leche y la constipación crónica de vaca en niños. *N Engl J Med* 1998; 339: 1100.
21. Un Schonwald, Rappaport L. La consulta con el especialista: encopresis: evaluación y gestión. *Rev Pediatr* 2004; 25:
22. Sentia B, Wise CG, Olson A, et al. Guía para el manejo del estreñimiento idiopático pediátrica y suciedad. Equipo multidisciplinar de la Universidad de Michigan Medical Center en Ann Arbor. *Arco Pediatr Adolesc Med* 1999; 153: 380.
23. Loening-Baucke V. Enfoque clínico contacto con materia fecal en los niños. *Clin Pediatr (Phila)* 2000; 39: 603.
24. Brazzelli M, Griffiths PV, Cody JD, Tappin D. intervenciones conductuales y cognitivas con o sin otros tratamientos para el tratamiento de la incontinencia fecal en los niños. Base de Datos Cochrane Syst Rev 2011; CD002240.
25. Abi-Hanna A, Lago AM. El estreñimiento y la encopresis en la infancia. *Rev Pediatr* 1998; 19:23.
26. Procter E, cargador de P. A 6 años de estudio de seguimiento de la constipación crónica y la suciedad en un servicio pediátrico especialista. *Cuidado de la Salud Infantil Dev* 2003; 29: 103.

Calidad de Vida Relacionada con Salud y Sexualidad en Adolescentes con y sin Discapacidad o Enfermedad Crónica

Tello JB, Sanz CA

Resumen

Introducción: La evaluación de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) permite identificar situaciones desfavorables e implementar intervenciones preventivas. Los estudios sobre CVRS en adolescentes son escasos. Gran parte de los cuestionarios sobre CVRS no evalúan sexualidad. Considerar los comportamientos y conocimientos en esta área es tan indispensable como diferenciar lo que sucede en aquellos con discapacidad o enfermedad crónica (DEC) y desvinculados del área sexual, según la bibliografía, y expuestos a situaciones de mayor vulnerabilidad para contraer enfermedades de transmisión sexual o embarazos no planificados.

Objetivos: Evaluar la asociación entre DEC y tener pocos conocimientos sobre HIV y comportamientos de mayor vulnerabilidad en la esfera de la sexualidad en los adolescentes que concurren al Servicio de Adolescencia de un hospital público de CABA con indicadores similares de CVRS.

Población, material y métodos: Estudio transversal, correlacional. Participaron sujetos de 11 a 19 años de edad asistidos en el Servicio de Adolescencia de un hospital público, desde el 01/07/15 al 1/04/16. Se aplicaron los cuestionarios Kidscreen52 genérico sobre CVRS, validado en Argentina, y Kabb sobre conocimientos, actitudes, comportamientos y creencias en adolescentes, validado por el Centro de Prevención de SIDA de la Universidad de California. Además, se indagó sobre DEC. La encuesta fue auto-administrada y anónima. Se evaluó asociación entre conocimientos y comportamientos vulnerables y DEC por medio de chi cuadrado.

Resultados: Se encuestaron 347 sujetos. La prevalencia de DEC fue de 27,67%. No se encontró asociación entre DEC y CVRS. Sólo en el componente de bienestar físico se obtuvo una diferencia con $p < 0,05$. Bajos puntajes de CVRS se asociaron al sexo femenino $p < 0,0001$ y nivel socioeconómico bajo $p < 0,013$. Tener pocos conocimientos sobre HIV solo se asoció con pertenecer a la adolescencia tardía $p < 0,005$. No se encontraron asociacio-

nes para los comportamientos sexuales de mayor vulnerabilidad. El grupo femenino se asoció con percibir mayor autoeficacia para rechazar relaciones sexuales $p < 0,0001$, sentimientos positivos hacia el uso de preservativo en la pareja $p < 0,0001$ y recibir más información sobre sexualidad $p < 0,007$.

Conclusiones: En los adolescentes evaluados, el grupo con DEC no presentó diferencias significativas en los comportamientos, conocimientos en el área de la sexualidad ni en la CVRS exceptuando el aspecto físico.

Palabras Clave: Adolescentes, Calidad de Vida Relacionada con Salud, Discapacidad, Enfermedad Crónica, Sexualidad, Salud Sexual

Introducción

La discapacidad se encuentra en aumento a nivel mundial, debido al envejecimiento de la población y, a la mayor sobrevida en la etapa neonatal y pediátrica. A su vez, también enfermedades crónicas como la diabetes, el cáncer, el asma y las enfermedades cardiovasculares aumentaron su prevalencia. Según estimaciones globales de la OMS del 5% al 10% de niños y adolescentes de 0 a 14 años poseen alguna discapacidad. La CEPAL indica que 12,4% de la población de América Latina convive con al menos una discapacidad. En Argentina se estima un 4% de adolescentes varones y un 2,9% de adolescentes mujeres con discapacidad.

Las personas con discapacidad o enfermedad crónica (DEC) tienen peores resultados sanitarios y académicos, menor participación económica y tasas de pobreza más altas como consecuencia, en parte, de los obstáculos que entorpecen el acceso a la salud, la educación, el empleo, el transporte o la información; dificultades que se exacerbaban en los sectores menos favorecidos económicamente.

No hace mucho tiempo las personas con discapacidad eran víctimas de violencia y discriminación. Afortunadamente, esta situación ha cambiado. Dos procesos paralelos contribuyeron: el cambio en la concepción de la discapacidad desde el modelo biopsicosocial y la amplia ratificación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. La Clasificación Internacional del Funcio-

namiento, de la Discapacidad y de la Salud define la discapacidad como las dificultades presentadas en cualquiera de las tres áreas de funcionamiento humano: deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones de participación. Las enfermedades crónicas se definen como trastornos que tienen una base biológica, psicológica o cognitiva; han durado o se espera que duren por lo menos 1 año y producen una o más de las siguientes: limitación de la función, actividad o papel social, dependencia a tecnologías y necesidad de atención médica o servicios relacionados.

Los estudios sobre calidad de vida relaciona con la salud (CVRS) se sustentan en el enfoque biopsicosocial, permitiendo la evaluaciones en salud no sólo a través de la medición de indicadores de morbimortalidad sino desde el bienestar y la percepción del propio sujeto. Evaluaciones que en adolescentes permitirían identificar a aquellos en situaciones desfavorables e implementar intervenciones más oportunas. Son escasos los estudios específicamente orientados hacia la CVRS de poblaciones jóvenes, sobre todo en países latinoamericanos y los que existen no toman en cuenta aspectos de la sexualidad, de gran importancia en la adolescencia en la que junto con cambios físicos ocurren otros relacionados con las sensaciones que el nuevo cuerpo impone y la necesidad no sólo de identificarse con ese cuerpo, sino de asumirse como un ser sexual en el camino por alcanzar la exogamia. Esta falencia probablemente se deba al amplio margen etario al que están destinados los cuestionarios sobre CVRS. Resulta indispensable, entonces, no sólo evaluar los comportamientos y conocimientos sobre sexualidad y sino también diferenciar lo que sucede en los jóvenes con DEC a los que, según la literatura, se los suele desvincular de los temas de índole sexual y, por ende, no sólo se exponen a situaciones más vulnerables sino que tampoco reciben una rehabilitación integral.

Este trabajo tuvo como objetivos evaluar en los adolescentes que concurren al Servicio de Adolescencia de un hospital público de CABA la asociación entre padecer DEC y tener pocos conocimientos sobre HIV y presentar comportamientos de mayor vulnerabilidad en la esfera de la sexualidad; utilizando los indicadores de CVRS como medida comparativa entre grupos y de estimar la prevalencia de DEC.

Se trabajó con los cuestionarios validados Kabb sobre conocimientos, actitudes, comportamientos y creencias en sexualidad y el Kidscreen-52 sobre CVRS.

Población y Métodos

Estudio transversal y correlacional. Se realizó una encuesta auto-administrada, anónima, confidencial. Participaron entre 01 de agosto de 2015 y

1 de abril de 2016 consecutiva y voluntariamente los adolescentes que concurren al servicio de adolescencia de un hospital municipal de CABA con capacidad de leer y completar el cuestionario. Se excluyeron encuestas incompletas o cuyas respuestas plantearon conflictos lógicos.

Se utilizaron los cuestionarios Kidscreen-52 genérico sobre CVRS validado para su uso en Argentina y Kabb sobre conocimientos sobre HIV, comportamientos, percepciones, creencias y comunicación sobre sexualidad; validado por el Centro de Prevención de SIDA de la Universidad de California, que fue traducido al castellano y re-traducido al inglés por nativos de Estados Unidos para asegurar que la traducción no generara modificaciones conceptuales.

Se agregó una sección sobre DEC como variable de estudio, cuya primera pregunta se tomó del Kidscreen-52 validado para Chile y otra sección basada en historia clínica del adolescente la OPS que indaga sobre familia, escolaridad, consumos y nivel socioeconómico incorporando la escala FAS (*Family Affluence Scale*) para clasificar este último en bajo, medio y alto según los puntajes obtenidos. Los puntajes de CVRS se dividieron en Bajos y No Bajos según el valor de corte X-1DS Los conocimientos sobre HIV se indagaron con preguntas de verdadero o falso, la respuesta correcta del 60% se consideró como conocimiento adecuado o aprobado. La presencia de por lo menos una de los siguientes se consideró como comportamiento sexual de mayor vulnerabilidad: 1) Considerando que el promedio de inicio de relaciones sexuales en Argentina es de 14,7 años en los varones y de 15,4 años en las mujeres. Se consideran 13 años o menos para los varones y 14 años o menos para las mujeres como inicio de relaciones sexuales tempranas. 2) Consumo de alcohol o drogas relacionado con relaciones sexuales definiendo así al consumo previo de al menos una relación sexual. 3) Uso inadecuado del preservativo, considerando uso adecuado la consignación siempre y su concordancia con la respuesta positiva sobre su utilización durante la última relación sexual. 4) El uso aislado de métodos inadecuados como el coito interrumpido, diafragma, esponjas vaginales o espermicidas o la ausencia de métodos en los últimos dos meses se define como Uso inadecuado de métodos anti-conceptivos.

Considerando una frecuencia de 25% de DEC y una población anual de 12000 adolescentes que consultan al servicio del hospital se estimó una muestra representativa de 274 sujetos, alcanzando con 260 sujetos (65 con DEC) para evaluar las asociaciones planteadas si la diferencia de conocimientos, según la bibliografía, entre ambos grupos

TABLA N°1		Contexto
Edad	media (ds) 14,54 (1,94)	n (%) 347 (100)
Adolescencia	Temprana (<14 a)	113 (32,56)
	Media	209 (60,23)
	Tardía (>18 a)	25 (7,2)
Sexo	Femenino	230 (66,3)
	Masculino	117(33,2)
Religión	Si	180 (52,02)
	No	166 (47,98)
Lugar de Residencia	CABA	96 (27,67)
	Pcia. Bs As.	247(71,18)
	Otro	4 (1,15)
Nacionalidad	Argentina	323 (93,08)
	Otro	23 (6,63)
	No sabe	1 (0,29)
Escolaridad	Estudia	333 (95,97)
	Abandonó	9 (2,59)
	Terminó el secundario	11 (3,17)
	Repitencia	73 (21,04)
	veces repetidas	1,45
	Proyecto escolar	261 (75,65)
	Adaptación a DEC	27 (8,21)
	Maestra Integradora	14 (4,26)
DEC	Si, tiene	96 (27,67)
	No sabe si tiene	3 (0,86)
Fas	Bajo	166 (47,8)
	Medio	154 (44,38)
	Alto	27 (7,78)
Recursos sanitario - estatales	Obra social	98 (28,24)
	Certificado Discapacidad	22 (6,34)
	Pensión Discapacidad	14 (4,03)

fuera del 20% con un 95% de confianza y 80% de poder.

Se calcularon las frecuencias, porcentajes y proporciones para las variables cualitativas y promedio, desvío estándar, error estándar, mediana, mínimo y máximo para las cuantitativas. Se utilizaron los test de Chi-cuadrado y Student y se calcularon los odds ratio e intervalos de confianza del 95% en el análisis univariado. La asociación entre las variables propuestas y DEC se analizó con modelos de regresión logística para resultados dicotómicos. Se usó un nivel de significación menor del 5% para rechazar la hipótesis nula.

Las Percepciones, creencias y comunicación sobre sexualidad y CVRS se analizaron según la sumatoria de la Escala de Likert de los items correspondientes a cada aspecto y se analizaron como varia-

TABLA N°2		Padres			
Estudios de los padres					
n=346	Madre		Padre		
	n	%	n	%	
Primario	114	32,95	120	34,68	
Secundario	156	45,08	131	37,86	
Universitario	40	11,56	25	7,23	
No Estudio	12	3,47	3	0,87	
No la/lo conoce	5	1,45	23	6,65	
No sabe	19	5,49	44	12,71	
Trabajo de los padres					
	Madre		Padre		
	n	%	n	%	
Trabaja	179	51,73	255	73,69	
Inactivo +	84	24,28	9	2,6	
Desocupado++	47	13,58	11	3,18	
No la / lo conoce	3	0,87	19	5,491	
Falleció	12	3,47	23	6,65	
No sabe	21	6,07	29	8,38	
+ No trabaja y no busca trabajo ++ No trabaja					

bles independientes. Se utilizó el programa EpiInfo 2013 versión 7.

Consideraciones éticas

Se obtuvo la aprobación del comité de bioética del hospital. Se solicitó consentimiento informado.

Resultados

Se invitó a participar a 700 sujetos, 360 accedieron, 347 fueron evaluables.

La población fue mayoritariamente femenina (66,3%), de nacionalidad argentina (93%), con residencia en provincia de Buenos Aires (71%) y una edad media de 14,54 años. El 52% practicaba una religión. Un 95,97% estudiaba, 21,04% repitió al menos una vez y un 2,59% abandonó los estudios. El 52,7% convive con ambos padres y un 8,6 % con ninguno de ellos. El 3,7% convive con su pareja y el 1,2% con su hijo/a.

La distribución socioeconómica fue mayoritaria y equitativa en los estratos bajos y medios, sólo un 7,78 % pertenecía al estrato alto. El 5,78% de los padres se encontraban inactivos o desocupados. El 28,24% tenía obra social y un 14% pensión por discapacidad.

La edad media de inicio del consumo de alcohol fue de 13(1,88) años y de marihuana 14,31(1,43) años.

TABLA N°3		Familia	
Número de Convivientes n=342			
media	Min	Máx	
4,5 (2,3)	1	15	
n=347	n	%	
Convivientes			
Familia Biparental	183	52,7	
Familia Monoparental	134	38,6	
No convive con sus padres	30	8,6	
Pareja*	13	3,7	
Hijos*	4	1,2	
*Cada sujeto podía optar por una o múltiples opciones			
Ninguno vivía solo en pareja o con su hijo/a			
Biparental: madre-padre			
Monoparental: madre o padre			

Tabla 1, 2, 3, 4

La prevalencia de DEC fue de 27,67%. La patología individual más frecuente fue asma y el conjunto de patologías nutrición y diabetes el de mayor proporción. No encontraron diferencias estadísticas significativas entre DEC y edad, sexo, nivel socioeconómico y CVRS excepto con poseer valores medios menores en el componente Bienestar físico. El grupo femenino, los FAS bajos y la adolescencia tardía presentaron diferencias significativas en distintos componentes de CVRS. Tabla 5, 6,7, 8, 9

La edad media de inicio de relaciones sexuales fue de 14,71 años, el 39% inició a edades tempranas. El 18,3% usó inadecuadamente los anticonceptivos y un 51,2% usó el preservativo inapropiadamente. El 17% asoció el consumo de sustancias con las relaciones sexuales. Tabla 10, 11

El 53,9% desaprobó en conocimientos sobre HIV. No se obtuvo asociación entre tener pocos conocimientos sobre HIV y DEC, sexo, CVRS, nivel socioeconómico o haber iniciado relaciones sexuales. Sólo se asoció con pertenecer a la adolescencia tardía. No hubo significancias entre comportamiento sexual de mayor vulnerabilidad y DEC, sexo, edad, CVRS y nivel socioeconómico Fas. Tampoco se asoció DEC y percepciones, creencias y comunicación sobre sexualidad, pero el grupo femenino se asoció con varios de estos ítems. Tabla 11,12, 13, Gráfico 1

Discusión

La prevalencia de DEC (27,67%) fue superior a la sugerida por la bibliografía y mencionada al comienzo de este trabajo, probablemente debido a la

TABLA N°4		Consumos		
Edad de inicio consumo	media	Ds.	min	Max
n=347				
Alcohol 190 (54,75)	13,1	1,88	7	17
Marihuana 39 (11,23)	14,31	1,43	11	17
Núm. de veces en la vida	n=190 Episódico excesivo Alcohol + 71 (37,37)		n=39 Episódico excesivo Marihuana++ 38 (97,43)	
Sólo una vez en la vida	31 (43,66)		21 (55,26)	
Sólo un par de veces al año	31 (43,66)		7 (18,42)	
Una o dos veces al mes	5 (7,04)		3 (7,89)	
Una o dos veces a la semana	2 (2,81)		4 (10,52)	
3 veces o más a la semana	1 (1,40)		3 (7,89)	
Casi todos los días	1 (1,40)		0 (0)	
+ Perder el control, estar muy borracharse				
++ Perder el control o colocarse				

procedencia de la muestra de un hospital de tercer nivel. Al no obtenerse diferencias significativas entre DEC y sexo, edad, nivel socioeconómico, CVRS, el grupo DEC en su totalidad fue factible de comparación a la hora de evaluar aspectos del área de sexualidad. Sólo se encontró asociación entre DEC y valores medios menores en el componente bienestar físico. Lo que probablemente se corresponda con las limitaciones físicas propias de la DEC. Un trabajo similar colombiano con Kidscreen-27 obtuvo menor rendimiento en varios componentes para el grupo con patología. El grupo femenino, se asoció con valores menores para CVRS global y los componentes: apoyo social, ambiente escolar y aceptación. En los trabajos mencionados, aunque con variaciones en el componente involucrado, los puntajes del grupo femenino también resultan infe-

DEC n=96	Patologías Reportadas	n=119	%	Patología agrupada	n=119	%
	Diabetes	8	6,61	Nutrición y diabetes	32	26,9
	Enfermedad Celiaca	2	1,65			
	Obesidad	7	5,78			
	Anorexia	8	6,61			
	Bulimia	7	5,78			
	Fibrosis quística	2	1,68	Respiratoria	25	21
	Asma	19	15,96			
	E. Pulmonar Obstructiva crónica	4	3,36			
	Cardiopatía	9	7,56	Daño de órgano	16	13,4
	Nefropatía	7	5,88			
	Lupus Eritematoso sistémico	2	1,65	Reumatológica	9	7,56
	Artritis Idiopática Juvenil	5	4,2			
	Psoriasis	1	0,84			
	Beceth	1	0,84			
	Problemas Hormonales	9	6,72		9	7,56
	Anemia	2	0,84	Hematológico	2	1,65
	Retraso Mental	1	0,84	Neurológico Neuroquirúrgico Psiquiátrico	5	4,2
	Autismo	0	0			
	Patología Psiquiátricos	3	2,52			
Convulsiones	0	0				
Mielomeningocele	1	0,84				
Espina bifida	0	0				
Inmunodeficiencia	1	0,84	Inmunidad	3	2,52	
HIV	2	1,68				
Hipoacusia	1	0,84	Sensorial	1	0,84	
Cáncer	3	2,52	Oncológico	3	2,52	
Escoliosis-hiperlaxitud	3	2,52	Traumatológico	3	2,52	
Otras	11	9,24	Otras	11	9,24	
<p>Núm. de patologías por adolescente: 1,23 Tiempo transcurrido del comienzo DEC (n=70) 6,82 (4,88)</p>						

riores. No se obtuvieron diferencias significativas entre las adolescencias temprana, media y tardía y CVRS. En los trabajos antes referidos se encontraron diferencias al comparar adolescentes versus niños siendo peores los puntajes de CVRS en adolescentes. Al igual que en estos trabajos niveles socioeconómicos bajos se asociaron con puntuaciones bajas de CVRS.

No existieron asociaciones significativas entre poseer menores conocimientos sobre HIV y DEC, CVRS, sexo, nivel socioeconómico o haber iniciado relaciones sexuales. Si se asoció con pertenecer a la adolescencia tardía y, a su vez, la edad media de los desaprobados fue mayor. Si bien estos resultados podrían estar sesgados por la baja pro-

porción de adolescentes tardíos de la muestra, los resultados son preocupantes. Ya que los de mayor edad, con más posibilidades de tener o de iniciar relaciones sexuales tienen menores conocimientos sobre HIV y si bien a la hora de ponerse en práctica medidas de prevención entran en juego distintos factores, uno de ellos indiscutiblemente es el conocimiento. ¿Se los informa menos porque son mayores y se presupone que ya saben? ¿Se implementaron programas de educación sexual a edades más tempranas en los últimos años y por eso los más jóvenes conocen más? ¿Se olvidan de lo que se les informan o aprenden? Según la Encuesta mundial de salud escolar (EMSE), en Argentina los porcentajes de enseñanza sobre HIV en

TABLA N°6

Prevalencias- DEC Asociaciones

n=347 (%)	si 96 (27,67)	DEC no 248 (71,47)	no se 3 (0,86)	p
Baja CVRS 59 (17)	17 (17,71)	41 (69,49)	1 (33,33)	0,73
Sexo femenino 230 (66,28)	64 (66,67)	164 (66,13)	2 (66,67)	0,1
Edad				
N			Media	p 0,235
DEC	Si, tiene	96	14,76 (1,92)	
n=344	No tiene	248	14,48 (1,93)	
Categorías Fas				
	Bajo	Medio	Alto	p
DEC 96 (27,67)	166 (47,80)	154 (44,4)	27 (7,8)	0,34
No DEC 248 (71,46)	46 (47,9)	43 (44,8)	7 (7,3)	
	117 (47,2)	111 (44,8)	20 (8,10)	
No sabe 3 (0,86)	3	0	0	

la escuela aumentan con la edad hasta 65,1% a los 15 años, sin embargo, menos de la mitad de los encuestados respondió correctamente. Cabe entonces preguntarse sobre cuán buena y frecuente es la información que se brinda principalmente porque más del 80% de las infecciones HIV entre los 15 a 24 años ocurren por relaciones sexuales desprotegidas. Agregando a esto que sólo el 48,8% de la población estudiada usó apropiadamente el preservativo, resultado similar a los observados en la EMSE en la que, además, el 46,7% usaba algún otro método anticonceptivo. En nuestra población el uso de anticonceptivos adecuados fue del 81%. Esto quizá relacionado con el alto porcentaje femenino de la población estudiada y con la gratuidad de los distintos métodos anticonceptivos que se ofrecen en el servicio. Frente a estos datos se imponen reflexiones acerca la falta de cuidado frente a las infecciones de transmisión sexual (ITS), la vulnerabilidad generada a partir de la falta de concurrencia del adolescente varón a los servicios de salud, para él y para el colectivo adolescente y pensar si no es el enfoque de los cuidados en salud por sí mismo el que excluye al conjunto masculino.

La prevalencia inicio de relaciones sexuales tempranas fue de 39% superior a la obtenida en el mismo servicio en el año 2012 (21%) con iguales valores de corte, por lo que, al parecer, y en concordancia con la EMSE, la edad de inicio ocurre cada vez más frecuentemente a edades más tempranas implicando esto la necesidad de facilitar el acce-

TABLA N°7

CVRS

CVRS	media	ds	min	Max
Bienestar físico	15	4.48	5	25
Bienestar psíquico	22.12	5.03	6	30
Estado de animo	24.29	6.610	7	35
Autopercepción	17.78	4.60	5	25
Autonomía	17.47	4.68	6	25
Rel. padres	21.85	6.24	6	30
Rec. económicos	9.348	3.47	3	15
Apoyo social y pares	22.63	5.8	6	30
Ambiente escolar	21.60	5.35	6	30
Aceptación	12.71	2.50	3	15
Global	184.73	33.72	92	257

so a métodos anticonceptivos especialmente en la adolescencia temprana." (EMSE)

No se han encontrado asociaciones entre comportamientos vulnerables en el área de la sexualidad y DEC, tampoco se asoció con las percepciones, creencias y comunicación sobre sexualidad. Se encontraron en éste último punto diferencias para el grupo femenino que percibe: recibir más información, mayor riesgo en el comportamiento de los pares, le da menos importancia al hecho de ser sexualmente activo/a, y se supone más eficaz a la hora de evitar relaciones sexuales inseguras o con la propia pareja cuando no lo desea. Quizá la frecuencia del embarazo adolescente (19,7%) y el inicio cada vez más temprano de las relaciones sexuales se acompañan de un mayor flujo de información hacia el grupo femenino o las predisponga mejor para recibir información. Lo demás, probablemente vaya de la mano de las construcciones sociales de género y de las presiones asociadas a ellos, como la importancia de la iniciación sexual para los hombres. Resultados que invitan a profundizar en las diferencias de los comportamientos de género en el área de la sexualidad.

Finalizando, los adolescentes con DEC se manifiestan tan vulnerables como cualquier otro adolescente a la hora de experimentar, transgredir, forjar su individualidad y transitar su exogamia. Presentan seguramente limitaciones impuestas por la patología, pero esto, al parecer, no los condiciona a la hora de pensarse o percibir situaciones en torno a la sexualidad, tampoco modifica los comportamientos que podrían exponerlos a contagio de ITS o embarazos no planificados. No conocen más ni menos

TABLA N°8A

Aspectos de CVRS y diferencias con $p < 0,05$

			n	media	ds
DEC	Bienestar físico	DEC	96	14,06	4,61
		No DEC	248	15,24	4,41
Sexo	Bienestar físico	F	230	14,12	4,38
		M	117	16,48	4,25
	Bienestar psíquico	F		21,25	5,23
		M		23,83	4,14
	Estado de ánimo	F		22,72	6,64
		M		27,35	5,37
	Autopercepción	F		16,81	4,7
		M		19,7	3,75
	Autonomía	F		16,87	4,91
		M		18,64	3,95
	Rel. padres	F		20,89	6,46
		M		23,75	5,33
Rec. económicos	F		9,06	3,55	
	M		9,9	3,23	
Fas	Bienestar físico	bajo	166	14,04	4,3
		medio	154	15,63	4,42
	Estado de ánimo	bajo		23,49	6,82
		medio		25,2	6,16
	Autonomía	bajo		16,53	4,88
		medio		18,45	4,23
	Rec. económicos	bajo		8,25	3,4
		medio		10,43	3,12
Apoyo social y pares	bajo		21,9	5,96	
	medio		23,31	5,57	
Edad	Autopercepción	Temp.- media	322	17,63	4,63
		tardía	25	19,72	3,86

que el resto de los adolescentes, que parecieran no saber demasiado sobre cómo cuidarse, y se cuidan poco. De aquí, un doble desafío para el personal de salud: no dejar de contemplar la esfera sexual al acercarnos al cuidado de un adolescente con DEC, por más que la patología demande mayor tiempo en la atención; y, principalmente, mejorar la comunicación, la transmisión de información y la promoción de los cuidados para todo el mundo adolescente, tanto para las mujeres que se perciben que se las informadas pero lo reflejan regularmente en sus cuidados, como para los hombres que consultan menos.

TABLA N°8B

Aspectos de CVRS con $p > 0,05$: CVRS vs DEC

		N	Media	Desv. tip.
B. psíquico	DEC	96	22,04	5,12
	No DEC	248	22,13	5,03
E. ánimo	DEC		23,42	6,99
	No DEC		24,6	6,43
autopercepción	DEC		17,53	4,55
	No DEC		17,87	4,65
Autonomía	DEC		17,57	4,47
	No DEC		17,44	4,77
R. padres	DEC		22,27	5,98
	No DEC		21,75	6,33
R. económico	DEC		9,78	3,47
	No DEC		9,2	3,45
Acept. social	DEC		22,45	5,83
	No DEC		22,73	5,85
Ambiente escolar	DEC		22,18	5,23
	No DEC		21,35	5,41
Acept. social	DEC		12,82	2,24
	No DEC		13	2,04

La imposibilidad de evaluar la veracidad de las respuestas ante los cuestionarios auto-administrados impone limitaciones potenciales al trabajo, aunque se demostró que los resultados obtenidos con las encuestas utilizadas tienen una calidad aceptable. Por otro lado, es probable un sesgo originado en la elevada proporción de sujetos que se negaron a participar, quizá por la longitud de la encuesta. Sin embargo, y como fortaleza, se obtuvo una alta proporción de cuestionarios completos en los participantes.

Conclusiones

No se encontró asociación entre DEC y poseer bajos conocimientos sobre HIV, ni con presentar comportamientos sexuales de mayor vulnerabilidad ni con CVRS, a excepción del aspecto bienestar físico. La prevalencia de DEC fue de 27,67%. Existieron diferencias significativas entre CVRS baja y menores niveles socioeconómicos. El grupo femenino presentó menores puntajes de CVRS y distintas asociaciones respecto a las creencias y percepciones en el área sexual. Todo lo cual deja el espacio abierto para futuros trabajos.

TABLA N°9 CVRS- Asociaciones

n=347 (%) CVRS Global					
	Baja 59 (17)	No Baja 288 (83)	p	OR	IC (95%)
Sexo femenino 230 (66,28)	53 (89)	177 (61,46)	0,0001	5,54	2,30 -13,31
FAS bajo 166 (47,83)	38 (64,40)	128 (44,45)	0,013	2,04	1,15 -3,6
No Escolarizados 14 (4,03)	4 (6,78)	10 (3,47)	0,2		
Adolescentes Tempranos 113 (32,56)	17 (71)	96 (33,33)	0,5		
CVRS GLOBAL					
(n=344)	N	Media	Desviación típ.	p	
DEC	Si tiene	96	184,1500	32,08585	0,76
	No tiene	248	185,3508	34,14262	

TABLA N°11 Conocimiento- asociaciones

Conocimiento HIV					
	Desaprueba	Aprueba	p	OR	IC (95%)
n=347(%)	187 (53,9)	160 (46,1)			
Adolescencia tardía 25 (7,2)	20 (10,79)	5 (3,13)	0,005	3,71	1,3 -10,13
DEC 96 (27,6)	53 (28)	43 (26,87)	0,75		
Femenino 230 (66,28)	132 (70,59)	98 (61,25)	,067		
Fas Bajo 166 (47,84)	86 (45,99)	80 (23,05)	0,332		
CVRS Baja 59 (17)	30 (16,04)	31 (19,37)	0,47		
Inició relaciones sexuales 82 (23,63)	47 (25,13)	35 (21,88)	0,48		
EDAD n=347		N	Media	Desviación típ.	p
conocimiento	desaprueba	187	14,9358	1,93889	0,0001
	aprueba	160	14,0750	1,84817	

TABLA N°10 Inicio de Relaciones sexuales

Edad de inicio de relaciones sexuales	media	ds	min	máx
n=82				
Global	14, 71	1,36	11	18
femenino	14,8	1,3	12	18
masculino	14,46	1,52	11	17

GRAFICO N°1 Fuente de información sobre HIV

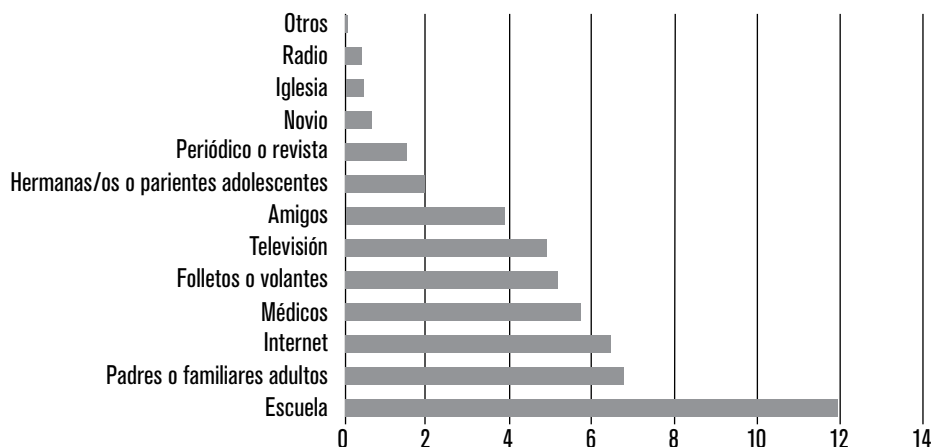


TABLA N°12

DEC- Comportamientos vulnerables

n=82	DEC		p
	Si tiene	No tiene	
Comportamientos sexuales vulnerables	25 (30,48)	57 (69,51)	
Uso inadecuado de Anticonceptivos			
15 (18,3)	6 (24)	9 (15,78)	0,39
Uso inadecuado de preservativo			
42 (51,2)	13 (52)	29 (50,88)	0,93
Inicio temprano de relaciones sexuales			
32 (39%)	7 (28)	25 (43,86)	0,169
Consumo de sustancias asociado a RS			
14 (17%)	6 (24)	8 (14,04)	0,26

TABLA N°13

Percepciones, creencias, comunicación- Asociaciones

	Sexo Femenino		
	Valor de p	OR	Valor de p
Poca Autoeficacia en rechazar relaciones sexuales en la pareja	0,79	0,71 (0,63-0,8)	0,0001
Poca Autoeficacia para rechazar relaciones sexuales inseguras	0,5	0,81 (0,74-0,89)	0,0001
Sentimientos negativos sobre normas asociadas al uso del preservativo en la pareja	0,5	0,75 (0,65-0,88)	0,0001
Importancia otorgada hacia los pares sexualmente activos	0,28	0,93 (0,89-0,97)	0,001
Baja prevalencia de conductas de mayor vulnerabilidad en pares	0,45	0,84 (0,78-0,9)	0,0001
Recibir poca información	0,06	0,85 (0,76-0,95)	0,007
Incomodidad al hablar de sexualidad	0,7	NS	0,6
Baja preocupación por contraer HIV e ITS	0,89	NS	0,7
Baja posibilidad de contraer HIV e ITS	0,4	NS	0,3
Valoración negativa del uso del preservativo	0,15	NS	0,2
Conductas pre coitales	0,85	NS	0,2
Tipos de relaciones sexuales	0,73	NS	0,3

Anexo II

Cuestionario Kidscreen, Kabb y secciones de Discapacidad o Enfermedad Crónica y aspectos socioeconómicos

Fecha:

Querido/a joven:

Estamos realizando una investigación sobre tu **calidad de vida y tus conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la sexualidad**. Nos interesa además conocer algunas cosas sobre tu salud, tu familia, amigos, escuela y tu tiempo libre.

La encuesta es **confidencial** así que no es necesario que escribas tu nombre y se protegerá tu **privacidad**. Si alguna pregunta te resulta incómoda podés elegir no contestarla.

Si no sabés cómo responder, consultá a quien te entregó la encuesta para que pueda ayudarte.

Recordá que siempre podés consultar en el Servicio de Adolescencia del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde o donde prefieras sobre los temas que aquí te preguntamos.

¿Estás de acuerdo en realizar la encuesta? De acuerdo En desacuerdo

1.

En general ¿cómo dirías que es tu salud?

- excelente
- muy buena
- buena
- regular
- mala

Pensá en la última semana...

2.

¿Te sentiste bien y físicamente en forma?

Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.

¿Te sentiste físicamente activo/a (por ejemplo, corriste, trepaste, anduviste en bici)?

Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4.

¿Pudiste correr bien?

Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pensá en la última semana...

5.

¿Te sentiste lleno/a de energía?

Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Tus sentimientos

Pensá en la última semana...		Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
1.	¿Disfrutaste de la vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	¿Te sentiste contento/a de estar vivo/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	¿Te sentiste conforme con tu vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pensá en la última semana...		Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
4.	¿Estuviste de buen humor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	¿Estuviste contento/a ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	¿Te divertiste?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Tu estado de ánimo

Pensá en la última semana...		Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
1.	¿Tuviste la sensación de haber hecho todo mal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	¿Te sentiste triste?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	¿Te sentiste tan mal que no te dieron ganas de hacer nada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	¿Tuviste la sensación de que todo en tu vida sale mal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	¿Te sentiste harto/a por algo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	¿Te sentiste solo/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	¿Te sentiste presionado/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Lo que sentís de vos mismo/a

Pensá en la última semana...		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.	¿Estuviste contento/a con la manera como sos?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
2.	¿Estuviste contento/a con tu ropa?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
3.	¿Te preocupó la forma en que te ves?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
4.	¿Tuviste envidia de la forma como se ven otros/as chicos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
5.	¿Hay alguna parte de tu cuerpo que te gustaría cambiar?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

5. Tu tiempo libre

Pensá en la última semana...		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.	¿Tuviste tiempo suficiente para vos?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
2.	¿Hiciste las cosas que querías hacer en tu tiempo libre?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
3.	¿Pudiste estar al aire libre (por ejemplo: en la calle, el parque, la plaza, etc.)?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
4.	¿Tuviste suficiente tiempo para estar con tus amigos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
5.	¿Pudiste elegir qué hacer en tu tiempo libre?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

6. Tu vida familiar

Pensá en la última semana...		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.	¿Tus padres te entendieron?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
2.	¿Te sentiste querido/a por tus padres?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

Pensá en la última semana...

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
3. ¿Te sentiste feliz en tu casa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Tus padres tuvieron suficiente tiempo para vos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Tus padres fueron justos con vos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ¿Pudiste hablar con tus padres cuando querías?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Cuestiones económicas

Pensá en la última semana...

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. ¿Tuviste suficiente dinero para hacer lo mismo que tus amigos/as?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Tuviste suficiente dinero para tus gastos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pensá en la última semana...

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
3. ¿Tenés suficiente dinero para compartir actividades con tus amigos/as?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Tus amigos/as

Pensá en la última semana...

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. ¿Estuviste con tus amigos/as?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Compartiste actividades con otros chicos/as?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Te divertiste con tus amigos/as?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Tus amigos/as y vos, se ayudaron entre ustedes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Pudiste hablar de todo con tus amigos/as?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ¿Pudiste confiar en tus amigos/as?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. La escuela o el colegio

Pensá en la última semana...		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.	¿Te sentiste feliz en escuela o el colegio?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
2.	¿Te fue bien en la escuela o en el colegio?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
3.	¿Te sentiste conforme con tus maestros/as o profesores/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

Pensá en la última semana...		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
4.	¿Pudiste prestar atención en clase?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
5.	¿Te gustó ir a la escuela o el colegio?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
6.	¿Te llevaste bien con tus maestros/as o profesores/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

10. Vos y los demás

Pensá en la última semana...		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.	¿Tuviste miedo de otros/as chicos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
2.	¿Se rieron de los otros/as chicos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
3.	¿Te intimidaron o amenazaron otros/as chicos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

- xi. Sobre vos
53. ¿Dónde Vivís?
- Ciudad de BS AS
 - Provincia de BS AS
 - Otro _____
- ¿Donde? _____
54. ¿Dónde Naciste?
- Argentina
 - Otro país _____
- ¿Cuál? _____
- No se
55. ¿Cuántos años tenés?
- _____ Años
 - No se
56. ¿Cuál es tu sexo?
- Masculino
 - Femenino
 - Otro _____
57. ¿Practicás o tenés alguna religión?
- Si ¿Cuál? _____
 - No
 - No se
- xii. Sobre tu salud
58. ¿Tenés alguna enfermedad crónica o Discapacidad?
- Si
 - No
 - No se
59. ¿Cuál es la enfermedad crónica o discapacidad que tenés? (Marca con X una o más opciones correctas)
- Diabetes
 - Enfermedad Celiaca
 - Obesidad
 - Anorexia
 - Bulimia
 - Fibrosis quística
 - Asma
 - EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica)
 - Problemas en el Corazón (Cardiopatía)
 - Problemas en el Riñón (Insuficiencia renal, otros)
 - Lupus Eritematoso sistémico
 - Artritis Idiopática Juvenil
 - Problemas Hormonales (tiroides, h. de crecimiento, otros)
 - Retraso Mental
 - Autismo
 - Problemas Psiquiátricos (Alucinaciones, otros)
 - Convulsiones
 - Inmunodeficiencia
 - HIV
- Hipoacusia (sordera)
 - Mielomeningocele
 - Espina bífida
 - Cáncer
 - Otra _____
-
- No se
 - No tengo Discapacidad o Enfermedad Crónica
60. ¿Tenés Certificado de discapacidad?
- Si
 - No
 - No se
61. ¿Tenés Pensión por discapacidad?
- Si
 - No
 - No se
62. ¿Tenés Obra social?
- Si
 - No
 - No se
63. ¿Hace cuántos años sabés que tenés esa discapacidad o enfermedad crónica?
- _____ Años
 - No se
 - No tengo discapacidad o Enfermedad Crónica
64. La enfermedad crónica o discapacidad crónica que tenés te hace necesitar utilizar alguna de las siguientes cuestiones de manera frecuente: (marca con X una o varias opciones correctas)
- Medicación diaria, semanal o mensual
 - Internaciones frecuentes
 - Controles de laboratorio (sangre, orina, otros)
 - Consultas a médicos, kinesiólogo, psiquiatra, nutricionista, etc.
 - Uso de oxígeno, nebulizaciones o aerosoles
 - Uso de muletas, férulas, silla de ruedas, audífonos
 - Dietas especiales
 - Cirugías
 - Otro _____
- os _____
- No se
 - No tengo enfermedad crónica o discapacidad
- xiii. Sobre tu educación
65. ¿Estudias o vas a la escuela o centro educativo?
- SI
 - NO

66. ¿Qué Estudias?
 Primario
 Secundario
 Terciario- Universitario
 Otro_____
67. ¿Repetiste alguna vez?
 NO
 SI ¿Cuántas veces?_____
68. ¿Por qué no estudias?
 Terminé el secundario
 Abandoné
 Nunca estudié
 No se
 Estoy estudiando
69. ¿Te gustaría seguir estudiando después de terminar el secundario?
 Si ¿Qué estudiarías?_____
- No
 No se
70. ¿La escuela o centro educativo al que asistís está adaptado a tus dificultades, enfermedad crónica o discapacidad?
 Si, la mayoría de mis compañeros también tienen dificultades como la mía o parecidas
 No, pero tengo maestra integradora
 No
 No sé
- xiv. Sobre tu familia y la gente con la que vivís
71. ¿Cuántas personas viven con vos?
 _____Personas
- Vivo sólo
 Vivo en la calle
 No se
72. ¿Qué relación tienen con vos las personas con las que vivís? (Marca con una X una o varias opciones correctas)
 Mi pareja
 Mi hijo/a
 Mamá
 Papá
 Hermano/a
 Abuelo/a
 Tío/a
 Prima/o
 Sobrino/a
 Cuñado/a (pareja de hermano/a)
 Pareja actual de mi Mamá
 Pareja actual de mi Papá
 Hijos de la pareja de mamá/papá
- Otros:_____
- Vivo sólo
 No se
73. Tu mamá... ¿Estudio?
 Primario
 Secundario
 Universidad
 No estudio
 No la conozco
 No se
74. Tu mamá... ¿Trabaja?
 Si ¿Qué hace?_____
- No y no busca trabajo
 No pero busca trabajo
 No lo conozco
 Falleció
 No se
75. Tu papá... ¿Estudió?
 Primario
 Secundario
 Universidad
 No estudio
 No lo conozco
 No se
76. Tu papá... ¿Trabaja?
 Si ¿Qué hace?_____
- No y no busca trabajo
 No pero busca trabajo
 No lo conozco
 Falleció
 No se
77. Compartís la habitación con...
 Pareja
 Hijo/a
 Hermano/a
 Mamá
 Papá
 Otro_____
- No comparto, duermo sólo/a
 Vivo en la calle
78. ¿Cuántas computadoras compradas hay en tu casa?
 Ninguna
 Una
 Dos
 Más de dos
79. En los últimos 12 meses ¿Cuántas veces viajaste con tu familia de vacaciones?
 Ninguna vez

- Una vez
- Dos veces
- Más de dos veces

80. ¿Tu familia tiene algún vehículo, como auto o camioneta?

- SI
- NO

A continuación se presentan algunas declaraciones sobre el SIDA

• Si no sabes la respuesta, selecciona la casilla: No lo sé.

• Recuerda, estamos muy interesados saber lo que piensas

Para cada pregunta marca con X en la opción que consideres correcta.

81. Sólo las personas que se ven enfermas pueden transmitir el virus del SIDA

- Verdadero
- Falso
- No lo sé

82. Los preservativos reducen el riesgo de contraer el virus del SIDA. (Un preservativo es una pieza de goma que se coloca sobre el pene)

- Verdadero
- Falso
- No lo sé

83. Una persona puede contraer el virus del SIDA, incluso si él o ella tiene relaciones sexuales sólo una vez sin preservativo.

- Verdadero
- Falso
- No lo sé

84. Una persona puede contraer el SIDA por tocar o abrazar a alguien con SIDA.

- Verdadero
- Falso
- No lo sé

85. La mayoría de la gente que tiene el virus del SIDA muestra signos de la enfermedad de inmediato.

- Verdadero
- Falso
- No lo sé

86. Se puede contraer el SIDA por tener sexo anal sin preservativo (sexo anal significaría poner un pene en el ano de otra persona)

- Verdadero
- Falso
- No lo sé

87. Se puede contraer el SIDA a través de la picadura de un mosquito que ha picado a una persona con SIDA

- Verdadero
- Falso
- No lo sé

88. Sólo las personas que tienen relaciones sexuales homosexuales (Gays) pueden contraer el SIDA

- Verdadero
- Falso
- No lo sé

89. Se puede contraer el SIDA por besar a alguien que tiene SIDA.

- Verdadero
- Falso
- No lo sé

90. Se puede contraer el SIDA por tener relaciones sexuales con alguien que usa drogas inyectables con agujas compartidas

- Verdadero
- Falso
- No lo sé

91. Las píldoras o pastillas anticonceptivas protegen una mujer de contraer el virus del SIDA

- Verdadero
- Falso
- No lo sé

A continuación se presentan algunas preguntas acerca de tus opiniones de los demás.

Puede que no hayas hecho en realidad estas cosas, pero nos gustaría que nos digas cuan seguro te sentís respecto al hecho de hacerlas.

Por favor, marca X sólo un casillero para cada pregunta a continuación.

92. ¿Podrías hablar con tus amigos acerca de alguien que te gustaría que sea tu novio/a?

- Definitivamente no podría
- Probablemente no podría
- Probablemente si podría
- Definitivamente si podría

93. ¿Podrías hablar de sexo con tus amigos?

- Definitivamente no podría
- Probablemente no podría
- Probablemente si podría
- Definitivamente si podría

94. ¿Podrías hablar con tus amigos acerca de las enfermedades que se pueden contraer con las

relaciones sexuales?

- Definitivamente no podría
- Probablemente no podría
- Probablemente si podría
- Definitivamente si podría

95. ¿Podrías hablar de sexo con tu novio (a) sin avergonzarte?

- Definitivamente no podría
- Probablemente no podría
- Probablemente si podría
- Definitivamente si podría

96. ¿Podrías iniciar una conversación acerca de los preservativos con tu novio (a)?

- Definitivamente no podría
- Probablemente no podría
- Probablemente si podría
- Definitivamente si podría

97. ¿Podrías hablar sobre el SIDA con tus amigos?

- Definitivamente no podría
- Probablemente no podría
- Probablemente si podría
- Definitivamente si podría

98. ¿Podrías hablar sobre el SIDA con tu novio (a)?

- Definitivamente no podría
- Probablemente no podría
- Probablemente si podría
- Definitivamente si podría

99. ¿Podrías hablar con tu novio (a) de las enfermedades que se pueden contraer con las relaciones sexuales?

- Definitivamente no podría
- Probablemente no podría
- Probablemente si podría
- Definitivamente si podría

100. ¿Podrías iniciar una conversación acerca de los preservativos con tus amigos?

- Definitivamente no podría
- Probablemente no podría
- Probablemente si podría
- Definitivamente si podría

101. ¿Le pedirías a alguien que te gusta que salga o pase el tiempo con vos de manera romántica (una cita)?

- Definitivamente no podría
- Probablemente no podría
- Probablemente si podría
- Definitivamente si podría

102. ¿Podrías decirle a tu novio (a) que no quieres salir afuera (a pasear) con él / ella?

- Definitivamente no podría
- Probablemente no podría
- Probablemente si podría
- Definitivamente si podría

103. ¿Podrías decirle a tu novio (a) que no querés tener relaciones sexuales con él (ella)?

- Definitivamente no podría
- Probablemente no podría
- Probablemente si podría
- Definitivamente si podría

104. ¿Podrías decirle a tu novio (a) que te deje de tocar sexualmente?

- Definitivamente no podría
- Probablemente no podría
- Probablemente si podría
- Definitivamente si podría

Estas preguntas son acerca tu (s) padre (s) o el adulto (s) con los que vivís. ¿Alguna vez has hablado con tu padre (s) o el adulto (s) vivís sobre los siguientes temas? Por favor, marcá con X la opción correcta, para cada uno de los siguientes temas

105. ¿Alguna vez has hablado con tu padre (s) o el adulto (s) que vives sobre sexo?

- Si
- No

106. ¿Alguna vez has hablado con tu padre (s) o el adulto (s) con los que vivís sobre las enfermedades que se pueden contraer con las relaciones sexuales?

- Si
- No

107. ¿Alguna vez has hablado con tu padre (s) o el adulto (s) con quien vives sobre el SIDA?

- Si
- No

108. ¿Alguna vez has hablado con tu padre (s) o el adulto (s) quien vives sobre el embarazo?

- Si
- No

109. ¿Alguna vez ha hablado con tu padre (s) o el adulto (s) quien vives sobre el uso de preservativos?

- Si
- No

¿Qué tan cómodo te sentís hablando de cada uno de estos temas con tu padre (s) o el adulto (s) que vives? Por favor, marcá con X sólo un casillero para cada uno de los siguientes temas.

110. ¿Qué tan cómodo te sentís al hablar con tu padre (s) o el adulto (s) que vivís sobre sexo?
Muy cómodo (a)
Algo cómodo (a)
Poco cómodo (a)
Nada cómodo (a)

111. ¿Qué tan cómodo te sentís al hablar con tu padre (s) o el adulto (s) que vivís sobre las enfermedades que se pueden contraer con las relaciones sexuales?
o Muy cómodo (a)
o Algo cómodo (a)
o Poco cómodo (a)
o Nada cómodo (a)

112. ¿Qué tan cómodo te sentís al hablar con tu padre (s) o el adulto (s) con quien vivís sobre el SIDA?
o Muy cómodo (a)
o Algo cómodo (a)
o Poco cómodo (a)
o Nada cómodo (a)

113. ¿Qué tan cómodo te sentís al hablar con tu padre (s) o el adulto (s) que vivís sobre el embarazo?
o Muy cómodo (a)
o Algo cómodo (a)
o Poco cómodo (a)
o Nada cómodo (a)

114. ¿Qué tan cómodo te sentís al hablar con su padre (s) o el adulto (s) que vivís sobre el uso de preservativos?
o Muy cómodo (a)
o Algo cómodo (a)
o Poco cómodo (a)
o Nada cómodo (a)

Por favor, completá con X el casillero que muestre cuanto te preocupan los siguientes temas

115. ¿Qué tan preocupado (a) estás de contagiarte HIV (SIDA)?
Nada preocupado (a)
Algo preocupado (a)
Muy preocupado (a)

116. ¿Qué tan preocupado estás de contagiarte una enfermedad de transmisión sexual?

o Nada preocupado (a)
o Algo preocupado (a)
o Muy preocupado (a)

117. ¿Qué tan preocupada (o) estás de quedar embarazada si eres una chica, o de embarazar a una chica si eres un chico?
o Nada preocupado (a)
o Algo preocupado (a)
o Muy preocupado (a)

Queremos saber sobre lo que crees que piensan y hacen tus amigos (o los adolescentes con los que te juntás) Puede ser que no sepas exactamente lo que piensan o hacen. Está bien. Sólo escribí abajo tu mejor estimación. Por favor, marcá con x en el casillero correcto

118. ¿Cuántos de tus amigos piensan que usar preservativos es una molestia?
Ninguno
Algunos
La mitad
La mayoría
Todos

119. ¿Cuántos de tus amigos creés que han tenido relaciones sexuales?
o Ninguno
o Algunos
o La mitad
o La mayoría
o Todos

120. ¿Cuántos de tus amigos creés que el usan preservativos cuando tiene relaciones sexuales?
o Ninguno
o Algunos
o La mitad
o La mayoría
o Todos

121. ¿Cuántos de tus amigos creés que han tenido relaciones sexuales sin preservativo porque habían consumido mucho alcohol?
o Ninguno
o Algunos
o La mitad
o La mayoría
o Todos

122. ¿Cuántos de tus amigos creés que han tenido relaciones sexuales sin preservativo porque habían consumido mucha marihuana o paco?
o Ninguno

- Algunos
- La mitad
- La mayoría
- Todos

Esta vez queremos saber lo que pensás que hace que una persona sea "cool" o popular. Por favor, completa con X el casillero que muestra lo que pensás

123. Tener relaciones sexuales hace que un chico sea popular

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Desacuerdo
- Totalmente Desacuerdo

124. Tener relaciones sexuales hace que una chica sea popular

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Desacuerdo
- Totalmente Desacuerdo

125. Tener relaciones sexuales a mi edad es algo "cool" que un chico debe hacer.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Desacuerdo
- Totalmente Desacuerdo

126. Tener relaciones sexuales a mi edad es algo "cool" que una chica debe hacer.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Desacuerdo
- Totalmente Desacuerdo

127. Tener relaciones sexuales con otro (a) que no sea su pareja estable hace una chica sea "cool" o popular.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Desacuerdo
- Totalmente Desacuerdo

128. Tener relaciones sexuales con otro (a) que no sea su pareja estable hace un chico sea "cool" o popular.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Desacuerdo
- Totalmente Desacuerdo

129 Por favor señala con X los 3 lugares o personas donde has aprendido más sobre SIDA. Si has

aprendido sobre el SIDA en sólo 1 o 2 lugares o personas sólo señalá esos lugares.

- Escuela
- Televisión
- Radio
- Médicos (as)
- Iglesia
- Periódicos o revistas
- Amigos
- Padres o familiares adultos
- Hermanas, hermanos o parientes adolescentes
- Novio (a)
- Folletos o volantes
- Internet
- Otros ¿cuál? _____

Por favor, marca con X sólo un casillero para cada pregunta

130 ¿Qué pensás sobre las chances de contagiarte algún día de SIDA (HIV)?

No hay posibilidad que suceda

Puede suceder

Muy probable que suceda

131 ¿Qué pensás sobre las chances de contagiarte una enfermedad que se transmite con las relaciones sexuales?

No hay posibilidad que suceda

Puede suceder

Muy probable que suceda

132. ¿Qué pensás sobre las chances de quedar embarazada antes de que tengas 20 años o de dejar embarazada a una chica antes de que tengas 20 años?

No hay posibilidad que suceda

Puede suceder

Muy probable que suceda

Por favor, marcá con X el casillero que mejor describe lo que harías. Por favor, pensá cómo manejarías estas situaciones. Si nunca has tenido relaciones decí lo que harías

133. Me negaría a tener relaciones sexuales sin preservativo

Definitivamente me negaría

Probablemente me negaría

Probablemente No me negaría

Definitivamente no me negaría

134. Insistiría en el uso del preservativo, inclu-

- so si mi pareja no quiere usarlo
- Definitivamente insistiría
 - Probablemente insistiría
 - Probablemente No insistiría
 - Definitivamente no insistiría

Por favor, marcá con X el casillero que mejor describa cómo te sentís sobre el uso de preservativos

135. Si la persona con la que estoy a punto de tener relaciones sexuales sugiere usar preservativo sentiría que esa persona se preocupa por mí
- Definitivamente lo sentiría
 - Probablemente lo sentiría
 - Probablemente No lo sentiría
 - Definitivamente No lo sentiría

136. Si la persona con la que estoy a punto de tener relaciones sexuales sugiere usar preservativo me sentiría menos preocupado (a)
- Definitivamente lo sentiría
 - Probablemente lo sentiría
 - Probablemente No lo sentiría
 - Definitivamente No lo sentiría

137. Yo respetaría a mi pareja si él o ella sugiere el uso de un preservativo.
- Definitivamente lo sentiría
 - Probablemente lo sentiría
 - Probablemente No lo sentiría
 - Definitivamente No lo sentiría

Recordá, que nos gustaría que todos a respondan estas preguntas, ya sea que hayas tenido relaciones sexuales o no. Si nunca has tenido una relación sexual o coito, decí cómo crees que te sentirías. Por favor, marcá con X el casillero que mejor describe cómo te sentís

138. Realmente me molestaría dejar de tener relaciones sexuales para poner el preservativo
- Definitivamente me molestaría
 - Probablemente me molestaría
 - Probablemente No me molestaría
 - Definitivamente No me molestaría

- 139 Usar preservativos sería un problema
- Definitivamente lo sería
 - Probablemente lo sería
 - Probablemente No lo sería
 - Definitivamente No lo sería

140. No se sentiría tan bien si se usa un preservativo durante las relaciones sexuales
- Definitivamente no se sentiría bien
 - Probablemente no se sentiría bien

- Probablemente Si se sentiría bien
- Definitivamente Si se sentiría bien

141. Me daría vergüenza al comprar preservativos
- Definitivamente me daría vergüenza
 - Probablemente me daría vergüenza
 - Probablemente No me daría vergüenza
 - Definitivamente No me daría vergüenza

Ahora nos gustaría saber lo que pensás que es verdad sobre los preservativos.

Podés haberlos utilizado antes o tal vez no, pero decí lo que pensás.

- 142 Los preservativos se deslizan con facilidad.
- Definitivamente se deslizan fácil
 - Probablemente se deslizan fácil
 - Probablemente No se deslizan fácil
 - Definitivamente No se deslizan fácil

143. Los preservativos se rompen fácilmente.
- Definitivamente se rompen fácil
 - Probablemente se rompen fácil
 - Probablemente No se rompen fácil
 - Definitivamente No se rompen fácil

144. Si decidís tener relaciones sexuales, el uso del preservativo es la mejor manera de prevenir el contagio de SIDA (HIV) y de otras enfermedades de transmisión sexual
- Definitivamente LO ES
 - Probablemente LO ES
 - Probablemente NO lo es
 - Definitivamente NO lo es

- 145 Las personas que llevan preservativos (en la cartera o bolso) tienen relaciones sexuales con mucha gente
- Definitivamente Si
 - Probablemente SI
 - Probablemente NO
 - Definitivamente NO

Por favor, completá con X el casillero que mejor describe lo que harías en estas situaciones

- Pensá en la situación y decí lo que harías.
- Si nunca has tenido relaciones sexuales, o no estás planeando tener relaciones sexuales de inmediato, decí lo que pensás que harías

- 146 Estoy preocupado (a) por contraer de SIDA (HIV) que me aseguraría de usar el preservativo incluso en el calor del momento
- Definitivamente lo haría

- Probablemente lo haría
- Probablemente No lo haría
- Definitivamente No lo haría

147 Si yo no tuviera un preservativo, tendría relaciones sexuales de todos modos

- Definitivamente lo haría
- Probablemente lo haría
- Probablemente No lo haría
- Definitivamente No lo haría

148 Usaría un preservativo aunque estuviera borracho (a) o drogado (a)

- Definitivamente lo haría
- Probablemente lo haría
- Probablemente No lo haría
- Definitivamente No lo haría

Las siguientes preguntas nos ayudarán para saber lo que los jóvenes en GENERAL están haciendo. **RECORDA:** ¡nadie verá tus sus respuestas! Completá con SI o NO para decirnos si ha hecho las siguientes cosas.

Alguna vez...

149. ... Hablaste con una chica o un chico que te gusta?

- SI
- NO

150. ...tuviste en una cita?

- SI
- NO

151. ...besaste a una novio (a) en los labios?

- SI
- NO

152. ...diste un beso de lengua (beso francés)?

- SI
- NO

153. ...tocaste los pechos de una chica o te tocaron los pechos?

- SI
- NO

154. ...has tenido relaciones sexuales? (Por Relaciones sexuales nos referimos al sexo vaginal con penetración)

- SI
- NO

155. ... has tenido sexo oral? (Por sexo oral, nos referimos a la boca de una persona tocando el pene o la vagina de otra persona).

- SI

- NO

156. ...has tenido sexo anal? (Por sexo anal, nos referimos a poner el pene de un chico en el ano de la persona)

- SI
- NO

157. Hasta este momento, he elegido no tener relaciones sexuales de ningún tipo de relación sexual

- SI
- NO

158. Si has tenido relaciones sexuales, ¿Qué edad tenías la primera vez que tuviste relaciones sexuales o coito? (penetración vaginal o anal) Por favor, escriba su edad en ese momento en el espacio abajo

- Yo tenía _____ años la primera vez que tuve relaciones sexuales
- Nunca tuve relaciones sexuales

159. Si has tenido relaciones sexuales (penetración vaginal o anal), ¿Con cuántas personas diferentes tuviste Relaciones Sexuales en la vida? Por favor, marcá con X una sólo opción

- Nunca tuve relaciones sexuales
- 1 persona
- 2-3 personas
- 4-5 personas
- 6-7 personas
- 8-9 personas

160. ¿Con qué frecuencia tenés relaciones sexuales? Por favor, marcá con X una sólo opción

- Nunca tuve relaciones sexuales
- Aproximadamente una vez al mes o menos
- 2-4 veces al mes
- 2 veces a la semana
- 3 veces a la semana o más

161. ¿Con qué frecuencia utilizas vos o tu pareja un preservativo cuando tenés relaciones sexuales? Por favor, marcá con X una sólo opción

- Nunca tuve relaciones sexuales
- Siempre
- Más de la mitad del tiempo
- Cerca de la mitad del tiempo
- Menos de la mitad del tiempo
- Nunca

162. ¿Vos o la otra persona utilizaron un preservativo la última vez que tuviste relaciones sexuales? Por favor, marcá con X una sólo opción

- Nunca tuve relaciones sexuales
- Sí
- No

Estas preguntas son sólo acerca de los últimos 2 meses.

163. En los últimos 2 meses, ¿cuántas veces tuviste relaciones sexuales? Por favor, escribí el número de veces que has tenido relaciones sexuales en el espacio a continuación. Si nunca has tenido relaciones sexuales, poné un cero ("0") en el espacio

He tenido relaciones sexuales _____ veces en los últimos 2 meses

164. Si has tenido relaciones sexuales en los últimos 2 meses, ¿cuántas veces vos o tu pareja utilizaron un preservativo? Por favor, escribí el número de veces en el espacio de abajo. Si nunca has tenido relaciones sexuales, poné un cero ("0") en el espacio.

Yo/ mi pareja he usado un preservativo _____ veces en los últimos 2 meses

165. En los últimos 2 meses, ¿con cuántas personas has tenido relaciones sexuales?
- No he tenido relaciones sexuales en los últimos 2 meses
 - Yo he tenido relaciones sexuales con 1 persona en los últimos 2 meses
 - Yo he tenido relaciones sexuales con 2 personas en los últimos 2 meses
 - Yo he tenido relaciones sexuales con 3 personas en los últimos 2 meses
 - He tenido relaciones sexuales con 4 o más personas en los últimos 2 meses

166. En los últimos 2 meses, ¿con qué frecuencia vos o su pareja (s) sexual (es) usaron un preservativo cuando tuvieron una relación sexual?
- No he tenido relaciones sexuales en los últimos 2 meses
 - Siempre
 - Más de la mitad del tiempo
 - Aproximadamente la mitad del tiempo
 - Menos de la mitad del tiempo
 - Nunca

167. En los últimos 2 meses, ¿has recurrido a cualquiera de los siguientes métodos para evitar el embarazo? Marca la (s) opción (es) correcta (s)

- No he tenido relaciones sexuales en los últimos 2 meses

SI NO HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES EN LOS ÚLTIMOS 2 MESES, DEJÁ ESTAS EN BLANCO

- Preservativo
- Píldoras o pastillas anticonceptivas
- Inyecciones anticonceptivas
- Pastilla de emergencia (o del día después)
- Dispositivo Intrauterino (DIU)
- Implante
- Crema o jalea espermicida
- Esponja vaginal
- Diafragma
- Retiro ("marcha atrás o coito interrumpido")
- Relaciones sexuales sin ningún método anticonceptivo

168. Si alguna vez has probado el alcohol, ¿qué tenías cuando tomaste tu primera bebida (no sólo un sorbo)? Escribí tu edad en ese momento en el espacio de abajo.

Nunca he bebido más de un sorbo de alcohol
Yo tenía _____ años la primera vez que bebí alcohol

169. ¿Con qué frecuencia tomás o bebés alcohol? Marcá con X una sólo opción
- Nunca he bebido más de un trago de alcohol
 - Sólo en ocasiones religiosas con mi familia
 - Yo lo he probado una sola vez
 - Sólo un par de veces al año
 - Una o dos veces al mes
 - Una o dos veces a la semana
 - 3 veces o más a la semana - pero no todos los días
 - Casi todos los días

170. ¿Con qué frecuencia te ponés "muy borracho" (beber tanto alcohol que estas fuera del control)? Marca con una X la opción correcta
- Nunca he estado realmente borracho (a)
 - Sólo he estado muy borracho (a) una vez
 - Sólo un par de veces al año
 - Una o dos veces al mes
 - Una o dos veces a la semana
 - 3 o más veces a la semana - pero no todos los días
 - Casi todos los días

171. Si has bebido alcohol alguna vez antes de tener relaciones sexuales, ¿con qué frecuencia

vos o tu pareja usaron un preservativo después de beber alcohol? Marca con una X la opción correcta

Yo nunca he tenido relaciones sexuales después de beber alcohol

Siempre uso/usa un preservativo después de beber alcohol

Normalmente uso/usa un preservativo

Uso/usa un preservativo alrededor de la mitad de las veces

Por lo general, no uso/usa un preservativo

Nunca uso/usa un preservativo después de beber alcohol

172. Si alguna vez has probado la marihuana, ¿Qué edad tenías la primera vez que la probaste? Escribí tu edad en ESE momento en el Espacio de abajo

Nunca probé marihuana

Yo tenía _____ años la primera vez que probé marihuana.

173. ¿Con qué frecuencia consumís marihuana? Marca con una X una sólo opción

Nunca he probado la marihuana

He probado la marihuana sólo una vez

Sólo un par de veces al año

Una o dos veces al mes

Una o dos veces a la semana

3 veces o más a la semana - pero no todos los días

Casi todos los días

174. ¿Con qué frecuencia "te colocás" o perdés el control con la marihuana? Marca con una X una sólo opción

Nunca he probado la marihuana

Sólo una vez en la vida

Sólo un par de veces al año

Una o dos veces al mes

Una o dos veces a la semana

3 veces o más a la semana - pero no todos los días

Casi todos los días

175. Si alguna vez has fumado marihuana antes de tener relaciones sexuales, ¿con qué frecuencia vos o tu pareja usan un preservativo después de fumar? Marca con una X una sólo opción

Nunca he tenido relaciones sexuales después de fumar marihuana

Siempre uso/usa preservativo después de fumar marihuana

Normalmente uso/usa un preservativo

Uso/usa un preservativo alrededor de la

mitad de las veces

Por lo general, no uso/usa un preservativo

Nunca utilizo un preservativo después de fumar marihuana

176. ¿Qué edad tienen los chicos o chicas con los que salís (en una cita o como pareja)? Marca con una X una sólo opción

Nunca he salido con nadie

Más joven que yo por 3 años o más

Un poco más joven que yo (1-2 años)

Mi edad

Un poco mayor que yo (1-2 años)

Mayor que yo por 3 años o más

Mayor que yo por 10 años o más

177. ¿Qué edad tiene la mayoría de sus amigos? Marca con una X una sólo opción

Más joven que yo por 3 años o más

Un poco más joven que yo (1-2 años)

Mi edad

Un poco mayor que yo (1-2 años)

Mayor que yo por 3 años o más

Por favor, marcá con X el casillero que muestra cómo te sentís EN ESTE MOMENTO acerca de cada una de las siguientes declaraciones

178. Siento que puedo cambiar lo que pasará mañana según lo que haga hoy

Completamente cierto

Más o menos cierto

Para nada cierto

179. Creo que la mayoría de lo que sucede en la vida está destinado

Completamente cierto

Más o menos cierto

Para nada cierto

Muchas gracias!

Bibliografía

1. Servicio Nacional de Rehabilitación. Ministerio de salud de la Nación. Argentina Anuario Estadístico Nacional sobre Discapacidad 2011
2. Organización Mundial de la Salud, Informe mundial sobre discapacidad 2011 ISBN 978 92 4 068823 0 (PDF)
3. Unicef, Los derechos de la infancia y adolescencia con discapacidad, Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. 2013;15 ISSN 1816-7527 http://www.unicef.org/lac/Desafios_15_08052013_print.pdf
4. Organización Mundial de la Salud, Informe mundial sobre discapacidad 2011 ISBN 978 92 4 068823 0 (PDF)
5. Unicef, Los derechos de la infancia y adolescencia con discapacidad, Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. 2013; 15 ISSN 1816-7527 Disponible en: http://www.unicef.org/lac/Desafios_15_08052013_print.pdf
6. Organización Mundial de la Salud, Informe mundial sobre discapacidad 2011 ISBN 978 92 4 068823 0 (PDF)
7. Sawyer S, Drew S, y col. Adolescents with a chronic condition: challenges living, challenges treating *The Lancet* Vol 369 April 28, 2007
8. Stein REK, Bauman LJ, Westbrook LE, Coupey SM, Ireys HT Framework for identifying children who have chronic conditions: the case for a new definition. *J Pediatrics* 1993; 122: 342-47
9. Esandi M, Berra S. Calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) en niños y adolescentes que residen en la ciudad de Bahía Blanca Departamento de Epidemiología Ambiental, Subsecretaría de Gestión Ambiental, Secretaría de Gobierno de la Municipalidad de Bahía Blanca. 2009 Disponible en: <http://ciess.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2012/05/Informe-CVRS-Bahia-Blanca-15-08-09.pdf>
10. Guedes DP, Astudillo HAV y col. Calidad de vida relacionada con la salud de adolescentes latinoamericanos. *Rev Panam Salud Publica*. 2014; 35(1):46-52
11. García Arrigonia P, Nastro M. Sexualidad en adolescentes con discapacidades motoras *Arch Argent Pediatr* 2011;109(5):447-452
12. Ekstrand ML, Siegel D, Peer-led AIDS prevention delays sexual debut among U.S. junior high school students. Oral presentation to the XI International Conference on AIDS, Vancouver, Canada. 1996 Disponible en: <http://caps.ucsf.edu/healthy-oakland-teens>
13. S. Berraa, C. Tebéc y col. Fiabilidad y validez del cuestionario KIDSCREEN-52 para medir calidad de vida relacionada con la salud para población argentina de 8 a 18 años *Arch Argent Pediatr* 2013;111(1):29-36
14. KIDSCREEN Group Europe. Los cuestionarios KIDSCREEN - cuestionarios de calidad de vida para los niños y adolescentes. Manual. Lengerich: Pabst Science Publishers. 2006
15. Ravens-Sieberer, U., Gosch, A. y col. y el Grupo europeo KIDSCREEN. KIDSCREEN-52 medida de la calidad de vida de los niños y adolescentes. *Revisión de Expertos de Farmacoeconomía y Resultados de Investigación* 2005; 5 (3), 353-364.
16. Ekstrand ML, Siegel D, Peer-led AIDS prevention delays sexual debut among U.S. junior high school students. Oral presentation to the XI International Conference on AIDS, Vancouver, Canada. 1996 Disponible en: <http://caps.ucsf.edu/healthy-oakland-teens>
17. S. Berraa, C. Tebéc y col. Fiabilidad y validez del cuestionario KIDSCREEN-52 para medir calidad de vida relacionada con la salud para población argentina de 8 a 18 años *Arch Argent Pediatr* 2013;111(1):29-36
18. KIDSCREEN Group Europe. Los cuestionarios KIDSCREEN - cuestionarios de calidad de vida para los niños y adolescentes. Manual. Lengerich: Pabst Science Publishers. 2006
19. Ravens-Sieberer, U., Gosch, A. y col. y el Grupo europeo KIDSCREEN. KIDSCREEN-52 medida de la calidad de vida de los niños y adolescentes. *Revisión de Expertos de Farmacoeconomía y Resultados de Investigación* 2005; 5 (3), 353-364.
20. Gategaray M, Rodríguez Ponte M, y col. Transición del adolescente con enfermedades crónicas. Sociedad Argentina de Pediatría. Disponible en: http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/transicion_del_adolescente_con_enfermedades_cronicas.pdf
21. Organización Mundial de la Salud, Informe mundial sobre discapacidad 2011 ISBN 978 92 4 068823 0 (PDF)
22. Sawyer S, Drew S, Adolescents with a chronic condition: challenges living, challenges treating. *Lancet* 2007; 369 April 28, 2007
23. Boyce W, Torsheim T, The Family Affluence Scale as a Measure of National Wealth: Validation of an Adolescent Self- Report Measure *Social Indicators Research* (2006) 78: 473-487
24. Organización Panamericana de la Salud, Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y Reproductiva. Sistema Informático del Adolescente (SIA): historia clínica del adolescente y formularios complementarios: instrucciones de llenado y definición de términos. 2010. Publicación científica; 1579
25. Taccari D. Indicadores de Eficiencia Interna del Sistema Educativo. Tasa de Repitencia: Una Mirada Analítica. Instituto para el Desarrollo de la Calidad Educativa. Ministerio de Educación. Argentina. 1999. Disponible en: <http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/documentos/EL001018.pdf>
26. Sociedad argentina de Infectología, Comisión de SIDA y ETS. Primer Consenso de Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de las enfermedades de Transmisión sexual. 2011. Disponible en: [https://www.dropbox.com/s/dva38wgl7k3dub0/Consenso_ETS_SADI\(1\).pdf](https://www.dropbox.com/s/dva38wgl7k3dub0/Consenso_ETS_SADI(1).pdf)

27. Kornblit A.L, Mendes Diz A, Adaszco D. Salud y enfermedad desde la perspectiva de los jóvenes: un estudio en jóvenes escolarizados en el nivel medio de todo el país. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Buenos Aires. UBA.2006; 47: 46.
28. García Arrigonia P, Nastrib M. Sexualidad en adolescentes con discapacidades motoras Arch Argent Pediatr 2011;109(5):447-452
29. Quintero C, Lugo L, Validación del cuestionario KIDSCREEN-27 de calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes de Medellín. Rev. Colomb. Psiquiat. 2011 40 (3)
30. Esandi M, Berra S. Calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) en niños y adolescentes que residen en la ciudad de Bahía Blanca Departamento de Epidemiología Ambiental, Subsecretaría de Gestión Ambiental, Secretaría de Gobierno de la Municipalidad de Bahía Blanca. 2009 Disponible en: <http://ciess.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2012/05/Informe-CVRS-Bahia-Blanca-15-08-09.pdf>
31. ALFONSO Urzúa A, Cortés E. Autoreporte de la Calidad de Vida en Niños y Adolescentes Escolarizados Rev. Chil. Pediatr. 2009; 80 (3): 238-244
32. Ministerio de Salud de la Nación, Sociedad Argentina de Pediatría, OPS/OMS, ONUSIDA y UNICEF. Situación de los Niños, niñas y adolescentes con HIV en Argentina. Un diagnóstico colectivo del estado de la respuesta en los servicios de salud. Argentina 2011. Disponible en: http://www.unicef.org/argentina/spanish/Unicef_VIH.pdf
33. Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles .Ministerio de Salud de la Nación 2 ° Encuesta mundial de salud escolar en Argentina 2012. Años 2013 Disponible en: http://www.msal.gob.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/2014-09_informe-EMSE-2012.pdf
34. Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles .Ministerio de Salud de la Nación 2 ° Encuesta mundial de salud escolar en Argentina 2012. Años 2013 Disponible en: http://www.msal.gob.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/2014-09_informe-EMSE-2012.pdf
35. Ruggiero ., Tello J, Soubies E, Piercing y tatuajes como indicadores de conductas de riesgo en la adolescencia. VIII Congreso Argentino de Adolescencia. Sociedad Argentina de Pediatría. Presentación oral. 2013
36. 14. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Ministerio de salud de la Nación .Sistema de información perinatal. Año 2013. Disponible en: www.msal.org.ar

Prevalencia de Reflujo Gastroesofágico en lactantes alimentados con Leche Materna vs Leche de Fórmula en pacientes de 0 a 6 Meses de edad en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Pedro de Elizalde, durante el período comprendido entre enero a junio de 2015

Arrieta Yáñez L¹; Fernández do Campo L¹; Quintana C².

Resumen

Introducción:

El reflujo gastroesofágico (RGE), se define como la devolución del contenido gástrico adentro del esófago y la Enfermedad por RGE (ERGE), como cualquier evento secundario a RGE que pueda conducir a complicaciones nutricionales (falla en el crecimiento y desarrollo pondoestatural), respiratorias (asma refractaria, síndrome bronco obstructivo persistente del lactante, episodios recurrentes de infección pulmonar) y gastrointestinales, causa frecuente de consulta en gastroenterología pediátrica¹.

Objetivos:

Determinar que pacientes entre los 0 a 6 meses presentaron más episodios RGE, en relación a la leche materna vs. leche de fórmula, e incidencia de ALTE en estos pacientes.

Demostrar la importancia y beneficios de la leche materna en esta patología

Métodos:

Estudio descriptivo y retrospectivo, se realizó con la finalidad de determinar la prevalencia de RGE en niños de 0-6 meses de edad, en el servicio de Gastroenterología del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

Resultados:

El total de niños que se registraron fue de 209, de estos 117 (55%) con diagnóstico de RGE, 83 pacientes (39.7%) presentaron regurgitaciones y 34 (16.2%) presentaron Episodio de Aparente Ame-

naza a la Vida (ALTE). En el estudio se demostró que el Gold standar sigue siendo la pHmetría sobre la Seriada Esofagogastrroduodenal (SEGD); y que existe una relación significativa hacia el sexo masculino.

Conclusiones:

Una vez identificados los factores de riesgo modificables como la mala técnica alimentaria, indicar el mejor tratamiento médico.

En cuanto al tipo de leche, se demostró en este estudio una mayor frecuencia de RGE en aquellos pacientes alimentados con fórmulas maternizadas.

Palabras Claves: reflujo gastroesofágico. ALTE: Episodio de Aparente Amenaza a la Vida. SEGD: Seriada Esofagogastrroduodenal, PHmetria, leche materna, leche de formula

Summary

Introduction:

Gastro esophageal reflux disease (GERD) is defined as the return of gastric contents into the esophagus and disease GERD (GERD), like any secondary event RGE that can lead to nutritional complications (failure to thrive and pondostatural development), respiratory (refractory asthma, persistent bronco obstructivo infant syndrome, recurrent episodes of pulmonary infection) and gastrointestinal frequent cause of consultation in pediatric gastroenterology².

Goals:

Determine which patients between 0 to 6 months had more episodes RGE, in relation to breast milk vs. formula, and incidence of ALTE in these patients.

Demonstrate the importance and benefits of breast milk in this pathology.

Methods:

Descriptive and retrospective study was conducted in order to determine the prevalence of GERD in children 0-6 months old, in the service of Gastroenterology General Hospital Pedro de Elizalde Children.

¹Alumno Curso Superior de Gastroenterología Pediátrica. Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Sede Hospital Elizalde.

²Jefe Servicio de Gastroenterología del Hospital General de Niños Pedro Elizalde. Director de la Carrera de Médico Especialista en Gastroenterología Pediátrica.

Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Sede Hospital Elizalde

Dirección Postal: Lorena Arrieta Yáñez. Sección de Gastroenterología Hospital General de Niños Pedro de Elizalde. Montes de Oca 40 (1270). Ciudad Autónoma de Buenos Aires. E-mail: lorenaarrietayanez@hotmail.com

Results:

The total number of children registered was 209, of these 117 (55%) diagnosed with GERD, 83 patients (39.7%) had regurgitations and 34 (16.2%) presented ALTE. The study showed that the gold standard remains the pHmetry on the upper gastrointestinal (UGI); there is a significant relationship between the male.

Conclusions:

Once modifiable risk factors such as poor food technique identified, indicate the best medical treatment.

As for the type of milk, this study showed a higher frequency of GERD in patients fed with formula milk.

Key words: gastroesophageal reflux. ALTE: Episode Apparent Life Threatening. SEG: Serial upper GI, pHmetry, breast milk, formula milk

Introducción

La ERGE es la devolución del contenido del estómago dentro del esófago con repercusiones generales, gastrointestinales y respiratorias, con elevada morbi-mortalidad, acompañado de náuseas, síntomas autonómicos o de contracción muscular torácico o abdominal; en contraposición al RGE fisiológico que se presenta en los lactantes menores entre un 90%-95%, acompañado frecuentemente de regurgitaciones, que se define como el retorno súbito de pequeñas cantidades de contenido gástrico a la faringe y boca, en ausencia de náuseas².

Las manifestaciones clínicas del RGE son variadas y su impacto sobre el paciente es muy diverso, como las esofagitis que se identifica endoscópicamente y es infrecuente como complicación del RGE en el lactante regurgitador habitual, los cuadros respiratorios, aunque pueden ser complejas y de etiología diferente, se les puede atribuir, las bronquitis y neumonías recurrentes, laringoespasmo, tos nocturna y cuadros asmáticos.

En cuanto al ALTE es de utilidad la polisomnografía junto con la medición del pH esofágico para aclarar el diagnóstico. La utilidad de métodos diagnósticos como laboratorios rutinarios, radiológicos baritados, medición manométrica de la presión del esfínter en el esófago inferior y de la motilidad gástrica, esofagoscopía, medición prolongada de pH esofágico y biopsia de mucosa gástrica, son de gran utilidad en procesos ya crónicos y de un minucioso seguimiento del paciente que no mejora. Ante la sospecha de RGE, el primer estudio que se debe solicitar es la SEG, pero con la finalidad de descartar patología orgánica que condicionaría el síntoma, analizando la integridad anatómica del

esófago, del cardias y del estómago para definir que es un trastorno de tipo funcional y no estructural².

Los criterios diagnósticos actuales de RGE, según Roma III, serían: Niños sanos de 3 semanas a 12 meses de edad que presentan:

- Dos o más regurgitaciones/día durante tres o más semanas.
- Ausencia de náuseas, hematemesis, aspiración, apnea, fallo de medro, trastornos de deglución / alimentación o de posturas anómalas.

Los cuales fueron tenidos en cuenta en este estudio, donde se incluyeron niños de 0-6 meses recién nacidos sanos a término, sin antecedentes perinatales, ni enfermedades de base, se excluyeron los pacientes internados, enfermedades crónicas e inmunosuprimidos

El RGE es un motivo de consulta frecuente en nuestro servicio, y a su vez la importancia de la lactancia materna como factor protector en dicha patología, motivo de nuestro interés para apoyar esta teoría y continuar promoviendo la alimentación con leche humana. Con la ayuda del pediatra de cabecera, diferentes métodos de diagnóstico son utilizados para identificar el RGE y diferenciarlo de otras patologías y variantes anatómicas

La pHmetría esofágica monitoreada de 24 horas define el reflujo patológico, establece valores cualitativos, objetiva porcentajes, define "escores", diagnostica RGE patológicos y evalúa adecuadamente el resultado de las terapéuticas realizadas tanto médicas como quirúrgicas³.

Métodos

Se realizó un estudio Descriptivo Retrospectivo. El total de la población equivale a 5381 pacientes anual (guía de observación epidemiológica del Hospital) en pacientes con una edad promedio de 2,82 meses, de ambos sexos con edad de 0 a 6 meses. Se revisaron 209 historias clínicas durante el periodo comprendido entre el 1 de Enero y el 31 de Junio de 2015 de los cuales a 117 fueron diagnosticados con RGE atendidos en el servicio de Gastroenterología del Hospital General de niños Pedro Elizalde y se excluyeron 92 pacientes (patología orgánica).

La recolección de los datos se realizó por medio de historias clínicas, control y seguimiento de la enfermedad, así como la decisión de métodos diagnósticos de PHmetría y SEG con tratamiento en forma ambulatoria.

Resultado

El estudio se realizó del 1 de Enero hasta el 31 de

Junio de 2015. Se reportaron un total de 5381 niños que consultaron en el Hospital Elizalde por diferentes patologías, de los cuales 117 provenientes del domicilio, se estudiaron por presentar síntomas para RGE. La edad de los pacientes comprendió desde 0 hasta 6 meses. Con síntomas de vómitos, regurgitaciones, irritabilidad, falla de medro e hiporexia.

De los 117 pacientes 34 niños (29%) presentaron ALTE con una edad promedio de 2.82 meses. De los 83 pacientes restantes, 49 eran alimentados con leche de fórmula (59%), 37 (44.5%) fueron positivos para RGE y 12 niños (14.4 %) fueron negativos. De los 34 niños alimentados con leche materna, 25 (30.1%) no presentaron RGE y 9 niños (10.8%) presentaron RGE queriendo demostrar que estadísticamente tiene significancia con IC: 95%. P:<0.05.ODDS RATIO: 8.56 indicando que el riesgo de RGE es de 8 veces más en los niños alimentados con leche de fórmula que los alimentados con leche materna. (Tabla 1).

Se observó un aumento en los episodios de ALTE en el grupo de los niños alimentados con leche de fórmula 21 pacientes (61.7%), en relación con los

niños alimentados con lactancia materna exclusiva 13 pacientes (38.2%), (Gráfico 1).

En relación con el sexo se encontró en frecuencia, que el grupo más afectado por RGE fue el masculino con 56 niños (76.4%) en relación con el grupo femenino con un total de 27 niños (32.5%) (Gráfico 2).

Con la finalidad de conocer la sensibilidad del cuestionario primeramente se detectó a un grupo de 83 (70.9%) niños, los cuales fueron tratados con medidas antirreflujo tales como higiénico-dietéticas y posicionales así como tratamiento médico. De los cuales 25 (21.3%) se sometieron a estudios diagnóstico complementarios por fallar al tratamiento médico inicial y sospechar patologías anatómicas, a 10 (8.5%) lactantes se les practicó la pHmetría las cuales fueron positivas para RGE, descartando Asma refractario, con tal información se pudo establecer una sensibilidad de 98.7% y una especificidad de 7.1%, mientras que los valores predictivos positivos y negativos fueron de 80.3 y 50%, respectivamente. Igualmente se efectuó SEGID, en 15 (12.8%) niños con sospecha de anomalías anatómicas, resultando 15 positivos para RGE, sin evidencia de otras patología (Tabla 2-3).

TABLA N°1 Describe la presencia de RGE según la leche administrada.

Niños que presentaron RGE		
	LECHE DE FÓRMULA	LECHE MATERNA
CON RGE	37 (44.5%)	9 (10.8%)
SIN RGE	12 (14.4%)	25 (30.1%)
TOTAL	49 (59%)	34 (40.9%)

Odds de RGE en pacientes con leche de fórmula= 3.36
 Odds de RGE en pacientes con leche de fórmula =3-08
 ODDS RATIO = 8.56
 Estadísticamente significativo IC: 95%, min: 3.14 max: 23.33. P<0.05

GRÁFICO N°1

Los niños alimentados con leche de formula, aumenta la incidencia de ALTE que los alimentados con leche materna.

Niños que presentaron ALTE



GRÁFICO N°2

Encontramos que hay mayor frecuencia de RGE en el sexo masculino.

MASCULINO FEMENINO

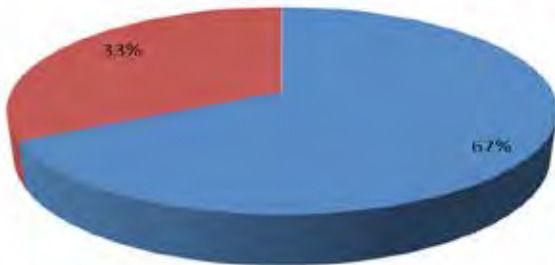


TABLA N°3

De los 83 niños con RGE, se estudiaron 10 con Ph-metría, por sospecha de asma refractario, las cuales dieron como resultado positivos para RGE en diferentes grados, lo que demostró ser un estudio específico y sensible para diagnóstico y diferencial entre patologías asociadas.

PH metría		
LECHE MATERNA	5 (RGE)	Sin asma refractario
LECHE FORMULA	5 (RGE)	Sin asma refractario
TOTAL	10	

Justificación

En este estudio el tratamiento para el RGE se objetivó en las manifestaciones clínicas y estudios diagnósticos como la pHmetría y la SEG D respaldados en el tratamiento de las guías hospitalarias. El RGE es un problema dentro la población pediátrica donde se ve intervenida por muchos factores que los pueda desencadenar (mala técnica alimentaria, sobrealimentación, volumen gástrico aumentado); por lo tanto pueden ser evitables con una buena educación otorgada por comités de promoción y prevención; planes que deben ser gestionados por los entes de salud.

El tema propuesto es de gran prevalencia para generar cambios en el equipo de salud y demostrar la importancia y el impacto que tiene esta enfermedad sobre el paciente pediátrico; a la vez se quiere lograr y demostrar con el estudio de campo, como influye la lactancia materna en la evolución del RGE,

TABLA N°2

De los 83 pacientes con RGE, se estudiaron 15 con SEG D por que se sospechaban de anomalías anatómicas, acá se demostró que los 15 niños estudiados, todos fueron negativos para anomalías, se describe una especificidad del 98%.

DIAGNOSTICO DE RGE CON SEG D Y PHMETRIA		
SEG D		
LECHE MATERNA	11 (RGE)	Sin patología anatómica
LECHE FORMULA	4 (RGE)	Sin patología anatómica
TOTAL	15	

la prevalencia de acuerdo al sexo y el tratamiento más eficaz para el manejo de los síntomas.

De igual manera con el seguimiento del paciente con RGE, se demuestra la presencia del ALTE, en los pacientes con lactancia materna y leche de fórmula, dando como resultado mayor prevalencia en pacientes alimentados con fórmula.

Discusión

La pH-metría de 24 horas se ha convertido en el estándar de oro para el diagnóstico de RGE, ya que la monitorización del pH intraesofágico por 24 horas posee una tasa de replicabilidad entre 84 y 93%, una sensibilidad de 88% y una especificidad hasta de 96%.⁵⁻⁷

El ALTE se trata de un episodio que produce gran temor en la persona que lo observa, y se caracteriza por una combinación de apnea (central u obstructiva), cianosis, palidez, eritema, cambio importante en el tono muscular (flaccidez), generalmente la madre del lactante manifiesta haber creído que el niño había fallecido. El concepto ALTE no constituye un diagnóstico, sino un conjunto de síntomas específicos que pueden emerger debido a una multiplicidad de causas. Las causas que se han informado oscilan entre diagnósticos reconocidos como reflujo gastroesofágico, apnea central, infección (por ejemplo, pertussis, enfermedad viral respiratoria como virus sincicial respiratorio, sepsis, etc.), arritmias, síndrome de QT prolongado, miocarditis y abuso infantil (incluyendo el "Síndrome del Bebé Sacudido")⁶.

En síntesis, cualquier causa que coloca a un niño al borde de la muerte puede considerarse ALTE. La incidencia del ALTE no puede ser determinada, los cálculos oscilan entre menos de 0,5% a 6%. El objetivo del tratamiento inicial es intentar determinar la causa del ALTE, con el objetivo de evitar la

categorización del caso como un ALTE idiopático. Sólo en la mitad de los casos logramos hallar una causa. En algunos casos puede suceder que los padres interpreten que una variación fisiológica normal constituyó una amenaza para la vida de su bebé. Los lactantes normales pueden realizar pausas respiratorias de hasta veinte segundos durante el sueño⁶.

Conclusión

El RGE es una condición que suele resolverse de manera espontánea hacia los 18 meses de edad. De ser necesaria una intervención, el tratamiento de elección consiste en medidas dietéticas, medidas posturales, utilizar alimentos espesados o alginatos. La pmetría, continúa siendo el método Gold Estándar para el diagnóstico eficaz del RGE, por lo fácil de adquirir, la interpretación, y los bajos costos dentro del servicio de gastroenterología.

De acuerdo al sexo, se evidenció la frecuencia de RGE en el sexo masculino sobre el femenino, aunque es muy relativo, otros estudios demostraron una vez más la presencia en el sexo masculino.

La condición ALTE, se presentó en un porcentaje importante entre los lactantes evaluados, condición que se presentó en los alimentados con leche de fórmula, de igual manera se le informó a la madre, para que esté entrenada en el momento de presentar alguno de los síntomas.

Dado que el RGE es una situación en la cual la diferencia entre lo normal y lo patológico es fundamentalmente cuantitativa, se debe poseer el apropiado criterio como para discriminar los pacientes que requieren estudios especiales, de los que no los requieren, en primer lugar, y luego poder seleccionar cuidadosamente aquellos que ameritan tratamiento, así como el apropiado tratamiento a usar.

Bibliografía

- 1- Velasco B, Carlos. Actualización sobre Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en Niños. Revista Colombiana de Gastroenterología 2014, 29 (1) :55
- 2- Orenstein SR: Gastroesophageal Reflux. En: Wyllie R y Hyams JS: "Pediatric Gastrointestinal Disease". WB Saunders Co., Philadelphia. 1993, 26.
- 3- Sondheimer, J.M.: Continuous Monitoring of Distal Esophageal pH: a Diagnostic Test for Gastroesophageal Reflux in Infants. J Pediatr 1980; 96: 804-807. Vandenplas Y, Sacre-Smits L: Continuous 24-hour esophageal pH monitoring in 285 asymptomatic infants 0-15 months old. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1987; 6: 220-4
- 4- Sondheimer, J.M.: Continuous monitoring of distal esophageal pH: a diagnostic test for gastroesophageal reflux in infants. J Pediatr 1980; 96: 804-807.
- 5- Vandenplas Y, Sacre-Smits L: Continuous 24-hour esophageal pH monitoring in 285 asymptomatic infants 0-15 months old. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1987; 6: 220-4
- 6- Apparent Life Threatening Event (ALTE) Assessment
John Carroll, MD. Pediatric Pulmonology, Supplement 26: 2004 108-109
- 7- Clark LA, Oldham KT. Malrotation. En: Ashcraft KW, Holcomb GW, Murphy JP, eds. Pediatric Surgery. Philadelphia: WB Saunders; 2000. pp. 449-459.

Lateralización Cordal Percutánea para el tratamiento de la parálisis de cuerdas vocales en pediatría. Serie de casos.

Cuestas G¹, Rodríguez V¹, Doormann F¹, Gutiérrez R², Bellia Munzón P¹, Bellia Munzón G².

Introducción

La parálisis de cuerdas vocales (PCV) es una causa frecuente de estridor en la población pediátrica¹. Representa el 15 al 20% de las anomalías laringeas congénitas y es la segunda causa de estridor neonatal después de la laringomalacia^{2,3}. Los factores etiológicos de la parálisis cordal son múltiples: iatrogénicos, idiopáticos, enfermedades neurológicas y factores obstétricos¹. La parálisis cordal bilateral es más prevalente que la unilateral (52% aproximadamente)².

El tratamiento de la PCV depende de los síntomas, fundamentalmente del compromiso de la vía aérea, y la posibilidad de recuperación espontánea siempre debe ser tenida en cuenta⁴.

El fracaso en la extubación, la dificultad respiratoria moderada a grave, las crisis de cianosis y las apneas obstructivas son indicaciones de estabilizar la vía aérea. El manejo inicial habitual en estos casos es la traqueotomía. Sin embargo, se han desarrollado diferentes técnicas quirúrgicas y endoscópicas para evitar la morbilidad de la traqueotomía y que tienen como objetivos la ventilación, la deglución y la voz adecuadas. Aunque no hay en la literatura informes recientes en niños, varios centros pediátricos han comenzado a utilizar la lateralización endoscópica de las cuerdas vocales para el manejo de la PCV bilateral⁵.

Objetivos

Evaluar la eficacia y la seguridad de la técnica de Lateralización Cordal Percutánea en el tratamiento de la PCV en pediatría.

Comunicar los resultados obtenidos en el tratamiento de la PCV mediante la técnica de Lateralización Cordal Percutánea en el Hospital General de Niños "Pedro de Elizalde".

Material y métodos

Se evaluaron de forma retrospectiva 6 pacientes con PCV tratados mediante Lateralización Cordal

Percutánea por el Sector de Endoscopia Respiratoria y el Servicio de Cirugía durante un periodo de 5 años (enero 2011 - enero 2016).

Los criterios de inclusión fueron la dificultad respiratoria moderada a grave, el fracaso en la extubación y la imposibilidad de decanulación en los pacientes traqueotomizados en el periodo neonatal que no recuperaron la motilidad cordal a los 3 años de edad.

Las variables analizadas incluyeron el sexo del paciente, la etiología de la parálisis y el lado afecto, las manifestaciones clínicas, la presencia de traqueotomía, la edad al momento del procedimiento endoscópico-percutáneo, las complicaciones, el tiempo de seguimiento y la evolución.

Se realizó examen endoscópico de la laringe con fibroscopio flexible (3,5 mm) y anestesia local en el consultorio, y con endoscopio rígido (5 mm) bajo anestesia general en el quirófano con posibilidad de realizar la lateralización cordal si se confirmaba el diagnóstico. La inmovilidad cordal por fijación cricoaritenoides fue diferenciada de la parálisis mediante la palpación de los aritenoides. Se documentaron digitalmente las imágenes.

El procedimiento de lateralización cordal fue realizado por el mismo equipo quirúrgico, con igual técnica e instrumental, en todos los pacientes. Se lateralizó la cuerda vocal que evidenciaba mayor abducción a la palpación.

Se administró profilaxis antibiótica (ampicilina-sulbactam 50 mg/k/dosis) con una dosis intraoperatoria. Durante la intervención se suministraron por vía intravenosa 8 mg de dexametasona.

En el posoperatorio inmediato los pacientes con traqueotomía fueron internados en la sala de cuidados intermedios. Aquellos previamente intubados permanecieron en la Unidad de Cuidados Intensivos por 24 horas, pasando después a cuidados intermedios.

Se indicó dieta oral inicial con semisólidos, analgésicos según necesidad (ibuprofeno 10 mg/kg/dosis) y tratamiento antirreflujo (lansoprazol 15 mg/día en niños con peso < 30 kg y 30 mg/día en niños con peso > 30 kg).

Los resultados se midieron teniendo en cuenta la decanulación y/o la resolución de la disnea evitando la traqueotomía, la presencia de complicaciones, la necesidad de reintervención, la calidad de la voz y la deglución.

¹Sección de Endoscopia Respiratoria, División de Otorrinolaringología, Hospital General de Niños "Dr. Pedro de Elizalde".

²Servicio de Cirugía, Hospital General de Niños "Dr. Pedro de Elizalde".

Dirección Postal: Giselle Cuestas Servicio de Cirugía, Hospital General de Niños "Dr. Pedro de Elizalde". Av. Montes de Oca 40. C.A.B.A., Buenos Aires, Argentina. E-mail: giselle_cuestas@yahoo.com.ar

Se realizó a todos los pacientes en forma sistemática una fibroscopia flexible con anestesia local a la semana y al mes de la lateralización cordal y controles clínicos cada 3 meses durante el primer año y después controles anuales.

Procedimiento de Lateralización Cordal Percutánea:

Bajo anestesia general, con el paciente en decúbito dorsal, se colocó laringoscopio de suspensión (Storz nº 11 o 13). Los gases anestésicos se administraron por la cánula de traqueotomía o por el tubo endotraqueal. En ningún momento del procedimiento se retiró la cánula de traqueotomía, mientras que el tubo fue removido de forma intermitente según necesidad. El cirujano se ubicó del lado del paciente contralateral a la cuerda a lateralizar, el primer ayudante en la cabecera del paciente y el monitor en el lado opuesto al cirujano (Figura 1A). Se palpó el cartílago tiroides y se realizó la punción cervical del lado contralateral a la cuerda vocal a lateralizar con un catéter intravenoso 16G sin camisa, bajo control endoscópico con óptica rígida de 0° 5 mm (Storz). Una vez visualizada la punta de la aguja se eligió el lugar de salida del catéter por debajo de la apófisis vocal del cartílago aritenoides del lado a lateralizar, progresando la misma hasta su salida a través de la piel del cuello. Después se enhebró una sutura Prolene 2.0 por el catéter y se

procedió a retirar la aguja de punción (Figura 1B). A continuación se recuperó la cola del hilo a través del laringoscopio con pinza de copa de 25cm de longitud (Storz) (Figura 1C).

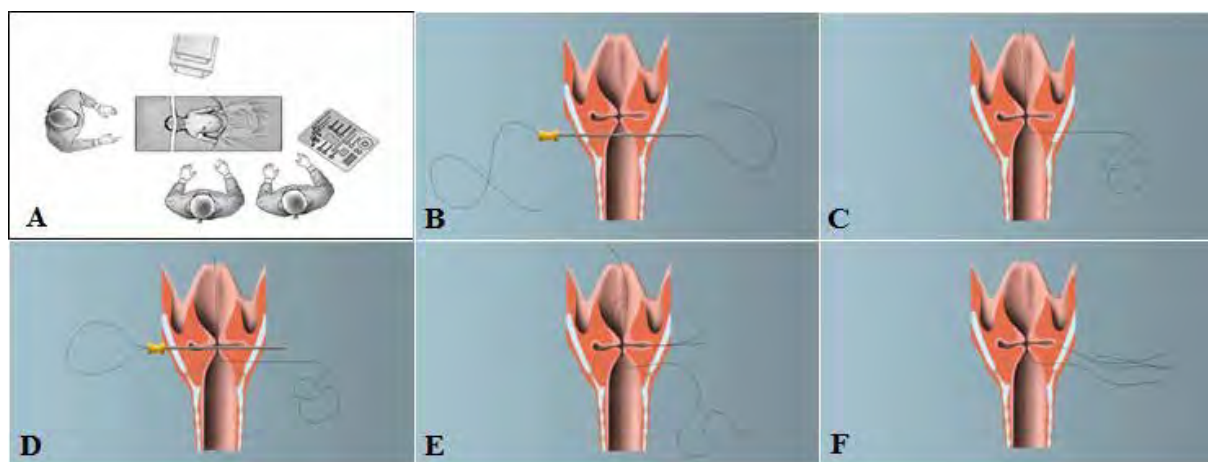
Se repitió igual procedimiento ingresando al ventrículo, eligiendo el lugar de salida proximal a la apófisis vocal de la cuerda a lateralizar. Se enhebró un lazo de Prolene 3.0 (Figura 1D). En este momento, se visualizaron dos hilos exteriorizados a través del laringoscopio, el lazo de Prolene 3.0 y el extremo libre del Prolene 2.0. Los extremos opuestos de ambos hilos se visualizaron saliendo a través del cuello en dos puntos diferentes.

Se enhebró el Prolene 2.0 a través del lazo (Figura 1E). Posteriormente se traccionó del extremo libre del mismo desde el exterior del cuello recuperando el Prolene 2.0. De esta manera el hilo se encontró rodeando la cuerda vocal a lateralizar (Figura 1F). Con una pequeña incisión en la piel se unificaron los orificios de salida del hilo de sutura. Se ajustó el nudo controlando bajo visión endoscópica el grado de abducción cordal (Figura 2). Los pacientes con tubo endotraqueal fueron extubados en quirófano.

Resultados

Se trataron 5 pacientes femeninos (83,3%) y 1 paciente masculino (16,6%) con PCV, de edades comprendidas entre 3 años y 16 años al momento del procedimiento de Lateralización Cordal Percutánea (media de 7,2 años).

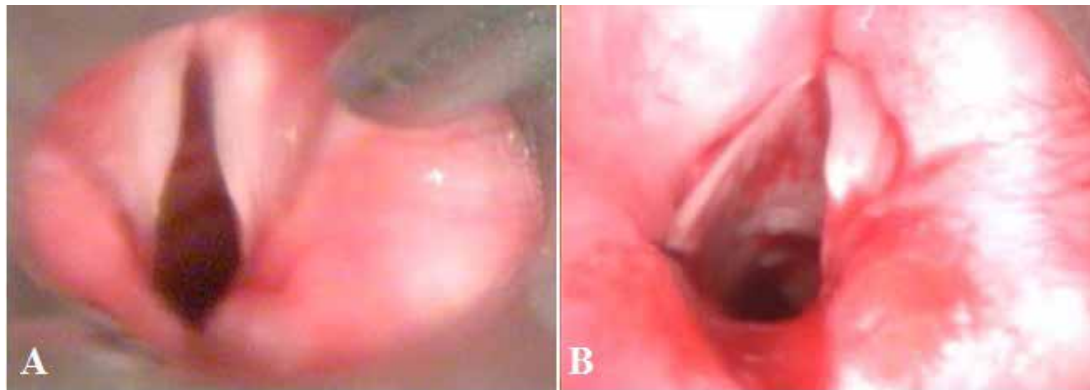
FIGURA N°1 Lateralización Cordal Percutánea.



Técnica quirúrgica. A. Posiciones del cirujano (al lado del paciente, contralateral a la cuerda a lateralizar), del primer ayudante (en la cabecera) y del monitor (frente al cirujano y al primer ayudante). B. Punción laríngea. Se enhebra Prolene 2.0. C. Se recupera el Prolene a través del laringoscopio. D. Se repite procedimiento enhebrando lazo de Prolene 3.0. E. Se enhebra Prolene 2.0 a través del lazo. F. Se exterioriza Prolene 2.0 traccionando desde el cuello.

FIGURA N°2

Imágenes endoscópicas. Parálisis cordal bilateral. A. Laringoscopia directa previa al procedimiento. B. Lateralización de la cuerda vocal izquierda.



En 5 casos la PCV era bilateral (83,3%). Un caso presentaba parálisis de la cuerda vocal izquierda y distonía de la derecha. Tres pacientes tenían traqueotomía. Las causas de la parálisis cordal fueron iatrogénicas (4 casos), idiopática congénita (1 caso) e idiopática adquirida (1 caso).

Las características de los pacientes se resumen en la Tabla 1.

En los 6 pacientes se realizó rinofibrolaringosco-

pia con anestesia local visualizándose la parálisis cordal en la línea media o en posición paramediana. La laringoscopia directa con instrumental rígido bajo anestesia general confirmó el diagnóstico de parálisis en todos los casos y descartó otras anomalías de la vía aérea en 5 pacientes. Un paciente presentó estenosis subglótica post-intubación.

TABLA N°1

Características de los pacientes con parálisis de cuerdas vocales.

P	Sexo	Edad	Motivo de consulta	Traqueotomía	Etiología de la parálisis	Tipo de parálisis	N° de procedimientos	Tiempo de seguimiento
1	F	16a	Fracaso de extubación	No	Tiroidectomía	Bilateral	1	5a
2	F	8a	Estridor Dificultad respiratoria	No	Resección cricotraqueal por ES	Bilateral	1	3a
3	F	4a	Imposibilidad de decanulación	Sí	Reemplazo esofágico por atresia esofágica III	Bilateral	1	2a
4	M	8a	Dificultad respiratoria durante sueño y ejercicio	No	Idiopática*	Unilateral izquierda Distonía derecha	2	3a
5	F	3a	Imposibilidad de decanulación	Sí	Idiopática	Bilateral	1	2a
6	F	4a	Imposibilidad de decanulación	Sí	Resección de Teratocarcinoma cervical	Bilateral**	1	8m

a: años, ES: estenosis subglótica, F: femenino, M: masculino, m: meses, P: pacientes.

*El paciente presentaba cicatriz cervical izquierda por canalización.

** El paciente presentaba, asociada a la parálisis cordal, estenosis subglótica post-intubación.

En todos los pacientes se realizó lateralización percutánea de la cuerda vocal izquierda. En un paciente debido a la persistencia de los síntomas de obstrucción de la vía aérea se realizó un segundo procedimiento a los 7 días en el cual se aumentó la abducción cordal.

En el paciente que presentaba la estenosis subglótica se realizó una resección cricotraqueal parcial (RCP) previa a la lateralización cordal.

No hubo ninguna complicación asociada al procedimiento de lateralización cordal.

En todos los pacientes el egreso hospitalario se otorgó después de 24 a 48 horas de internación, excepto el paciente de la RCP quien permaneció 7 días internado.

Se evitó realizar traqueotomía en 3 pacientes y se logró la decanulación en 2 pacientes, a 1 y 2 meses del procedimiento respectivamente. Un paciente permanece con traqueotomía debido a reestenosis subglótica post-RCP.

La calidad de la voz en el postoperatorio fue socialmente aceptable en 5 pacientes, aunque 2 de ellos permanecen con disfonía leve. Dos pacientes presentaron episodios de aspiración que fueron compensados a las 3 semanas del postoperatorio mediante reeducación foniatría (Tabla 2).

El paciente con el antecedente de tiroidectomía total por carcinoma de tiroides recuperó espontáneamente la movilidad de la cuerda vocal contralateral a la lateralizada a los 2 meses del procedimiento.

El seguimiento medio de los pacientes en consultas externas después del tratamiento fue de 2,6 años (rango: 8 meses a 5 años), con libre acceso dado a los padres para volver al hospital si hubiera algún problema. Durante este periodo no se registraron recurrencia de los síntomas en ninguno de los pacientes. El paciente con traqueotomía está en plan de cirugía laringea para la resolución de la estenosis y la decanulación.

TABLA N°2 Resultados de la Lateralización Cordal Percutánea.

P	Previo al procedimiento				Posterior al procedimiento			
	Traqueotomía	Estridor	Fonación	Eventos de aspiración	Traqueotomía	Estridor	Fonación	Eventos de aspiración
1	No	Sí	Normal	No	No	Leve	Disfonía	No
2	No	Sí	Normal	No	No	No	Normal	No
3	Sí	No	-	No	No	No	Disfonía	Sí
4	No	Sí	Normal	No	No	No	Normal	No
5	Sí	No	-	No	No	No	Normal	No
6	Sí	No	-	No	Sí	No	-	Sí

Discusión

La incidencia exacta de la PCV se desconoce⁶. Las causas más frecuentes de la parálisis unilateral son la cirugía cardiovascular o del esófago y el parto dificultoso^{2,3,7}. En contraste con la parálisis unilateral de las cuerdas vocales, la parálisis bilateral es generalmente congénita⁸. Las causas principales de la PCV bilateral son neurológicas (malformación de Arnold-Chiari, hidrocefalia, mielomeningocele), traumáticas (parto distócico, trauma quirúrgico como tiroidectomía) o idiopática^{2-4,6,7}. El diagnóstico se establece mediante el examen

endoscópico con fibrolaringoscopia con el paciente despierto y anestesia local, y se confirma bajo anestesia general en respiración espontánea con instrumental rígido. La laringoscopia directa permite diferenciar la parálisis cordal de la fijación cricoaritenoides y de la estenosis glótica posterior, y evaluar el resto de la vía aérea. En aproximadamente el 45% de los casos, la PCV se asocia a otra lesión de la vía aérea superior².

La determinación del tipo (unilateral o bilateral) y la causa de la parálisis es extremadamente importante en la elección del tratamiento³.

La recuperación espontánea se produce en los primeros 6 meses a 12 meses en el 46 al 64% de los casos, y hasta en el 10% después de los 5 años². Se considera que un plazo de 2 años es recomendable antes de realizar cualquier procedimiento definitivo^{2,4}. Sin embargo, el tiempo quirúrgico óptimo debe ser individualizado.

En los casos de parálisis bilateral de cuerdas con obstrucción aérea que ponga en peligro la vida, se requiere estabilizar la vía aérea. En caso que se requiera de forma urgente estabilizar la vía aérea, se debe intubar al paciente y realizar una resonancia magnética. Si la parálisis es secundaria a hidrocefalia o a malformación de Arnold-Chiari, la cirugía correctiva del problema etiológico permite, en ocasiones, recuperar la motilidad de las cuerdas vocales y evitar la traqueotomía³.

Aproximadamente en el 50% de los casos de PCV bilateral se realiza una traqueotomía². Ésta permite el tratamiento rápido y seguro de la disnea grave, y deja indemne las estructuras laríngeas en la espera de una recuperación espontánea e impredecible de la motilidad cordal. Sin embargo, el aspecto invasor, la morbimortalidad, la necesidad de cuidados cotidianos, así como la poca aceptación social como tratamiento a largo plazo incitan a buscar otros procedimientos quirúrgicos para facilitar la decanulación⁶.

No hay consenso sobre el tratamiento definitivo de la PCV. Existen varias técnicas quirúrgicas como la cordectomía con láser de CO₂, la reconstrucción laríngea con injerto de cartilago posterior, las técnicas de reinervación (las cuales siguen siendo experimentales en niños), la aritenoidectomía y la lateralización de la cuerda vocal mediante aritenoidopexia, tanto por vía externa como endoscópica^{1,4,6,9-11}. Algunos autores defienden que los abordajes externos tienen una tasa mayor de decanulación¹².

La principal complicación de las técnicas quirúrgicas que aumentan el espacio glótico posterior y evitan la traqueotomía es que pueden empeorar la calidad de la voz.

El procedimiento ideal es aquel que evite la traqueotomía o permita la decanulación con bajo impacto sobre la calidad de la voz y la deglución. Conceptualmente el procedimiento menos invasivo debe ser elegido, para evitar secuelas irreversibles que comprometan una potencial recuperación tardía de la motilidad cordal.

La lateralización cordal representa una buena opción terapéutica para los pacientes con parálisis bilateral de cuerdas vocales, ya que la obstrucción aérea se reduce al mantener abierto el defecto cordal y permite una calidad de voz generalmente buena. Existen diferentes técnicas de lateraliza-

ción cordal, por vía cervical, endoscópica, percutánea y abordajes combinados. En la literatura, la experiencia documentada es principalmente en adultos^{2,10,13-16}.

La lateralización cordal fue descrita por primera vez en 1979 por Kirchner¹⁷. La sutura para la lateralización descrita por Kirchner era realizada dejando un hilo de sutura intralaríngeo. Remsen y colaboradores impulsaron la realización del nudo de lateralización en forma extralaríngea para regular la tensión del mismo¹⁸. En 1997 Lichtenberger utilizó la aguja endo-extralaríngea para transportar la sutura de lateralización, lo cual requiere instrumental especial y está descrita para pacientes adultos^{19,20}. Mathur y colaboradores en el 2003 presentaron un método simple para lateralizar la cuerda vocal en pacientes pediátricos utilizando una aguja de punción lumbar para pasar los hilos a través de la laringe²¹.

La Lateralización Cordal Percutánea es una técnica que no requiere instrumental específico para su realización²¹. Se trata de un procedimiento simple, accesible, confiable, sin necesidad de traqueotomía, y que preserva las estructuras laríngeas²¹. Entre sus ventajas se encuentran el corto periodo de hospitalización, el riesgo bajo de complicaciones y la posibilidad de adaptar el procedimiento o revisar la intervención de acuerdo con las necesidades del paciente. Además se evitan las complicaciones inherentes a la disección del abordaje cervical.

El nudo destinado a la lateralización se realiza en forma extralaríngea, por lo cual las manipulaciones dentro de la laringe se reducen, lo que tiene una clara ventaja en los niños con laringe pequeña, y existe la posibilidad de modificar el grado de abducción, si esto fuera necesario²¹. El sitio de ingreso de la aguja en las dos ocasiones en que se punza la vía aérea es seguro y preciso debido a su realización bajo guía endoscópica y a la posibilidad de ingresar a la vía aérea del lado contralateral al que se desea lateralizar²¹. Una ventaja adicional es que es teóricamente reversible, ya que en el caso de recuperación de la movilidad cordal la sutura se puede remover^{5,13,21}.

Esta técnica puede ser considerada como una alternativa a la traqueotomía de emergencia en grupos específicos de pacientes (por ejemplo, PCV post-tiroidectomía)^{16,22}.

Las complicaciones descritas para este procedimiento son la hemorragia o el hematoma de la cuerda vocal, el absceso subcutáneo en el sitio del nudo, la formación de granulomas y el edema posquirúrgico^{2,14}. En nuestra serie de casos no hubo ninguna complicación.

Durante las primeras semanas tras la cirugía, a veces hay un mayor riesgo de aspiración con ciertas

texturas, en particular los líquidos, como ocurrió en 2 pacientes de nuestra serie, lo cual puede resolverse espontáneamente, con terapia foniatría o modificando el grado de abducción cordal^{8,13}.

Conclusiones

La Lateralización Cordal Percutánea resultó ser un procedimiento seguro y eficaz para el tratamiento de la PCV en niños. Proporciona una vía aérea com-

petente y estable sin la necesidad de una traqueotomía. Es un procedimiento mínimamente invasivo y potencialmente reversible, lo cual es importante en esta patología en donde la recuperación de la motilidad cordal es impredecible.

Esta técnica ha sido documentada en la literatura mundial, no observándose publicaciones previas en nuestro país. Por tal motivo, decidimos comunicar nuestra experiencia.

Bibliografía

1. García-Lopez I, Peñorrocha-Teresa J, Pérez-Ortín M, Cerpa M, Rabanal I, Gavilán J. Parálisis laríngea en la población infantil. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2013; 64(4):283-8.
2. Monnier P. Vocal Cord Paralysis. En: Monnier P, editor. *Pediatric Airway Surgery*. Lausanne, Switzerland: Springer eds; 2011. p. 107-17.
3. Tiago RS, Patrocínio SJ, dos Anjos PS, Ribeiro JT, Gil FM, Denunci FV. Vocal fold paralysis in children: diagnostic and management from a case report. *Bras J Otorrinolaringol* 2005; 71(3):382-5.
4. Lesnik M, Thierry B, Blanchard M, Glynn F, Denoyelle F, Couloigner V, Garabedian N, Leboulanger N. Idiopathic bilateral vocal cord paralysis in infants: Case series and literature review. *Laryngoscope* 2015; 125:1724-8.
5. Rutter MJ, Cohen AP, de Alarcon A. Endoscopic airway management in children. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2008; 16:525-9.
6. Venegas-Loya P, Martínez-Oropeza LC, Govea-Camacho LH, González-Ojeda A, Fuentes-Orozco C. Tratamiento de la parálisis bilateral de cuerdas vocales mediante cordectomía con láser: experiencia en el Centro Médico Nacional de Occidente. *An Orl Mex* 2013; 58:12-20.
7. Hollinger L. Congenital laryngeal anomalies. En: Holinger L, Lusk R, Green C, editores. *Pediatric laryngology and bronchoesophagology*. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1997. p. 137-64.
8. Rutter MJ. Congenital laryngeal anomalies. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2014; 80(6):533-9.
9. Prasad P, Shankar S. Bilateral arytenoidectomy with lateralisation of vocal folds: review of two cases. *Indian J. Otolaryngol. Head Neck Surg* 2008; 60:48-50.
10. Katilmis H, Oztürkcan S, Basoglu S, Aslan H, Ilknur AE, Erdogan NK, Uluç ME, Tayfun MA, Dündar R, Güvenç IA. New technique for the treatment of bilateral vocal cord paralysis: Vocal and ventricular fold lateralization using crossing sutures with thyroplasty technique. *Acta Otolaryngol*. 2011 Mar;131(3):303-9.
11. Triglia JM, Belus JF, Nicollas R. Arytenoidopexy for bilateral vocal fold paralysis in young children. *J Laryngol Otol* 1996; 110(11):1027-30.
12. Brigger MT, Hartnick CJ. Surgery for pediatric vocal cord paralysis: a meta-analysis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2002; 126(4):349-55.
13. Su WF, Liu SC, Tang WS, Yang MC, Lin YY, Huang TT. Suture lateralization in patients with bilateral vocal fold paralysis. *J Voice* 2014; 28(5):644-51.
14. Korkmaz MH, Bayır Ö, Tatar EÇ, Saylam G, Öcal B, Keseroglu K, Özdek A. Glottic airway gain after 'suture arytenoid laterofixation' in bilateral vocal cord paralysis. *Acta Oto-Laryngologica* 2015; 135(9):931-6.
15. Ezzat WF, Shehata M, Kamal I, Riad MA. Adjustable laterofixation of the vocal fold in bilateral vocal fold paralysis. *Laryngoscope* 2010; 120(4):731-3.
16. Oysu C, Sahin-Yilmaz A, Uslu C. Emergency endoscopic vocal cord lateralization as an alternative to tracheostomy for patients with bilateral abductor vocal cord paralysis. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2012; 269:2525-9.
17. Kirchner FR. Endoscopic lateralization of the vocal cord in abductor paralysis of the larynx. *Laryngoscope* 1979; 89:1779-83.
18. Remsen K, Lawson W, Patel N, Biller HF. Laser lateralization for bilateral vocal cord abductor paralysis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1985; 93:645-9.
19. Lichtenberger G, Toohill RJ. Technique of endo-extralaryngeal suture lateralization for bilateral abductor vocal cord paralysis. *Laryngoscope* 1997; 107(9):1281-3.
20. Lichtenberger G. Reversible lateralization of the paralyzed vocal cord without tracheostomy. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2002; 111: 21-6.
21. Mathur NN, Kumar S, Bothra R. Simple method of vocal cord lateralization in bilateral abductor cord paralysis in paediatric patients. *Int J Pediatric Otorhinolaryngol* 2004; 68:15-20.
22. Jóri J, Rovó L, Czigner J. Vocal cord laterofixation as early treatment for acute bilateral abductor paralysis after thyroid surgery. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 1998; 255(7):375-8.

Comentario respecto del Artículo

Breastfeeding and Risk of Kawasaki Disease: A Nationwide Longitudinal Survey in Japan. *Pediatrics*. 2016 Jun;137(6). pii:e20153919.

Yorifuji T, Tsukahara H, Doi H.

Resumen efectuado por Hamui M. Instructor Residentes de Clínica Médica

Background and Objectives: Kawasaki disease (KD) is the most common cause of childhood-acquired heart disease in developed countries. However, the etiology of KD is not known.

Aberrant immune responses are considered to play key roles in disease initiation and breast feeding can mature immune system in infants. We thus examined the association between breast feeding and the development of KD.

Methods: We used a nation wide population-based longitudinal survey on going since 2010 and restricted participants to a total of 37.630 children who had data on their feeding during infancy. Infant feeding practice was queried at 6 to 7 months of age, and responses to questions about hospital admission for KD during the period from 6 to 30 months of age were used as outcome. We conducted logistic regression analyses controlling for child and maternal factors with formula feeding without colostrum as our reference group.

Results: A total of 232 hospital admissions were observed. Children who were breastfed exclusive ly or partially were less likely to be hospitalized for KD compared with those who were formula fed without colostrum; odds ratios for hospitalization were 0.26 (95% confidence interval: 0.12–0.55) for exclusive breast feeding and 0.27 (95% confidence interval: 0.13–0.55) for partial breast feeding. Although the risk reduction was not statistically significant, feeding colostrum on lyal so provided a protective effect.

Conclusions: We observed protective effects of breast feeding on the development of KD during the period from 6 to 30 months of age in a nationwide, population-based, Longitudinal survey in Japan, the country in which KD is most common.

Resumen

La enfermedad de Kawasaki es la causa más frecuente de cardiopatía adquirida en niños de países en desarrollo; sin embargo, su etiología sigue siendo desconocida. Se considera que una respuesta

inmune aberrante podría ser clave en el comienzo de la enfermedad y se sabe que la lactancia materna colabora en la maduración del sistema inmune de los niños.

Se realizó en Japón una encuesta a nivel nacional que comenzó en 2010, consiguiendo un total de 37.630 niños de quienes se tenía información acerca de la alimentación que recibieron durante la infancia. Se preguntó acerca de la alimentación hasta los 6 o 7 meses de vida y sobre internación por enfermedad de Kawasaki desde los 6 hasta los 30 meses de edad. Se realizó un análisis de regresión logística usando como grupo de referencia los niños alimentados por fórmula.

Se obtuvieron 232 ingresos hospitalarios. Los niños alimentados con pecho materno exclusivo o en forma parcial tenían menor probabilidad de internarse por enfermedad de Kawasaki respecto a quienes se alimentaron con fórmula sin calostro, con un odds ratio (razón de probabilidades) de hospitalización de 0,26 para alimentados con lactancia materna exclusiva (intervalo de confianza 95%: 0,12-0,55) y de 0,27 para alimentados parcialmente con lactancia materna (intervalo de confianza 95%: 0,13-0,55).

Aunque la reducción de riesgo no fue estadísticamente significativa, se demostró que la alimentación únicamente con calostro proporcionó un efecto protector.

Observamos un efecto protector de la lactancia materna en el desarrollo de enfermedad de Kawasaki entre los 6 y los 30 meses de edad, basado en una encuesta longitudinal realizada en Japón, un país en el que la enfermedad es común.

Comentario

La enfermedad de Kawasaki es una vasculitis primaria, aguda, sistémica y autolimitada, de etiología desconocida, que afecta arterias de mediano calibre. Es la principal causa de cardiopatía adquirida en la infancia en países desarrollados¹. El 20 al 35 % de los pacientes con dicha enfermedad que no han recibido tratamiento desarrollan coronariopatía o arteriopatía periférica². El diagnóstico oportuno y tratamiento temprano reducirían la afectación coronaria a menos del 5 % de los pacientes³.

El estudio de Yorifuji y col. encontró un claro efecto protector de la lactancia materna sobre el desarrollo de esta enfermedad.

Si bien los beneficios de la lactancia materna, como prevención de infecciones y de enfermedades no transmisibles de la edad adulta como diabetes tipo 2 y obesidad, son bien conocidos⁴, aún

quedan muchos por descubrir. El haber demostrado que la lactancia materna es un factor protector para una enfermedad inmunomodulada, como la enfermedad de Kawasaki, abre el horizonte para buscar otras enfermedades cuyo desarrollo se pueda prevenir con esta simple y a la vez compleja intervención.

Bibliografía

- 1- Sociedad Argentina de Pediatría; Sociedad Argentina de Cardiología. Enfermedad de Kawasaki: consenso interdisciplinario e intersociedades (guía práctica clínica). Arch Argent Pediatr. 2016;114(4):385-90.
- 2- Tse SM, Silvermann ED, McCrindle BW, Yeung RS. Early treatment with intravenous immunoglobulin in patients with Kawasaki disease. Pediatrics. 2002; 140: 405-5.
- 3- Newburger JW. Kawasaki disease. Cur Treat Options Cardiovas Med. 2000; 2(3): 227-36.
- 4- Mazariegos M, Ramirez Zea M. Lactancia materna y enfermedades crónicas no transmisibles en la vida adulta. Arch Latinoamer Nutr. 2015; 65(3):143-151.

Comentario respecto del Artículo

El empleo de un catéter flexible semipermanente en el debut diabético, reduce la ansiedad y el dolor de las inyecciones.

Indwelling catheters used from the onset of diabetes decrease injection pain and pre-injection anxiety.

Hanas R, Adolfsson P, Elfvin-Åkesson K, Hammarén L, Ilvered R, et al. *J Pediatr* 2002;140:315-20

Resumen efectuado por Beaudoin María Laura, Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Objetivos

Investigar si el uso de un catéter subcutáneo, en pacientes diabéticos con diagnóstico reciente, reduce el dolor y la ansiedad previa a la inyección.

Diseño del estudio

Ensayo clínico controlado abierto randomizado, donde participaron 41 pacientes con un promedio de edad de 8.1 años (± 3.7). Se utilizó una escala análoga visual de 10cm (EAV) con caras para valorar el dolor. Se utilizó una crema anestésica local previo a la inserción de cada catéter. El grupo control usó lapiceras de insulina con agujas standard. Luego de una semana, el grupo del catéter flexible podía optar por las inyecciones tradicionales de insulina. Sin embargo, los pacientes fueron incluidos en el análisis como "intención de tratar".

Resultados

El disconfort y la ansiedad de la punción disminuyeron desde el día 1 al 15 en ambos grupos (promedio, 4.1 inyecciones/día). El dolor fue significativamente menor en el grupo de catéter flexible de acuerdo a lo valorado por los padres (mediana, 1.2 cm vs 2.7 cm; $P = .002$), niños/adolescentes (0.8 cm vs 1.5 cm; $P = .006$), y enfermeras (1.4 cm vs 3.0 cm; $P = .002$). La ansiedad parental previa a la inyección resultó ser menor también (1.2 cm vs 2.9 cm; $P = .016$). La administración de insulina, incluyendo la inserción del catéter, resultó ser menos problemática en el grupo del catéter flexible subcutáneo (1.6 cm vs 3.3 cm; $P = .009$). Durante los 6 meses de seguimiento, el disconfort posterior a la punción y los problemas asociados a la inyección fueron significativamente menores en el grupo de catéter flexible. El tiempo promedio de permanencia del catéter flexible fue de 3.7 días. El promedio del dolor causado por la inserción de

catéter fue 2.1 cm y para la medición de glucemia fue 0.9 cm. Dieciséis (de 20 pacientes) continuaron utilizando el catéter flexible luego de 2 semanas y nueve (de 20) luego de 6 meses.

Conclusiones

Hemos encontrado que en pacientes diabéticos, la aplicación de insulina a través de un catéter subcutáneo disminuye el dolor y la ansiedad previa a la inyección de insulina.

Objectives

To investigate the use of indwelling catheters as injection aids at diabetes onset to reduce injection pain and pre-injection anxiety.

Study design

Forty-one patients aged 8.1 ± 3.7 years (range, 1-15) participated in this open, controlled randomized study. A 10-cm VAS with faces was used for scoring. A local anesthetic cream was used before all insertions. The control group used insulin pens with standard needles. After one week, the indwelling catheter group could choose regular injections but were included in the "intention to treat" analysis.

Results

Injection pain and anxiety decreased from day 1 to 15 in both groups (average, 4.1 injections/day). Pain was significantly lower for indwelling catheter injections when scored by parents (median, 1.2 cm vs 2.7 cm; $P = .002$), children/teenagers (0.8 cm vs 1.5 cm; $P = .006$), and nurses (1.4 cm vs 3.0 cm; $P = .002$). Parental pre-injection anxiety was also lower (1.2 cm vs 2.9 cm; $P = .016$). Taking injections, including inserting catheters, was found to be less problematic with an indwelling catheter (1.6 cm vs 3.3 cm; $P = .009$). During the 6-month follow-up, injection pain and injection problems were significantly lower in the catheter

group. Mean catheter indwelling time was 3.7 days. Median pain for catheter insertion was 2.1 cm and for glu- cose testing was 0.9 cm. Sixteen of 20 patients continued to use indwelling catheters after 2 weeks, and 9 of 20 after 6 months.

Conclusions

We found an evident relief of pre-injection anxiety and injection pain when using indwelling catheters for introducing insulin injections at the onset of diabetes.

Comentario

La cetoacidosis diabética (CAD) es una manifestación grave de la diabetes tipo 1. La administración habitual de la insulina corriente en el tratamiento de la CAD es por vía endovenosa, habiéndose reportado buenos resultados con esta vía de administración¹. Sin embargo, el uso de insulina endovenosa puede ser particularmente difícil en entornos con recursos limitados, considerando también que su costo es mayor. En estos escenarios, las bombas de infusión no siempre están disponibles y por lo tanto la capacidad de monitoreo es muy limitada, convirtiendo a la insulina endovenosa en un tratamiento poco seguro. A pesar que existe evidencia sobre la seguridad de la administración subcutánea, en muchos centros se prefiere la utilización de insulina endovenosa. Es posible que esto se deba a que persiste incertidumbre sobre la absorción de los análogos de insulina subcutánea y a la necesidad de aplicaciones horarias. Sin embargo, hace más de 30 años se ha demostrado que la insulina regular (xx) y los análogos rápidos (xx) de administración subcutánea presentan adecuada farmacocinética, especialmente en aquellos pacientes que no presentan compromiso de la circulación periférica. Las punciones horarias pueden ser reemplazadas por el uso de cánulas flexibles que permiten la administración de insulina sin la necesidad de inyecciones horarias, mejorando el confort del paciente.

Con respecto a este último aspecto, Hanas en el trabajo citado, comparó la administración subcutánea de insulina a través de un catéter flexible versus el sistema tradicional de inyección con aguja rígida, con el objetivo de evaluar el confort de los pacientes, utilizando una escala análoga visual para dolor durante un período de 6 meses. La ansiedad e incomodidad de la punción disminuyeron en ambos grupos, pero el dolor resultó ser significativamente menor en el grupo experimental.

En el Hospital General de Niños Pedro de Elizalde, desde hace más de 30 años se utiliza Insulina corriente subcutánea para el tratamiento de la Cetoacidosis Diabética leve a moderada². La administración horaria de insulina subcutánea con aguja metálica genera inevitablemente dolor, incomodidad y molestias, particularmente en pediatría³. La última guía de La International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes sugiere que, en sitios con escasos recursos, en episodios de CAD no complicadas, el uso de insulina subcutánea es una opción viable, considerándola segura y tan efectiva como la infusión de insulina endovenosa². Siguiendo esta recomendación junto con el empleo de un dispositivo subcutáneo que permita la administración de IC sin la necesidad de efectuar punciones horarias al paciente, mejoraría la tolerancia al tratamiento y aumentaría el confort. La utilización de insulina subcutánea a través de un catéter subcutáneo podría ser una alternativa eficaz en escenarios de recursos limitados. Con la premisa de mejorar el confort en los pacientes pediátricos durante el tratamiento de esta condición, se lleva a cabo en el Hospital Elizalde, un ensayo clínico controlado cuyo objetivo es evaluar si el uso de un catéter subcutáneo flexible en comparación con el modo habitual de tratamiento con aguja metálica mejora el confort en pacientes con CAD. Esto último se desarrolla en el marco de la búsqueda de alternativas terapéuticas mejor toleradas en Pediatría.

Bibliografía

1. Wolfsdorf E, Allgrove J, Craig ME, Edge J et al. Diabetic ketoacidosis and hyperglycemic hyperosmolar state. ISPAD ClinicalPracticeConsensusGuidelines 2014 Compendium. *Pediatric Diabetes* 2014; 15: 154–179.
2. Ramos O, Ferraro M, Barbeito S. Cetoacidosis diabética. *Revista Pediátrica Elizalde* 2013; 4(1): p51-54
3. Hanas SR, Ludvigsson J. Experience of pain from insulin injections and needle-phobia in young patients with IDDM. *Pract Diabetes* 1997; 14: 95–99.

Reanimación cardiopulmonar

Daniel Rufach ■ Silvia Santos ■ Elena Guaita ■ Gustavo Debaisi

Introducción

El paro cardíaco o paro cardiorrespiratorio (PCR) en Pediatría es un suceso prevenible; raramente es un evento súbito ya que suele estar precedido de un período de deterioro. Su principal causa es la hipoxia, a diferencia de los adultos, en los cuales el origen es cardíaco. En los niños, es el resultado final del compromiso de la función respiratoria y circulatoria, con una progresión típica de hipoxia e hipercapnia a paro respiratorio, bradicardia y paro cardíaco. En niños gravemente enfermos o lesionados la intervención a tiempo es clave para prevenir la progresión al PCR y así evitar la muerte.

El ritmo de paro más frecuente en los niños es la asistolia, aunque existen otros ritmos a los que se los denomina ritmo de colapso, debido a que se presentan sin pulsos centrales palpables y con ausencia de perfusión periférica como la fibrilación ventricular (FV), la taquicardia ventricular (TV) sin pulso y la actividad eléctrica sin pulso (AESP). La TV y FV se producen en menos del 15% de los paros extrahospitalarios. El PCR de causa cardíaca primaria puede presentarse, y debería ser particularmente considerado, en pacientes con cardiopatías, miocarditis o en el paro cardíaco de presentación súbita.

El PCR es producido por la interrupción de la actividad mecánica del corazón y se caracteriza por falta de respuesta, apnea y ausencia de pulsos centrales palpables. La evolución de un niño que sufre un PCR es mala en el corto y largo plazo, con gran mortalidad y graves secuelas en los sobrevivientes. Sólo un 27% de los niños que presentan un PCR en el ámbito hospitalario sobreviven y la mayoría con graves secuelas neurológicas.

La reanimación cardiopulmonar (RCP) incluye la RCP básica y la avanzada. Con la RCP básica se inicia el soporte de la ventilación de una víctima en paro respiratorio y el soporte de la respiración y la circulación de un paciente en PCR. La RCP avanzada agrega el uso de equipamiento adyuvante y técnicas especiales para el establecimiento y mantenimiento de una efectiva ventilación y perfusión, el monitoreo electrocardiográfico, la detección y tratamiento de arritmias y la estabilización del paciente posterior a la resucitación. Durante toda la reanimación se deben mantener las normas de bio-

seguridad, utilizando dispositivos de barrera para la protección del personal.

Por convención se considera "lactante" a todo paciente hasta el año de edad y "niño" al mayor de un año hasta el inicio de la pubertad (12 a 14 años).

Reanimación cardiopulmonar básica

El apoyo vital básico pediátrico (AVPB) consiste en evaluaciones y aptitudes motoras destinadas a apoyar o restablecer la circulación, oxigenación y ventilación eficaces del niño en paro respiratorio o cardíaco. Los pasos que se deben seguir para la evaluación y tratamiento son (Algoritmo 25.5.1): Determinar el nivel de conciencia estimulando suavemente al niño: simultáneamente se debe comprobar si la víctima respira. Si el niño no responde, no respira normalmente y hay un solo reanimador, se gritará pidiendo ayuda sin dejar al paciente, se iniciará la RCP por 5 ciclos, alrededor de 2 minutos, y luego se activará la emergencia. Si hay otra persona, uno activará la emergencia mientras el otro inicia la RCP. Si el paro es presenciado y súbito (de origen cardíaco) se debe activar la emergencia y traer el desfibrilador antes de iniciar la RCP.

Según las Recomendaciones de la *American Heart Association* (2010) se recomienda cambiar la secuencia de los pasos del soporte vital básico de A-B-C (apertura de la vía aérea, buena respiración, compresiones torácicas) a la secuencia C-A-B (compresiones torácicas, apertura de la vía aérea, buena respiración). El motivo por el cual se cambia la secuencia de pasos A-B-C es la demora en las compresiones torácicas mientras los reanimadores abren la vía aérea y ventilan. Al cambiar la secuencia a C-A-B se inician las compresiones torácicas sin retraso, de vital importancia para mantener la oxigenación cerebral y cardíaca, y se reduce el tiempo de inicio de las ventilaciones.

Compresiones torácicas (C): el reanimador, luego de comprobar la falta de respuesta y de respiración adecuada, evaluará el pulso. Los pulsos que se deben valorar son el braquial en el lactante y el carotídeo en el niño, o como alternativa el pulso femoral en ambos. Se localizará el pulso braquial en la parte interior del brazo entre el codo y el hombro,

Extraído del Libro: Hospital General de Niños Pedro de Elizalde. Criterios de diagnóstico y tratamiento en Pediatría. Segunda Edición. Buenos Aires: Ediciones Journal, 2012. Para mayor información escribir a: info@journal.com.ar

colocando el pulgar en la parte externa y los dedos índice y medio en la parte interior del brazo. Se deberá presionar suavemente durante al menos 5 segundos y no más de 10 segundos; si en ese tiempo no se detecta pulso se deberá comenzar el masaje. En los lactantes no se recomienda la búsqueda del pulso carotídeo debido a que la presencia de un cuello corto y gordo lo hace difícil de palpar.

En los niños mayores y adultos se busca el pulso carotídeo: el reanimador deberá colocar dos dedos a nivel del cartílago tiroideos de la víctima (nuez de Adán), en la depresión del cuello localizada entre la tráquea y el músculo esternocleidomastoideo. Para comprobar el pulso femoral se deben ubicar dos dedos en la cara interna del muslo entre el hueso de la cadera y el hueso púbico y por debajo de la ingle, donde la pierna se une con el abdomen.

Si no se detecta pulso durante 5 segundos como mínimo y 10 segundos como máximo, se deben comenzar las compresiones torácicas.

Se realizarán también las compresiones en un lactante o niño si el pulso está presente pero tiene una frecuencia menor a 60/minuto con alteración de la perfusión.

En el niño en PCR se deberá colocar un monitor cardíaco inmediatamente o un DEA/desfibrilador si está disponible.

Si el pulso está presente pero no existe respiración espontánea se administrará ventilación asistida con una frecuencia de 12 a 20/minuto (1 cada 3 a 5 segundos) hasta que el paciente inicie respiración espontánea, o bien se efectivice un manejo avanzado de la vía aérea.

Las compresiones torácicas deben ser fuertes para deprimir el tórax aproximadamente 1/3 del diámetro anteroposterior (4 cm en lactantes y 5 cm en niños) y rápidas, con una frecuencia de por lo menos 100 compresiones /minuto, permitiendo que el pecho vuelva a su posición inicial.

La técnica varía según la edad. En lactantes, las compresiones deben efectuarse en la mitad inferior del esternón con la precaución de no comprimir la apófisis xifoides. Con un solo reanimador se colocarán dos o tres dedos sobre el esternón justo por debajo de la línea de los dos pezones (Figura 25.5.1) y con dos reanimadores se utiliza la técnica de dos pulgares comprimiendo a nivel del esternón y las manos rodeando y comprimiendo el tórax, se realiza así una compresión simultánea de la pared anterior y posterior del tórax con todos los dedos (Figura 25.5.2).

En los niños mayores de 1 año hasta la pubertad se aplica la compresión con el talón de la mano a nivel esternal. Se puede comprimir con el talón de una o de ambas manos, igual que en las víctimas adultas (Figura 25.5.3).

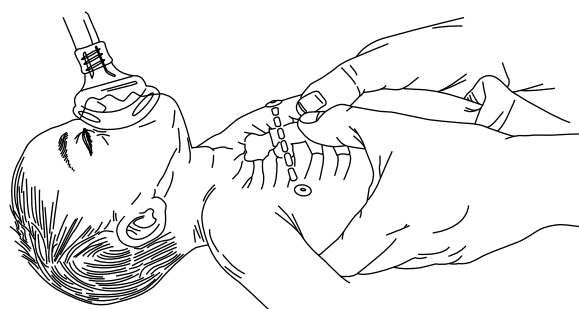
FIGURA N°25.5.1

Lactante, masaje por un reanimador.



FIGURA N°25.5.2

Masaje por dos reanimadores.



En toda RCP las compresiones se alternan con las ventilaciones. Si un reanimador está solo se emplea la relación universal de compresión-ventilación de 30 compresiones y 2 ventilaciones en pacientes de cualquier edad, exceptuando a los recién nacidos. En lactantes y niños con dos reanimadores las compresiones y ventilaciones se realizan con la relación 15:2. Con uno o dos reanimadores en los recién nacidos la relación es 3:1, mientras que para los adultos se utiliza una relación universal 30:2. Una vez que el paciente está intubado no se realizan ciclos de compresión-ventilación. El reanimador que realiza las compresiones debe realizar al menos 100 compresiones/minuto sin pausa para la ventilación y el que realiza la ventilación deberá realizar 8 a 10 ventilaciones por minuto (una cada 6 a 8 segundos aproximadamente), evitando la hiperventilación. Los reanimadores deberán cambiar el rol cada 2 minutos para evitar la fatiga y el deterioro en la frecuencia y calidad de las compresiones. El cambio debe ser realizado rápidamente (de forma

FIGURA N°25.5.3

Masaje en el niño.



FIGURA N°25.5.4

a Posición de olfateo en el lactante.
b Posición de olfateo en el niño.



ideal en menos de 5 segundos) para minimizar las interrupciones en las compresiones torácicas.

Apertura de la vía aérea (A): luego de efectuadas las compresiones se deberá permeabilizar la vía aérea, dado que en el niño inconsciente la lengua se desplaza hacia atrás, cayendo sobre la pared posterior de la faringe, obstruyendo la vía aérea y dificultando la entrada de aire. La flexión de la cabeza sobre el tórax origina también una disminución de la luz de la faringe. Se procederá a permeabilizar la vía aérea mediante la extensión de la cabeza y elevación del mentón con la cabeza en la línea media llamada posición de olfateo (Figuras 25.5.4 a, b). La maniobra se realiza ubicándose lateralmente al niño colocando una mano sobre la frente e inclinando la cabeza hacia atrás suavemente. La cabeza quedará en línea media y ligeramente extendida. Con la otra mano bajo el mentón apoyando los dedos en la parte ósea de la mandíbula se eleva el mentón ligeramente hacia adelante. Es necesario evitar comprimir las partes blandas submentonianas y no cerrar la boca durante la maniobra para no obstruir la vía aérea. Luego se procederá a retirar todos los elementos extraños visibles en la boca (comida, dientes rotos, etc.) y se aspirarán las secreciones.

La posición de olfateo es adecuada si queda alineado el meato auditivo externo con el hombro. Para ello muchas veces es necesario colocar una toalla o almohadilla debajo de los hombros y el torso del lactante, y en el niño más grande debajo de la cabeza.

En caso de trauma con sospecha de lesión cervical se deberá realizar la maniobra de tracción mandibular (Figura 25.5.5). Durante esta maniobra es necesario mantener la posición neutra de la cabeza, evitando la flexión y la extensión del cue-

llo en todo momento. Se realizará una inmovilización bimanual posicionando dos o tres dedos por debajo del ángulo del maxilar inferior para luego traccionar la mandíbula hacia arriba y hacia fuera levantando la base de la lengua y alejándola de la apertura glótica. El reanimador trabajará con los codos apoyados sobre la superficie donde yace el paciente ubicándose detrás de su cabeza.

Si mediante la maniobra de tracción de la mandíbula no se puede abrir la vía aérea, se debe realizar la técnica de extensión de la cabeza-elevación del mentón para realizar la ventilación, enfatizándose la importancia de abrir la vía aérea en las víctimas con traumatismo. La técnica de estabilización manual de cabeza y cuello deberá mantenerse mientras se realice la RCP, sin utilizar dispositivos de inmovilización. Esta técnica nos permite al mismo tiempo realizar la apertura de la vía aérea mediante la elevación de la mandíbula y la inmovilización del cuello.

Luego se procederá a colocar un collar rígido de tamaño apropiado para que no interfiera con la permeabilidad de la vía aérea.

FIGURA N°25.5.5 Tracción de la mandíbula.



Buena ventilación (B): luego de permeabilizar la vía aérea se deberá administrar 2 ventilaciones. La ventilación se puede llevar a cabo con bolsa y máscara o con un dispositivo avanzado para la vía aérea como un tubo endotraqueal (TET) o una máscara laríngea conectado a una fuente de oxígeno tan pronto como sea posible. Se sugiere utilizar la técnica de C-E para sujetar la máscara (Figura 25.5.6) colocando tercero, cuarto y quinto dedos de una mano (forman una E) sobre la mandíbula para elevarla hacia delante mientras el pulgar y el índice de la misma mano (forman una C) sujetan la máscara sobre la cara del niño. Puede ser necesario que uno de los reanimadores use ambas manos para abrir la vía aérea y mantener sellada la máscara a la cara (C-E bilateral), mientras el otro comprime la bolsa de ventilación. Cada ventilación debe durar un segundo; la efectividad de la ventilación está dada por la observación de la expansión torácica. Es muy importante no hiperventilar para evitar la distensión gástrica y la posibilidad de aspiración y para no empeorar el retorno venoso.

En el PCR la reanimación se estructura en ciclos de compresiones y ventilaciones. Con un solo reanimador asistiendo a una víctima de cualquier edad, se deben realizar ciclos de 30 compresiones y 2 ventilaciones en forma ininterrumpida durante 2 minutos, que equivalen a realizar 5 ciclos de RCP. Cumplidos los 2 minutos se toma el pulso y si no se detecta durante 5 segundos como mínimo y 10 segundos como máximo, se continuará con los ciclos de compresión-ventilación.

Quando son dos los reanimadores intervinientes en el PCR en lactantes y niños, se efectuará una relación de compresiones-ventilaciones de 15:2 en forma ininterrumpida durante 2 minutos, que equivalen a realizar 10 ciclos de RCP. Cumplidos los 2 minutos se toma el pulso y si no se detecta durante 5 segundos como mínimo y 10 segundos como máximo se continuará con los ciclos de compresión-ventilación.

Los reanimadores siempre deberán cambiar el rol cada 2 minutos para evitar la fatiga y el deterioro en la frecuencia y calidad de las compresiones. El cambio debe ser realizado rápidamente (de manera ideal en menos de 5 segundos), para minimizar las interrupciones en las compresiones torácicas. Si el paciente recuperó la circulación pero persiste en paro respiratorio, se mantendrá la ventilación asistida a una frecuencia de 12 a 20 respiraciones por minuto (1 respiración cada 3 a 5 segundos).

FIGURA N°25.5.6 Técnica C-E de sujeción de máscara.



Reanimación cardiopulmonar avanzada

El soporte vital avanzado pediátrico comprende los conocimientos y destrezas necesarios para obtener una vía aérea segura, brindar adecuada oxigenación y ventilación, colocar un acceso vascular que permita la administración de fármacos esenciales en la RCP y proveer de tratamientos eléctricos necesarios. La RCP avanzada agrega el uso de equipamiento adyuvante, monitoreo electrocardiográfico para la detección y tratamiento de arritmias, y la estabilización del paciente posterior a la resucitación.

Vía aérea y ventilación: dispositivos y procedimientos

En el niño en insuficiencia respiratoria, en paro respiratorio o en paro cardíaco se debe proceder a suministrar oxígeno y ventilación con una bolsa de reanimación con máscara.

TABLA N°25.5.1

Equipamiento para la intubación

Las bolsas o resucitadores que se utilizan para las emergencias son autoinflables y pueden ser de diferentes tamaños: las neonatales con una capacidad de 250 mL se utilizan para recién nacidos pretérmino; las pediátricas de 500 mL para los recién nacidos de término, lactantes y niños; las bolsas de adultos de 1 500 mL para los niños más grandes y adultos. Una bolsa grande puede ser utilizada para la ventilación de un lactante; en este caso es necesario manejar la fuerza y el volumen corriente para producir una expansión torácica adecuada. Las bolsas autoinflables utilizadas deben poseer reservorio dado que permiten entregar una concentración de oxígeno mayor. Cuando se las utiliza con flujos > 15 L/minuto proporcionan una concentración de oxígeno del 100%.

Es necesario disponer de una máscara que se adapte al tamaño de la cara del niño, sellando su boca y nariz de tal manera que no existan pérdidas durante la ventilación; no debe cubrir los ojos del paciente. Es deseable que la máscara sea de material transparente para que permita visualizar la boca del niño mientras se realiza la ventilación asistida y con un cuff suave que facilite el sellado. Si la bolsa tiene válvula de pop-off es conveniente cerrarla cuando se ventila con bolsa y máscara y abrirla si se ventila a través de un tubo endotraqueal.

Si el niño se encuentra en paro cardíaco no hay una recomendación definitiva sobre cuando es el momento de realizar la intubación endotraqueal y no es deseable interrumpir los ciclos de ventilación y compresión para realizar el procedimiento. Un paciente puede recuperar el ritmo de perfusión sin haber sido intubado, pero ello no se logra si no hay una ventilación adecuada con bolsa.

El monitoreo cardiorrespiratorio es un pilar del manejo avanzado de la reanimación cardiopulmonar. Es indispensable que durante la secuencia de reanimación se coloque un monitor cardíaco para detectar el ritmo de paro y reconocer aquellos ritmos que requieran tratamiento eléctrico. La saturometría, que se suma al monitoreo cardíaco, cumple su rol en la evaluación de la insuficiencia respiratoria y para guiar el procedimiento de intubación en el paciente con ritmo de perfusión.

En insuficiencia respiratoria, cuando el niño está alerta, debe realizarse sedación profunda para el procedimiento de intubación. El procedimiento se inicia con la preparación del material, el equipo de monitoreo y la dilución de la medicación a utilizar (Tabla 25.5.1). Se deben definir los roles de los reanimadores que realizan el procedimiento. Se recomienda un mínimo de tres reanimadores: uno maneja la vía aérea, otro administra la medicación y el tercero monitorea al paciente.

- Fuente de oxígeno, monitor de ECG, tensiómetro, oxímetro de pulso y estetoscopio
- Bolsa de reanimación autoinflable con reservorio con máscaras de diferentes tamaños
- Máscara de O₂ de no-reinhalación
- Equipo de aspiración de secreciones (sondas gruesas para fauces y sondas finas para el tubo endotraqueal)
- Cánulas orofaríngeas y nasofaríngeas
- Laringoscopio de rama recta y curva, con los diferentes tamaños de rama y pilas de repuesto
- TET del tamaño calculado + 2 TET (1/2 número más grande y 1/2 más pequeño)
- Mandril maleable y Pinza Magill
- Sonda nasogástrica
- Tela adhesiva para fijación
- Drogas para la intubación diluidas (sedación, BNM)
- Máscaras laríngeas
- Tubos de drenaje torácico
- Agujas teflonadas N° 14-16 (drenaje de neumotórax hipertensivo y cricotirotomía)
- Detector de CO₂ espirado-capnógrafo

TET: tubo endotraqueal; BNM: bloqueadores neuromusculares

Una metodología que puede emplearse para llevar a cabo la intubación es una secuencia de intubación rápida, que consiste en la administración de un agente sedante y un bloqueante neuromuscular (BNM) con mínima o ninguna ventilación con presión positiva, con el objetivo de facilitar la intubación y disminuir los posibles efectos adversos. Si se detecta bradicardia o cianosis o si el monitoreo muestra una caída sostenida de la saturación, se ventilará al enfermo con bolsa y máscara y O₂ al 100% hasta obtener valores adecuados de signos vitales para un nuevo intento. La secuencia de intubación rápida no está indicada en pacientes en PCR o en aquellos que presentan coma profundo. Ante la posibilidad de lesión de la columna cervical, es necesario inmovilizar el cuello previamente a realizar la maniobra de intubación. No está indicado colocar una sonda nasogástrica antes de proteger la vía aérea. La máscara laríngea es un buen recurso que puede ser utilizado cuando la intubación no puede ser realizada.

Hay principalmente dos diseños de laringoscopios para el uso en Pediatría: los de rama recta y los de

rama curva. Para los niños menores de 4 años se prefieren los de rama recta, que permiten obtener un mejor plano visual de la glotis. La rama curva es una alternativa para los niños mayores debido a que facilita la elevación de la lengua durante la laringoscopia.

Tradicionalmente la intubación de niños menores de 8 años se realizaba con tubos sin manguito, dado el ajuste anatómico de la laringe a nivel del cricoides y debido al mayor riesgo de lesión de la mucosa laringea. Actualmente no existe suficiente evidencia para demostrar que los tubos con manguito originen mayor daño que los tubos sin manguito, por lo que está admitido en el ámbito hospitalario el uso de tubos con o sin manguitos para lactantes y niños.

La mejor forma de calcular el tamaño del tubo endotraqueal y gran parte del equipamiento, así como las dosis de fármacos, es con una cinta con códigos de color basada en la talla del paciente (cinta de Broselow). La cinta permite determinar datos claves de información sobre el niño y se utiliza de manera similar a un pediómetro: midiendo al niño desde la parte superior de la cabeza hasta el talón, pero en vez de leerse el dato en centímetros se lee en kilogramos de peso. Su uso permite determinar en forma práctica el tamaño de la bolsa de reanimación, de las hojas del laringoscopio y el TET entre otros datos (Tabla 25.5.2).

Fórmulas para calcular el diámetro del TET (para niños mayores de 2 años):

TET sin manguito (diámetro interno en mm) = (edad en años/4) + 4

TET con manguito (diámetro interno en mm) = (edad en años/4) + 3,5

Fórmula para estimar la distancia de introducción del TET en centímetros:

Diámetro interno del TET x 3 = cm desde el extremo distal del TET hasta el labio

Se debe confirmar la posición del TET inmediatamente después de colocado, antes del traslado del paciente, después de movilizarlo y ante una descompensación respiratoria aguda. Ningún método es completamente confiable, por ello deben usarse tanto las evaluaciones clínicas como los sistemas de confirmación. La confirmación clínica consiste en la observación de la expansión torácica simétrica, la auscultación de la entrada de aire bilateral a nivel axilar y la auscultación de falta de entrada de aire en el hemiabdomen superior. La visualización directa del TET pasando por las cuerdas vocales es un signo inequívoco de intubación. La recuperación de la saturación de O₂ y de la frecuencia cardíaca es un dato significativo, mientras que la observación de vapor de agua en el TET durante la espiración no es un método totalmente confia-

ble. El monitoreo del CO₂ espirado es el método de confirmación recomendado; el aumento del CO₂ al final de la espiración verifica la colocación adecuada del TET.

Siempre es necesario confirmar la correcta altura del TET mediante una radiografía de tórax.

TABLA N°25.5.2

Medidas de TET según cinta de Broselow

Peso	Número de TET sin balón	Número de TET con balón
Lactante, 3-5 kg	3-3,5	3
Lactante, 6-7 kg	3,5	3
Lactante, 8-9 kg	3,5	3
Niño, 10-11 kg	4	3,5
Niño, 12-14 kg	4,5	4
Niño, 15-18 kg	5	4,5
Niño, 19-23 kg	5,5	5
Niño, 24-29 kg	6	6
Adulto, 30-36 kg		6,5

TET: tubo endotraqueal.

Accesos vasculares y drogas

La vía intraósea (IO) debe ser el acceso vascular a utilizar inicialmente durante el PCR a cualquier edad, cuando no hay ningún otro acceso vascular disponible, para administrar medicaciones y fluidos dado que se puede colocar de manera rápida y confiable en menos de 60 segundos. Existen disponibles en el comercio distintos tipos de aguja para la administración IO para lactantes y niños. Las agujas especialmente diseñadas para su co-

locación intraósea son la mejor elección; si esta alternativa no está disponible se puede utilizar una aguja para punción-aspiración de medula ósea, el mandril de un catéter intravenoso de teflón N° 14 o 16, o una aguja mariposa N°19.

El sitio de inserción más utilizado es la cara anterior de la tibia, aunque otros sitios para la canulación IO son la porción distal del fémur, el maléolo interno de la tibia y la cresta iliaca.

Para la colocación de la aguja intraósea se deberá reconocer la superficie anterior de la tibia, donde el hueso es plano y liso, 1 a 3 cm por debajo y dentro de la tuberosidad tibial. La pierna deberá estar apoyada sobre una superficie firme. Para una correcta colocación de la aguja es necesario apoyar el miembro sobre una toalla enrollada. Se realizará antisepsia de la zona y se procederá a la inserción de la aguja en la porción anterointerna de la tibia, realizando con la aguja un movimiento circular suave pero firme. La aguja se dirigirá en forma perpendicular al hueso, en dirección contraria a la placa de crecimiento; se la hará penetrar a través de la cortical deteniendo su avance ante la sensación de disminución de la resistencia de la médula ósea. La aguja bien colocada debe sostenerse sola. Se puede aspirar material de la médula ósea pero si no se obtiene contenido medular se harán fluir 10 mL de solución fisiológica a través de la aguja. El líquido deberá fluir con facilidad, sin originar extravasación ni edema con la infusión. En caso de utilizar como aguja un mandril de aguja teflonada, el estilote debe fijarse utilizando una pinza Kocher solidarizada al miembro con cinta adhesiva. Una vez colocada la aguja se sujetará con la pinza al ras de la piel de forma tal que la pinza se oriente en el mismo sentido del miembro (Figuras 25.5.7 y 25.5.8). Luego se procederá a infundir líquidos a través del acceso vascular mediante presurización o con jeringa a través de una llave de tres vías. Es necesario tomar como precaución que la aguja siempre se encuentre alejada del espacio articular. Nunca debe colocarse en un hueso fracturado o perforado con anterioridad. Tampoco se podrá utilizar un miembro que sufra de una interrupción vascular traumática o quirúrgica; se prefiere que no se utilicen zonas de piel con infecciones.

Los signos que confirman una canulación exitosa son la disminución de la resistencia de la médula ósea al introducir la aguja, la infusión de líquidos sin extravasación ni edema y la aspiración de material de la médula ósea (no constante).

La vía endovenosa o la intraósea son las preferidas para la administración de drogas, pero la vía traqueal puede utilizarse mientras se está estableciendo un acceso vascular.

Por esta vía las dosis de las drogas deben incrementarse 10 veces y deben administrarse diluidas en 5 mL de solución y seguidas de 5 ventilaciones para asegurar su absorción. Las drogas que se pueden administrar son lidocaína, atropina, naloxona y adrenalina.

La utilización de agentes farmacológicos durante el PCR es el paso siguiente a la colocación del acceso vascular.

TABLA N°25.5.7

Vía intraósea: inserción.

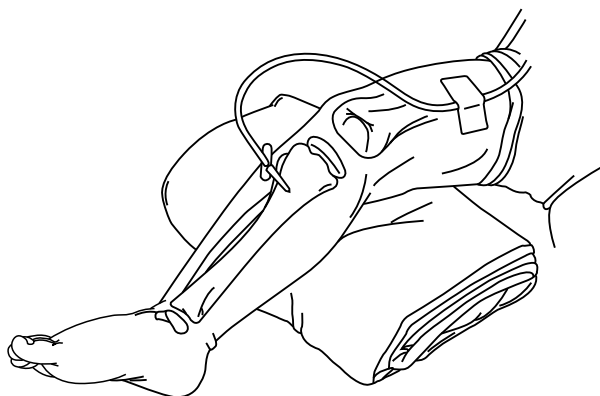
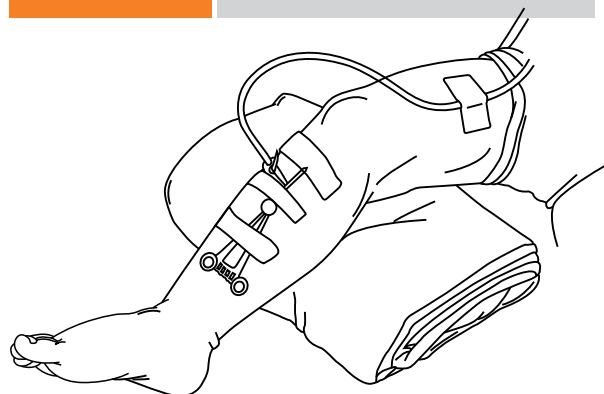


TABLA N°25.5.8

Vía intraósea: fijación.



Adrenalina

La adrenalina continúa siendo la principal droga empleada para el tratamiento del PCR. Es una catecolamina endógena con efectos a y b adrenérgico. El efecto a (vasoconstricción) aumenta la resistencia vascular sistémica y eleva las presiones sistólicas y diástólicas. El efecto b aumenta la contractilidad miocárdica y la frecuencia cardíaca y relaja el músculo liso del lecho vascular del músculo y bronquio. La acción sobre los receptores a adrenérgicos (vasoconstricción) es la más importante de esta droga en el PCR porque aumenta la presión arte-

rial y la presión de perfusión coronaria, aumentando la disponibilidad de O₂ para el corazón.

Indicaciones de la adrenalina:

Tratamiento con bolo EV:

- Paro cardíaco.
- Bradicardia sintomática que no responde a ventilación y administración de O₂.

Tratamiento en infusión continua:

- Hipotensión no relacionada con la pérdida de volumen.
- Bradicardia clínicamente significativa.
- Sobredosis de betabloqueantes.
- Fibrilación ventricular (mejora el umbral para la desfibrilación ventricular).

Dosis:

EV o IO: 0,01 mg/kg (0,1 mL/kg de la solución 1:10 000).

Endotraqueal: 0,1mg/kg (0,1 mL/kg de solución 1:1 000).

Para el PCR persistente se recomienda repetir cada 3 a 5 minutos a igual dosis. No son recomendadas las altas dosis de adrenalina de rutina. Su dosis máxima es de 1 mg/dosis.

Dosis en infusión continua: 0,1 a 1 µg/kg/min.

Dosis intramuscular (IM) en anafilaxia o estado asmático grave: 0,01 mg/kg (0,01 mL/kg de concentración 1:1 000)

Presentación: ampollas de 1 mL (1 mL = 1 mg).

Atropina

El sulfato de atropina es un fármaco parasimpático que aumenta el marcapaso auricular o del nódulo sinusal y la conducción A-V.

Indicaciones de la atropina:

Bradicardia sintomática (generalmente secundaria a estimulación vagal, bloqueo AV).

Intoxicación por drogas colinérgicas (organofosforados, carbamato).

Secuencia rápida de intubación: en el menor de 1 año, entre 1 y 5 años con tratamiento de succinilcolina, en mayores de 5 años con tratamiento de una segunda dosis de succinilcolina.

Dosis:

EV o IO para la bradicardia sintomática: 0,02 mg/kg (dosis mínima 0,1 mg, dosis única máxima 0,5 mg). La dosis se puede repetir en 5 minutos hasta una dosis total máxima de 1 mg en un niño y 3 mg en un adolescente.

Endotraqueal: administrar 0,04 a 0,06 mg/kg.

EV o IO para las intoxicaciones:

- Menores de 12 años: de 0,02 a 0,05 mg/kg inicialmente y, a continuación, dosis repetida cada 20 a 30 minutos hasta que remitan los síntomas muscarínicos.

- Mayores de 12 años: 2 mg inicialmente y, a continuación, de 1 a 2 mg cada 20 a 30 minutos hasta que remitan los síntomas muscarínicos.

Presentación: ampollas de 1 mL (1 mL = 1 mg).

Bicarbonato sódico

La acidosis detectada durante la reanimación es corregida idealmente a través del restablecimiento de la ventilación y la perfusión sistémica efectivas. La administración de bicarbonato de sodio eleva transitoriamente la tensión de CO₂, y se ha mostrado cómo los cambios de PaCO₂ deprimen la función cardíaca con disminución transitoria del pH intracelular. Por esta razón las prioridades del tratamiento en los niños en PCR son la ventilación, las compresiones torácicas y la administración de adrenalina para restablecer la circulación y corregir la isquemia tisular, lo que bastaría para corregir la acidosis. El bicarbonato de sodio no es un fármaco de primera línea para la RCP y tiene indicaciones precisas.

Indicaciones del bicarbonato de sodio:

Acidosis metabólica grave con apoyo ventilatorio eficaz.

Hiperpotasemia e hipermagnesemia.

Intoxicación por bloqueantes de los canales de sodio (sobredosis de antidepresivos tricíclicos).

PCR prolongado (más de 10 minutos).

Dosis EV o IO: 1 mEq/kg en bolo lento (1 mL/kg de bicarbonato 1 Molar sin diluir en mayores de 1 mes). Es importante recordar que la administración de bicarbonato obliga al lavado previo y posterior de la vía con solución fisiológica.

Calcio

El calcio no tiene uso terapéutico habitual durante el PCR. La acumulación de calcio dentro de la célula origina la activación de complejos enzimáticos que producen necrosis celular. En corazones normales, el calcio aumenta la función contráctil del miocardio, pero en caso de isquemia miocárdica hay depleción de las fuentes de energía y se compromete este sistema de bombeo lo que permite la acumulación de calcio intracelular; esta hipercalcemia puede ser tóxica.

Indicaciones del calcio:

Hipocalcemia comprobada.

Hiperpotasemia e hipermagnesemia.

Intoxicación por bloqueantes de los canales de calcio.

No se recomienda para tratar la asistolia ni la actividad eléctrica sin pulso.

Dosis EV o IO: 5-7 mg/kg de calcio elemental. Cloruro de calcio al 10%: 20 mg/kg/dosis (0,2 mL/kg). Gluconato de calcio: 60 a 100 mg/kg

(0,6 a 1 mL/kg) lento. Se puede administrar sin diluir o diluido al medio.

Adenosina

La adenosina es un nucleósido de purina endógeno que produce enlentecimiento de la conducción A-V y causa bradicardia sinusal. Es metabolizada rápidamente por los glóbulos rojos, lo que determina una vida media de 10 segundos y una duración de la acción de 2 minutos.

Indicaciones de la adenosina: taquicardia supraventricular (droga de primera elección).

Dosis EV: 0,1 mg/kg (dosis inicial máxima: 6 mg) en bolo, seguido inmediatamente de 2-5 mL de solución fisiológica. Mientras se realiza el registro electrocardiográfico la dosis de adenosina cargada en una jeringa se conecta a una llave de tres vías. Una segunda jeringa con solución fisiológica conectada a la misma llave se utilizará para lavar rápidamente la adenosina una vez infundida. La administración se debe realizar por el acceso vascular más cercano al corazón debido a que el fármaco actúa a nivel del nódulo AV y en segundos se inactiva; por ello se prefieren los accesos de los miembros superiores a los inferiores. Dosis siguientes: 0,2 mg/kg (dosis máxima 12 mg)
Presentación: ampollas de 2 mL (1 mL = 3 mg).

Glucosa

En los niños pequeños la hipoglucemia es un problema potencial, ya que tienen altos requerimientos de glucosa y reservas disminuidas de glucógeno. En todo paciente grave es necesario llevar a cabo controles de la glucosa sérica; se deberán utilizar pruebas rápidas durante y después del PCR y tratar tempranamente la hipoglucemia.

Indicaciones de glucosa: hipoglucemia documentada o con alta sospecha.

Dosis EV o IO: 0,5 a 1 g/kg de glucosa. Cálculo práctico según la concentración de dextrosa: dextrosa al 50%, 1-2 mL/kg; al 25%, 2-4 mL/kg; al 10%, 5-10 mL/kg; al 5%, 10-20 mL/kg.

Amiodarona

La amiodarona es un antiarrítmico clase III que disminuye la velocidad de conducción del nódulo AV y produce prolongación del intervalo QT.

Indicaciones de la amiodarona:

Taquicardia auricular ectópica y de la unión.

Taquicardia supraventricular.

Taquicardia y fibrilación ventricular.

Dosis:

EV o IO en FV/ TV sin pulso: 5 mg/kg en bolo. Se puede repetir el bolo de 5 mg/kg hasta una dosis total de 15 mg/kg/día (dosis máxima 300 mg).

EV o IO en TV/TSV con pulso: la dosis de carga

es de 5 mg/kg (dosis máxima 300 mg) a pasar en 20-60 minutos; se puede repetir la dosis de 5 mg/kg hasta una dosis total de 15 mg/kg/día. El efecto adverso más frecuente es la hipotensión arterial.

Presentación: ampollas de 3 mL (1 mL = 50 mg).

Alteraciones del ritmo cardíaco

El monitoreo electrocardiográfico de todo paciente críticamente enfermo debe realizarse en forma continua aunque los eventos cardíacos primarios son inusuales en la edad pediátrica. Las arritmias en los niños son frecuentemente la consecuencia de hipoxemia, acidosis e hipotensión.

La ausencia de pulso se asocia con asistolia, FV, TV sin pulso y actividad eléctrica sin pulso (AESP) (Algoritmo 25.5.2). Los ritmos lentos asociados con inestabilidad cardiovascular son secundarios a hipoxia y acidosis o al bloqueo AV (Algoritmo 25.5.3). Los ritmos rápidos asociados a colapso hemodinámico son la TSV y la TV (Algoritmo 25.5.4).

Muchas arritmias son pasibles de tratamiento eléctrico mediante desfibriladores. Los desfibriladores pueden ser manuales (DEM) o automáticos (DEA). Cuando se usa un desfibrilador manual debe tenerse en cuenta el tamaño de las paletas (pediátricas para niños con peso menor a 10 kg y las de tamaño adulto para niños con peso mayor a 10 kg) y la interfaz entre el electrodo y la pared torácica (gel de electrodos o de desfibrilador y gel de lidocaína; no es apropiado usar gel de ecografía ni paletas desprovistas de interfaz). Una de las paletas del desfibrilador se ubica en el hemitórax superior derecho y la otra en el ápex (hacia la izquierda de la tetilla sobre las costillas inferiores izquierdas), siempre con una distancia mínima de 3 cm entre una paleta y la otra. Otra alternativa es ubicar una paleta anterior ligeramente a la izquierda del esternón y otra posterior, interescapular, sobre la parte superior de la espalda.

Los desfibriladores ofrecen dos tipos de descargas, sincrónicas y asincrónicas. La descarga sincronizada o cardioversión es un tratamiento eléctrico donde se sincroniza la energía con el ECG. La cardioversión se emplea para tratar la TSV y la TV con pulsos, con una dosis inicial en joules (J) de 0,5 a 1 J/kg y luego se repite a 2 J/kg.

La desfibrilación, donde la energía no está sincronizada con el ECG, se utiliza para el manejo de las TV y FV sin pulso y las dosis que se emplean son mayores: 2 J/kg y luego 4 J/kg; en caso de requerirse dosis posteriores deben ser mayores a 4 J/kg, con un máximo de 10 J/kg.

La desfibrilación se debe intentar inmediatamente después de reconocido el ritmo para descarga, realizando RCP hasta que el desfibrilador esté lis-

to para entregar la descarga. Dar una descarga de 2 J/kg e inmediatamente realizar RCP comenzando con las compresiones torácicas. Luego de 2 minutos se chequea el ritmo. Si persiste un ritmo que requiere descarga se dará una descarga de 4 J/kg y se iniciarán las compresiones inmediatamente. Se administra adrenalina mientras se carga el desfibrilador o luego de la descarga. Luego de 2 minutos de RCP se rechequea el ritmo. Si persiste un ritmo que requiere descarga se dará otra mayor a 4 J/kg con un máximo de 10 J/kg y se administrará amiodarona mientras se realiza RCP por 2 minutos.

Los DEA detectan ritmos que requieren shock eléctrico: FV/TV. Cuando se usa en niños se debe utilizar un DEA equipado con sistema de atenuación pediátrico, el cual disminuye la energía entregada a las dosis apropiadas para niños. Si no se cuenta con un DEA equipado con atenuador pediátrico se puede usar un DEA estándar. En los lactantes se prefiere el uso de un desfibrilador manual en lugar de un DEA, pero si no se dispone de un desfibrilador manual se puede utilizar un DEA.

Fluidos en reanimación cardiopulmonar

La hipovolemia es la causa más común de shock en la edad pediátrica. Casi todas las formas de shock exigen considerar la expansión con volumen en el tratamiento inicial. Las expansiones podrán realizarse con cristaloides (Ringer lactato o solución fisiológica) o coloides. La dosis es de 20 mL/kg y el tiempo de 5 a 10 minutos. La rápida restitución de la volemia en un paciente en shock es importante para prevenir la progresión al shock refractario o paro cardíaco. El reemplazo de sangre se indicará en hemorragia aguda grave que persiste con signos de shock a pesar de tres bolos de solución cristaloides.

En el paciente en paro con antecedente de traumatismo (maltrato infantil, hemorragias internas, etc.) sin respuesta a una correcta oxige-

nación, ventilación, masaje cardíaco y adrenalina, puede considerarse la administración de 20 mL/kg de solución cristaloides en bolo.

Consideraciones finales

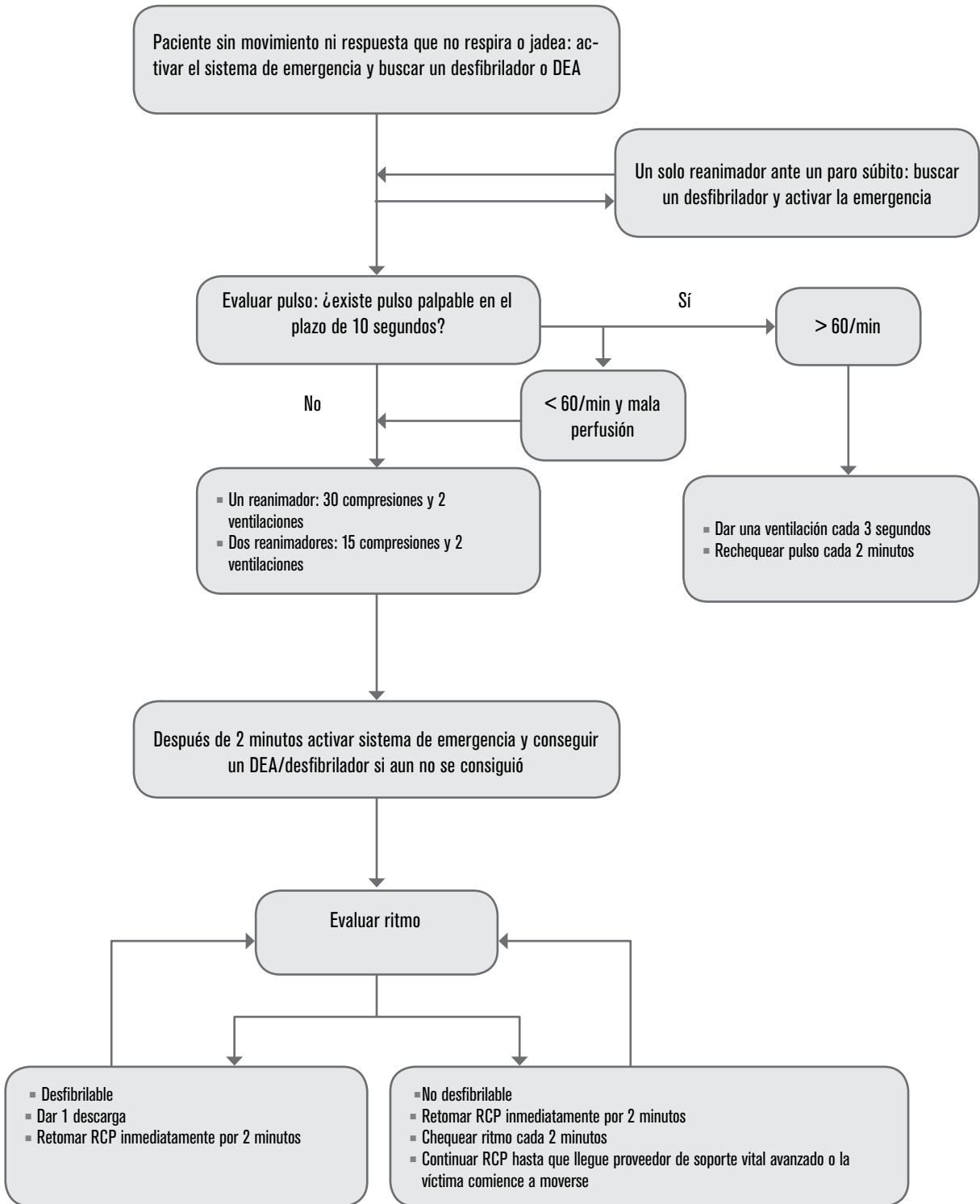
Después de la recuperación de la circulación espontánea en un PCR, los objetivos del tratamiento posterior a la reanimación son: preservar la función cerebral y evitar una lesión orgánica secundaria, diagnosticar y tratar la causa de la enfermedad, y permitir que el paciente se transporte al área de cuidados definitivos en un estado fisiológico óptimo.

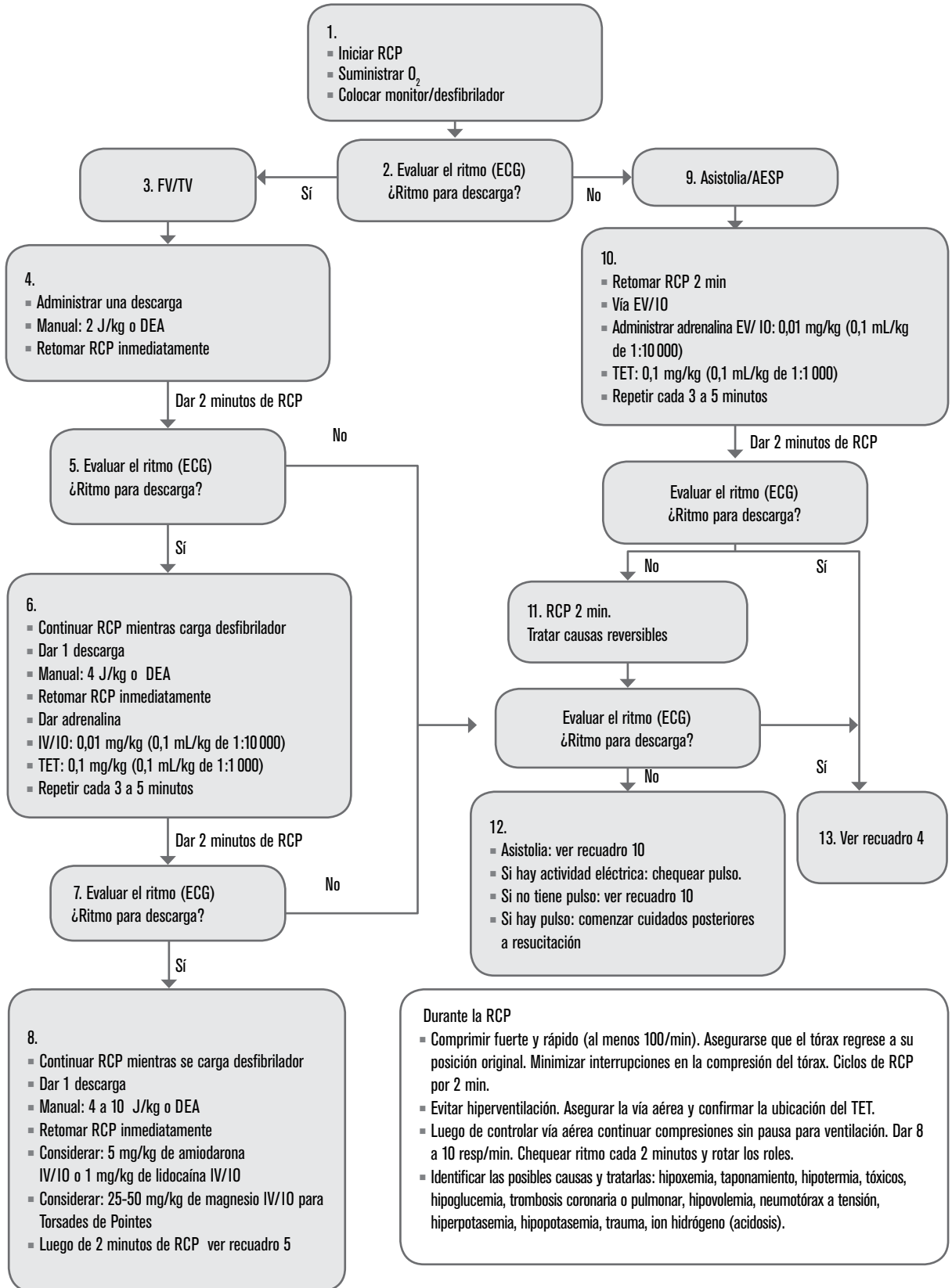
Una de las medidas que permiten preservar la función cerebral es mantener la normocapnia, evitando la hiperventilación. Con el mismo sentido es importante evitar la hipoglucemia, dado que la asociación de la hipoglucemia con hipoxia e isquemia empeora notablemente el pronóstico neurológico. La hipotermia puede ser beneficiosa para la lesión cerebral; después de la resucitación, una temperatura de 32° a 34° C durante 12 a 24 horas puede ayudar a la recuperación de la función cerebral.

Una vez restaurada la circulación es razonable titular el oxígeno inspirado para limitar la hiperoxia. Es conveniente titular el oxígeno para mantener la saturación de hemoglobina en un nivel entre 94 y 99%, evitando saturaciones de 100%. El control de la hipertermia, las convulsiones y las alteraciones metabólicas son medidas que contribuyen a evitar la lesión neurológica secundaria.

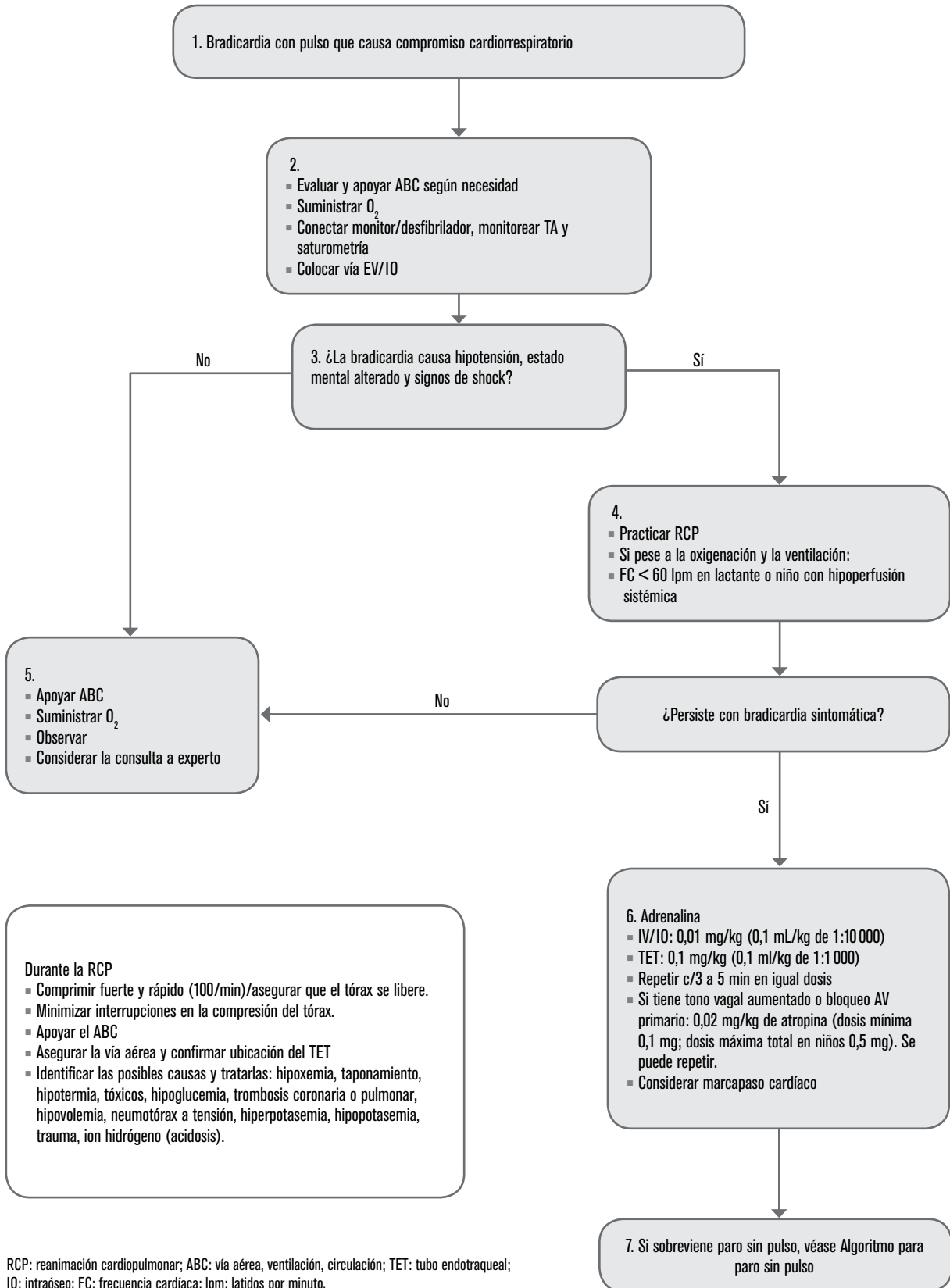
Otra consecuencia asociada al PCR es la disfunción miocárdica que debe tratarse con drogas vasoactivas a través de una vía EV segura.

Es necesaria una frecuente reevaluación, dado que el estado cardiorrespiratorio puede deteriorarse, el paciente debe controlarse en el área de cuidados intensivos para diagnóstico y tratamiento de la disfunción orgánica y disminuir así la morbilidad y mortalidad posterior.





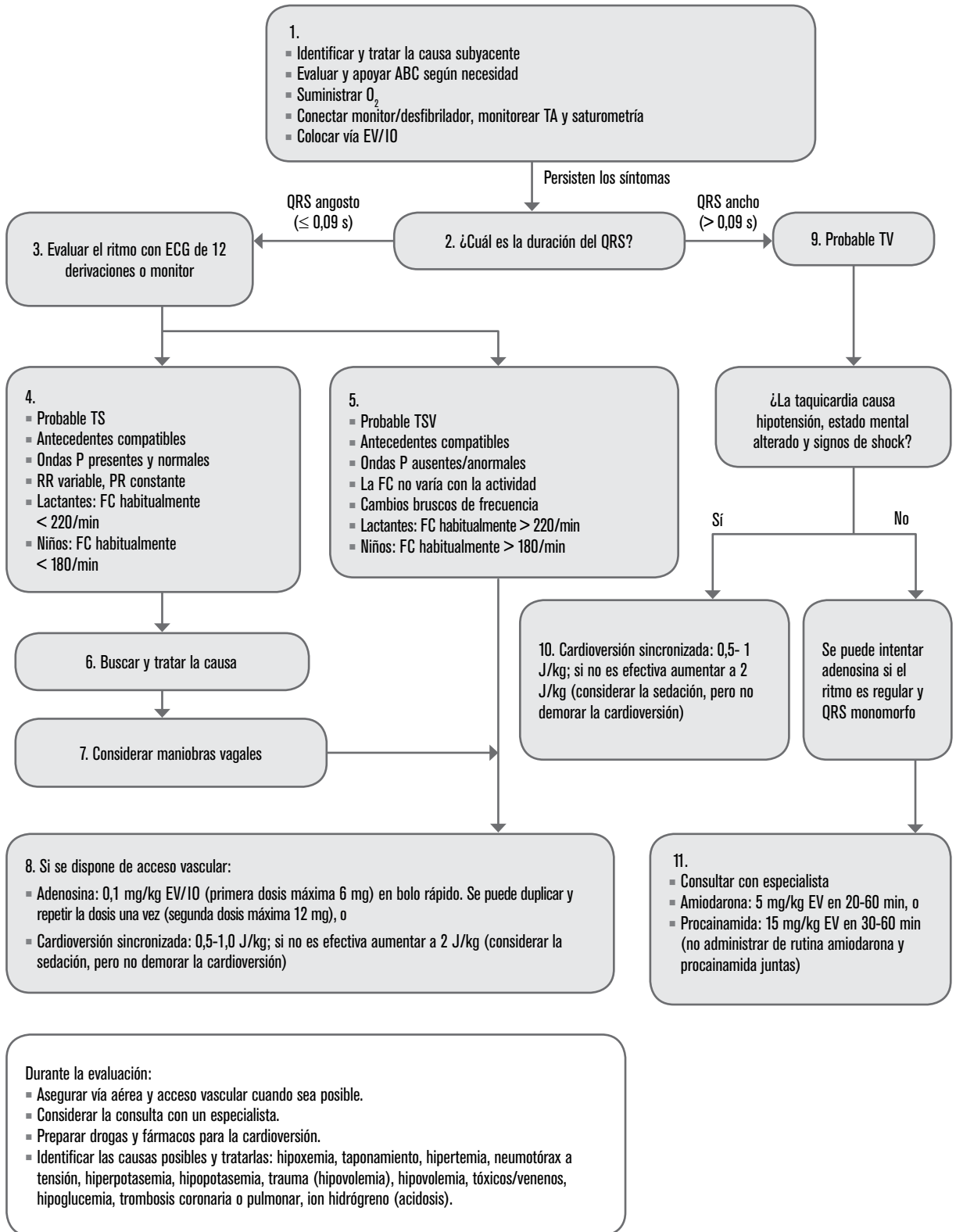
AESP: actividad eléctrica sin pulso; RCP: reanimación cardiopulmonar; DEA: desfibrilador automático; TET: tubo endotraqueal; FV/TV: fibrilación ventricular/taquicardia ventricular.



Durante la RCP

- Comprimir fuerte y rápido (100/min)/asegurar que el tórax se libere.
- Minimizar interrupciones en la compresión del tórax.
- Apoyar el ABC
- Asegurar la vía aérea y confirmar ubicación del TET
- Identificar las posibles causas y tratarlas: hipoxemia, taponamiento, hipotermia, tóxicos, hipoglucemia, trombosis coronaria o pulmonar, hipovolemia, neumotórax a tensión, hiperpotasemia, hipopotasemia, trauma, ion hidrógeno (acidosis).

RCP: reanimación cardiopulmonar; ABC: vía aérea, ventilación, circulación; TET: tubo endotraqueal; IO: intraóseo; FC: frecuencia cardíaca; lpm: latidos por minuto.



ABC: vía aérea, ventilación, circulación ; TV: taquicardia ventricular; TS: taquicardia sinusal; FC: frecuencia cardíaca; lpm: latidos por minuto; TSV: taquicardia supraventricular.

Durante la evaluación:

- Asegurar vía aérea y acceso vascular cuando sea posible.
- Considerar la consulta con un especialista.
- Preparar drogas y fármacos para la cardioversión.
- Identificar las causas posibles y tratarlas: hipoxemia, taponamiento, hipertemia, neumotórax a tensión, hiperpotasemia, hipopotasemia, trauma (hipovolemia), hipovolemia, tóxicos/venenos, hipoglucemia, trombosis coronaria o pulmonar, ion hidrógeno (acidosis).

Bibliografía

- Berg MD, Schexnayder SM, Chameides L, et al. Part 13: pediatric basic life support: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2010; 122(3): 862-75.
- Berg RA, Samson RA, Berg MD, et al. Better outcome after pediatric defibrillation dosage than adult dosage in a swine model of pediatric ventricular fibrillation. *J Am Coll Cardiol* 2005; 45: 786-9.
- Dorph E, Wik L, Steen PA. Effectiveness of ventilation compression ratios 1:5 and 2:15 in simulated single rescuer paediatric resuscitation. *Resuscitation* 2002; 54: 259-64.
- Ewy G.A., Zuercher M., Hilwig R.W., et al: Improved neurological outcome with continuous chest compressions compared with 30:2 compressions-to-ventilations cardiopulmonary resuscitation in a realistic swine model of out-of-hospital cardiac arrest. *Circulation* 2007; 116(22): 2525-30.
- Field JM, Hazinski MF, Sayre MR, et al. Part 1: executive summary: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation* 2010; 122(3): 640-56.
- Kern KB, Hilwig RW, Ewy GA. Importance of continuous chest compressions during cardiopulmonary resuscitation: improved outcome during a simulated single lay-rescuer scenario. *Circulation* 2002; 105: 645-9.
- Kleinman ME, Chameides L, Schexnayder SM, et al. Part 14: pediatric advanced life support: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation* 2010; 122(3): 876-908.
- Libro de bolsillo de atención cardiovascular de emergencia para profesionales de la salud de 2010. Dallas: *American Heart Association*, 2010.
- Nadkarni VM, Larkin GL, Peberdy MA, et al. First documented rhythm and clinical outcome from in-hospital cardiac arrest among children and adults. *Jama* 2006; 295(1): 50-7.
- Nolan JP, Hazinski MF, Billi JE, et al. Part 1: executive summary: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Resuscitation* 2010; 81: 1-25.
- Perondi M, Reis A, Paiva E, Nadkarni V, Berg RA. A comparison of high-dose and standard-dose epinephrine in children with cardiac arrest. *N Engl J Med* 2004; 350: 1722-30.
- Sociedad Argentina de Pediatría, Comité Nacional de Terapia Intensiva y Programa de Emergencia y Reanimación Avanzada (ERA). II Consenso de reanimación cardiopulmonar pediátrica 2006. *Arch Argent Pediatr* 2006; 104: 461-9 y 543-53.

Fiebre reumática

Alejandra Pringe ▪ María Isabel Brusco ▪ María B. Marcantoni ▪ Rubén J. Cuttica

Definición

La fiebre reumática (FR) es una enfermedad sistémica caracterizada por reacciones inflamatorias locales o difusas del tejido conectivo que afecta, fundamentalmente, el sistema articular, cardiovascular y sistema nervioso central. La enfermedad cardíaca es la manifestación más grave. Puede evolucionar a la cronicidad, lo que confiere gravedad al pronóstico.

Etiología

La FR es una complicación no supurativa de una infección faríngea causada por el estreptococo beta hemolítico del grupo A (EβHA) no tratada o inadecuadamente tratada.

Se presenta después de un período de latencia que oscila entre 1 a 3 semanas en la poliartritis y carditis, y entre 3 a 6 meses en la corea. Desde el punto de vista clínico no siempre se registra el antecedente de faringitis, ya que la infección faríngea no siempre es sintomática (solo 30% de las faringitis presentan síntomas evidentes).

Epidemiología

La FR se caracteriza por sus frecuentes brotes y recidivas (especialmente, en los tres primeros años del brote). Afecta, fundamentalmente, a niños y adolescentes.

Las personas con antecedentes familiares de FR son más proclives a padecerla.

La mayor frecuencia de FR se registra en las poblaciones que viven en hacinamiento, en el conurbano de las grandes ciudades, sin acceso a la atención médica y con bajo nivel sociocultural. También se ha descrito en áreas rurales.

Las estadísticas en países desarrollados ubican la incidencia de FR en 0,5/100 000 habitantes.

Formas clínicas

Las formas clínicas, según la clasificación de Kreutzer modificada, se incluyen en la Tabla 22.4.1.

Manifestaciones clínicas

Generales

Fiebre, palidez, anorexia, astenia, pérdida de peso, vómitos, taquicardia (excepto en la corea).

TABLA N°22.4.1

Formas clínicas. Clasificación de la fiebre reumática (Kreutzer modificada)

Clase	Características clínicas
I	Poliartritis o corea
II	Carditis sin agrandamiento cardíaco
III	Carditis con agrandamiento cardíaco
IV	Carditis con insuficiencia cardíaca inicial
V	Carditis crónicamente activa
VI	Valvulopatía residual: Sin agrandamiento cardíaco Con agrandamiento cardíaco Con insuficiencia cardíaca

Articulares

Poliartritis migratriz que afecta grandes articulaciones, sumamente dolorosa con impotencia funcional. Las manifestaciones articulares son fugaces (más de 24 horas y menos de una semana en la misma articulación), nunca dejan secuelas y es frecuente el compromiso de la primera articulación metatarsofalángica.

En pacientes pequeños, se presenta con menor gravedad y localizaciones atípicas: pequeñas articulaciones o monoarticular. La respuesta de la artritis a la aspirina es sumamente rápida.

Cardíacas

Auscultación:

- Soplo holosistólico de insuficiencia mitral que irradia a axila y no se modifica con el decúbito.
- Soplo diastólico de insuficiencia aórtica.
- Cuando la carditis está activa se ausculta un R3 con soplo mesodiastólico.
- Frotes pericárdicos.

A mayor gravedad de la carditis, mayor posibilidad de compromiso simultáneo aórtico y mitral.

- Esto aumenta el riesgo de recidiva.

La carditis se acompaña de taquicardia en des-

proporción con la fiebre; primer ruido habitualmente disminuido; prolongación PR en ECG.

Corea

Manifestación tardía de la enfermedad. Aparece luego de un período de latencia de 3 a 6 meses después de la infección estreptocócica. El inicio de los síntomas se presenta con cambios de carácter, afectividad, torpeza de movimientos y debilidad muscular. Movimientos involuntarios incoordinados que se exacerban con las emociones y desaparecen con el sueño. Suelen persistir semanas o meses, pero siempre se autolimitan. Predominan en miembros superiores y pueden generalizarse o presentarse en un hemicerpo (hemicorea).

El largo período de latencia entre la infección y la aparición de la corea es la razón por la cual esta no se presenta asociada a poliartritis en el primer brote de la enfermedad.

La asociación corea-artritis sólo se presenta si previamente al desarrollo de los síntomas coreicos el paciente padece una nueva infección por estreptococo en cuyo caso se trataría de una recidiva y no un primer brote.

En general, la corea no se acompaña de manifestaciones generales ni reactantes de fase aguda y puede tener títulos normales de anticuerpos antiestreptolisina (ASTO).

Nódulos subcutáneos

Son de tamaño pequeño o mediano, habitualmente no dolorosos y frecuentemente múltiples. Se localizan en zona de roce, cara extensora de articulaciones, región occipital y apófisis espinosas.

Eritema marginado

Máculas de tamaño variable con centro pálido y un borde eritematoso. Son circulares, pero pueden confluir. Habitualmente es fugaz, dura 48 horas, pero puede ser recurrente. Se localiza en tórax, abdomen y raíz de miembros. Nunca afecta la cara, no es doloroso ni pruriginoso, no descama y aumenta con el calor.

Diagnóstico (Algoritmo 22.4.1)

El diagnóstico es clínico. La presencia de dos criterios mayores o un criterio mayor y dos menores indica FR, si hay evidencia de infección estreptocócica previa como elevación de ASTO o cultivo positivo para EβHA (Tabla 22.4.2).

Anamnesis

- Antecedente de faringitis previa, escarlatina o infección respiratoria de vía aérea superior.
- Antecedentes de brotes previos de FR, forma clínica, tratamiento recibido, prevención reali-

zada, último episodio; inicio, características y duración de los síntomas.

- Antecedentes familiares de FR.

Examen físico

- Estado general, peso, temperatura axilar, presión arterial, características de pulso.
- Examen de fauces y linfoganglionar.
- Evaluación de la piel y las mucosas: búsqueda de nódulos subcutáneos, eritema marginado, edemas.
- Examen articular de grandes y pequeñas articulaciones: número de articulaciones tumefactas, dolor espontáneo o a la movilidad articular, coloración y temperatura.
- Examen cardiovascular que incluya inspección precordial y cuello, choque de la punta, auscultación de ruidos cardíacos, soplos audibles, presencia de frote, R3.
- Examen neurológico: cambios de carácter, labilidad emocional, trastornos del habla y escritura, fasciculaciones, movimientos anormales.

Exámenes complementarios

- Hemograma, ERS, proteína C reactiva, glucemia, hepatograma, proteinograma electroforético, LDH, CPK, CPK MB, uremia, creatinemia, análisis químico y de sedimento urinario.
- Cultivo de fauces, ASTO, *streptozyme*. Tanto para ASTO como para *streptozyme* se deben realizar dos o más determinaciones con intervalo de 10 a 15 días para obtener una curva. Cuando la infección fue reciente debe observarse una variación de más de dos diluciones en dos determinaciones consecutivas.
- Telerradiografía de tórax: frente y perfil izquierdo con relleno esofágico para evaluar agrandamientos de la aurícula izquierda.
- Evaluación cardiológica con electrocardiograma y ecocardiograma.

Diagnóstico diferencial

- AIJ: se compromete además la columna cervical y pequeñas articulaciones, y con una duración superior a 6 semanas.
- AIJ de inicio sistémico: fiebre, exantema, poliadenoopatías, hepatoesplenomegalia y serositis.
- Lupus eritematoso sistémico (LES): el compromiso articular puede ser inicialmente migratorio. La corea puede ser la primera manifestación en LES.
- Púrpura de Schönlein-Henoch: puede tener como etiología la infección por EβHA. El compromiso articular puede preceder a la vasculitis.
- Infecciones virales: mononucleosis, rubéola, hepatitis, varicela parvovirus B19.
- Poliartritis nodosa: puede estar asociada a EβHA.

- Artritis reactivas: *Salmonella*, *Shigella*, *Yersinia*.
- Endocarditis infecciosa.
- Artritis infecciosa.

Criterios de internación

Deben internarse todos los pacientes en el período agudo de la enfermedad y aquellos que presenten corea.

Tratamiento (Tabla 22.4.3 y Algoritmo 22.4.1)

Medidas generales

El paciente debe permanecer en reposo, en cama, mientras persista la actividad reumática.

Dieta hiposódica para pacientes con FR Clase III a VI y en caso de tratamiento con corticoides.

Tratamiento médico

- Aspirina o corticoides como antiinflamatorios.
- Antibióticos.
- Penicilina benzatínica: 1 200 000 UI cada 15 días el primer mes y luego cada 28 días como prevención secundaria.

En casos de alergia a la penicilina: eritromicina 30 a 50 mg/kg/día cada 8 horas VO 10 días y luego continuar con 250 mg VO dos veces por día como prevención secundaria.

- En FR clases I y II, si la aspirina es efectiva, debe mantenerse la dosis durante 2-3 semanas o hasta ERS normal. Luego, se debe disminuir 50% dosis y continuar durante 2 a 4 semanas más.
- En las clases III, IV y V, se indica prednisona:
 - Pacientes hasta 25 kilos de peso: 2 mg/kg/día, VO.
 - Pacientes entre 25 y 40 kilos: 1,5 mg/kg/día, VO.
 - Pacientes más de 40 kilos: 1 mg/kg/día, VO.

La dosis inicial de prednisona para cada paciente según peso y clase funcional se mantiene un mes para luego descender 20% cada semana y se suspende en cinco semanas, si la evolución clínica del paciente lo permite. Cuando se comienza a reducir la dosis de prednisona, se indican 50 mg/kg/día de aspirina, VO. Antes de administrar corticoides realizar radiografía de tórax y PPD2 UT.

TABLA N°22.4.3

Tratamiento de la fiebre reumática

Clase	Características clínicas	Reposo absoluto	Reposo relativo	Antiinflamatorio
I	Poliartritis o corea	15 días-1 mes	1 mes	<ul style="list-style-type: none"> • Aspirina: 50 mg/kg/día c/6 h VO. • Si en 24-48 h no mejora aumentar a 80 mg/kg/día • Si no mejora en 48 h dar prednisona a 1 mg/kg/día VO una semana
II	Carditis sin agrandamiento cardíaco	2 meses	2 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Aspirina: 50 mg/kg/día c/6 h VO • Si en 24-48 h no mejora aumentar 80 mg/kg/día • Si no mejora en 48 h dar prednisona a 1 mg/kg/día durante una semana
III	Carditis con agrandamiento cardíaco	3 meses	3 meses	Prednisona: 1-2 mg/kg/día VO
IV	Carditis con insuficiencia cardíaca inicial	4 meses	4 meses	Prednisona: 1-2 mg/kg/día VO
V	Carditis crónicamente activa	4-6 meses	4-6 meses	Prednisona: 1-2 mg/kg/día VO
VI	Valvulopatía residual: <ul style="list-style-type: none"> • Sin agrandamiento cardíaco • Con agrandamiento cardíaco • Con insuficiencia cardíaca 	De acuerdo con valvulopatía*	De acuerdo con valvulopatía*	No

* Luego del año del brote inicial si queda valvulopatía: si no tiene agrandamiento cardíaco, vida normal, pero evitando deportes competitivos; con agrandamiento cardíaco, vida relativamente normal, evitar esfuerzos.

Tratamiento particular de la corea

Administrar haloperidol, inicialmente 3 gotas dos veces por día; se aumenta una gota cada 48 horas; si no hay mejoría, se administrarán 0,025-0,05 mg/kg/día de haloperidol cada 12 horas + 1 mg/kg/día de clorpromazina, VO, en dos tomas. Ante la mejoría del cuadro, se desciende lentamente. El haloperidol se presenta en comprimidos de 1,5 y 10 mg y gotas 2 mg/mL (0,1 mg/gota), y la clorpromazina en comprimidos de 25 y 100 mg. Eventualmente se indicará tratamiento quirúrgico. El paciente y la familia deben realizar tratamiento psicológico.

Prevención secundaria

- Penicilina G benzatinica:
 - 1 200 000 UI cada 28 días, intramuscular, en pacientes hasta 50 kg.
 - 2 400 000 UI cada 28 días, intramuscular, en pacientes de peso mayor a 50 kg.
- Duración de la prevención secundaria:
 - Mínimo de 5 años o hasta superar la escola-

ridad secundaria cuando en el brote presentaron artritis o corea.

- Pacientes con carditis y valvulopatía residual, de por vida.
- Opción vía oral:
 - Penicilina: 200 000 UI dos veces por día.
 - Eritromicina: 250 mg dos veces por día.

Pronóstico y seguimiento

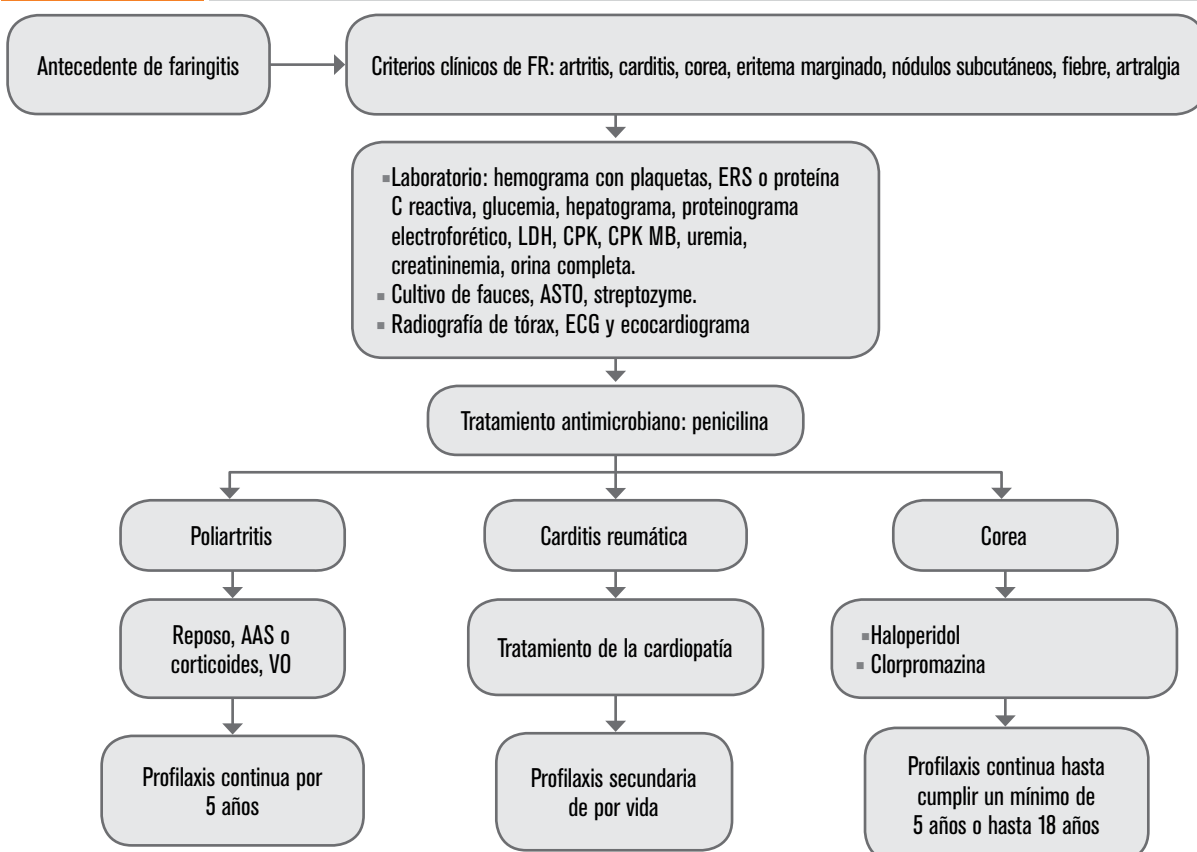
En general, el pronóstico es bueno. En la etapa aguda la carditis puede provocar complicaciones relacionadas con falla cardíaca, taquiarritmias y bloqueo cardíaco. Las complicaciones tardías dependen del grado de disfunción valvular y de la miocardiopatía secundaria.

Es importante un adecuado tratamiento de las infecciones estreptocócicas con antibióticos y profilaxis secundaria.

Los pacientes con carditis requieren profilaxis de endocarditis infecciosa ante procedimientos quirúrgicos.

ALGORITMO N°22.4.1

Fiebre reumática: diagnóstico y tratamiento.



FR: fiebre reumática; AAS: ácido acetilsalicílico.

Bibliografía

Cassidy JT, Petty M. Textbook of pediatric rheumatology. 5° ed. Philadelphia: Elsevier, 2005.

Convulsiones

Adrián Binelli

Definición

En la crisis epiléptica (o convulsiva) se presentan, de manera transitoria, signos o síntomas derivados de una actividad neuronal anormal excesiva. Según el área de la corteza cerebral donde se localice la descarga será la manifestación clínica.

La epilepsia es el trastorno cerebral caracterizado por una predisposición duradera a generar crisis epilépticas y por las consecuencias neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales de esta condición. Una sola crisis puede ser suficiente para confirmar el diagnóstico.

Los tipos de crisis epiléptica son:

- Eventos críticos que representan un único mecanismo fisiopatológico e involucran un mismo sustrato anatómico. Tienen valor etiológico, terapéutico y pronóstico.
- Síndrome epiléptico: grupo de signos y síntomas que definen una única condición epiléptica; incluye más información que el tipo de crisis, como es el mecanismo, la causa o el pronóstico.
- Encefalopatía epiléptica: cuadro epiléptico en el que las crisis contribuyen a un deterioro progresivo de las funciones cerebrales.
- Síndrome epiléptico benigno: caracterizado por crisis fácilmente tratadas, que requieren o no medicación y pueden remitir espontáneamente con el paso del tiempo.

Etiología

Según su etiología se pueden dividir en dos grandes grupos:

- Convulsiones sintomáticas:
 - Agudas: se presentan en asociación temporal con un daño agudo y generalmente reversible (traumático, tóxico, metabólico, infeccioso, vascular, etc.). No son consideradas como epilepsias.
 - Crónicas o remotas: asociadas a una lesión cerebral crónica (displasia cortical, tumor, secuela perinatal, malformación cerebral, etc.). Son las epilepsias secundarias o sintomáticas.
- Convulsiones idiopáticas primarias: no están asociadas a ningún evento agudo o crónico de agresión cerebral.

Epidemiología

Mientras que la prevalencia en países industrializados es de 3 a 9 casos por 1 000 habitantes, en países tropicales oscila entre 49 y 57 casos por 1 000 habitantes. Existen diversos factores que pueden explicar la elevada prevalencia de la epilepsia en los trópicos, como una exposición mayor a factores de riesgo prenatal, una frecuencia muy elevada de traumatismos craneoencefálicos y la presencia de diversas parasitosis del sistema nervioso central. La prevalencia de epilepsia crónica activa (definida como la presencia de al menos una crisis en los últimos cinco años) es mayor, y se debe fundamentalmente a los traumatismos craneales y a las infecciones.

Formas clínicas

Según la manifestación clínica de la crisis se pueden distinguir dos grandes grupos que se mencionan en la Tabla 18.3.1.

Cuando las crisis convulsivas duran más de 30 minutos se denominan crisis continuas, estado de mal epiléptico o estatus epiléptico. Desde un punto de vista teórico cualquier síndrome epiléptico puede llegar al estatus. De acuerdo con la manifestación clínica se pueden clasificar en: estatus convulsivos generalizados, estatus convulsivos focales y estatus no convulsivos.

- Estatus generalizados:
 - Tónico-clónico
 - Clónico
 - Ausencias
 - Tónico
 - Mioclónico
- Estatus focales:
 - Epilepsia parcial continua
 - Aura continua
 - Psicomotor
 - Hemiconvulsivo con hemiparesia
 - Estatus en epilepsias focales benignas

Los estatus epilépticos tónico-clónico y clónico son emergencias pediátricas que cuando persisten cierto tiempo, llevan al daño cerebral irreversible o a la muerte, cualquiera sea su etiología. La extensión del daño celular variará de acuerdo con la duración, la intensidad y la topografía de la descarga.

Extraído del Libro: Hospital General de Niños Pedro de Elizalde. Criterios de diagnóstico y tratamiento en Pediatría. Segunda Edición. Buenos Aires: Ediciones Journal, 2012. Para mayor información escribir a: info@journal.com.ar

TABLA N°18.3.1

Crisis generalizadas y focales

Crisis generalizadas	Crisis focales
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tónico-clónicas ▪ Clónicas ▪ Ausencias típicas ▪ Ausencias atípicas ▪ Ausencias mioclónicas ▪ Tónicas ▪ Espasmos ▪ Mioclónicas ▪ Mioclonías palpebrales ▪ Mioclono negativo ▪ Atónicas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensoriales <ul style="list-style-type: none"> ▪ Con síntomas elementales sensitivos ▪ Con síntomas experienciales ▪ Motoras <ul style="list-style-type: none"> ▪ Con signos motores clónicos elementales ▪ Con signos tónicos asimétricos ▪ Con automatismos típicos temporales ▪ Con automatismos hipercinéticos ▪ Con mioclono negativo focal ▪ Con crisis motoras inhibitorias ▪ Gelásticas (risa) ▪ Hemiclónicas ▪ Secundariamente generalizadas

Diagnóstico

Examen físico

- Valoración de la conciencia, con puntaje de Glasgow.
- Inspección del paciente, para detectar rápidamente traumatismos, signos de abuso o maltrato, piquetes de jeringas, etc.
- Examen neurológico propiamente dicho, de pares craneales, fondo de ojo, reflejos osteotendinosos y valoración de la taxia.

Anamnesis

Forma de inicio (si fue focal, si progresó o no hacia otros segmentos corporales), duración, signos asociados, presencia o ausencia de compromiso de la conciencia, si hubo aura debe especificarse el tipo de síntomas asociados (psíquicos, sensoriales, autonómicos, automatismos, movimientos estereotipados, etc.), duración del período posictal, antecedentes de la enfermedad actual, antecedentes familiares de convulsiones o epilepsia, tiempo de evolución, curso evolutivo (epilepsia encefalopática o no encefalopática), esquema de medicación hasta entonces, antecedentes de otras patologías neurológicas, antecedentes de enfermedad sistémica.

En cuanto a los antecedentes socioambientales, se pone especial énfasis en la eventual exposición a fármacos, sustancias de abuso y tóxicos ambientales como desechos industriales.

Exámenes complementarios

Laboratorio

Hemograma, eritrosedimentación, ionograma, glucemia, urea, calcio, fósforo y magnesio, estado acidobásico; orina (examen químico y sedimento); LCR (eventualmente).

Diagnóstico por imágenes

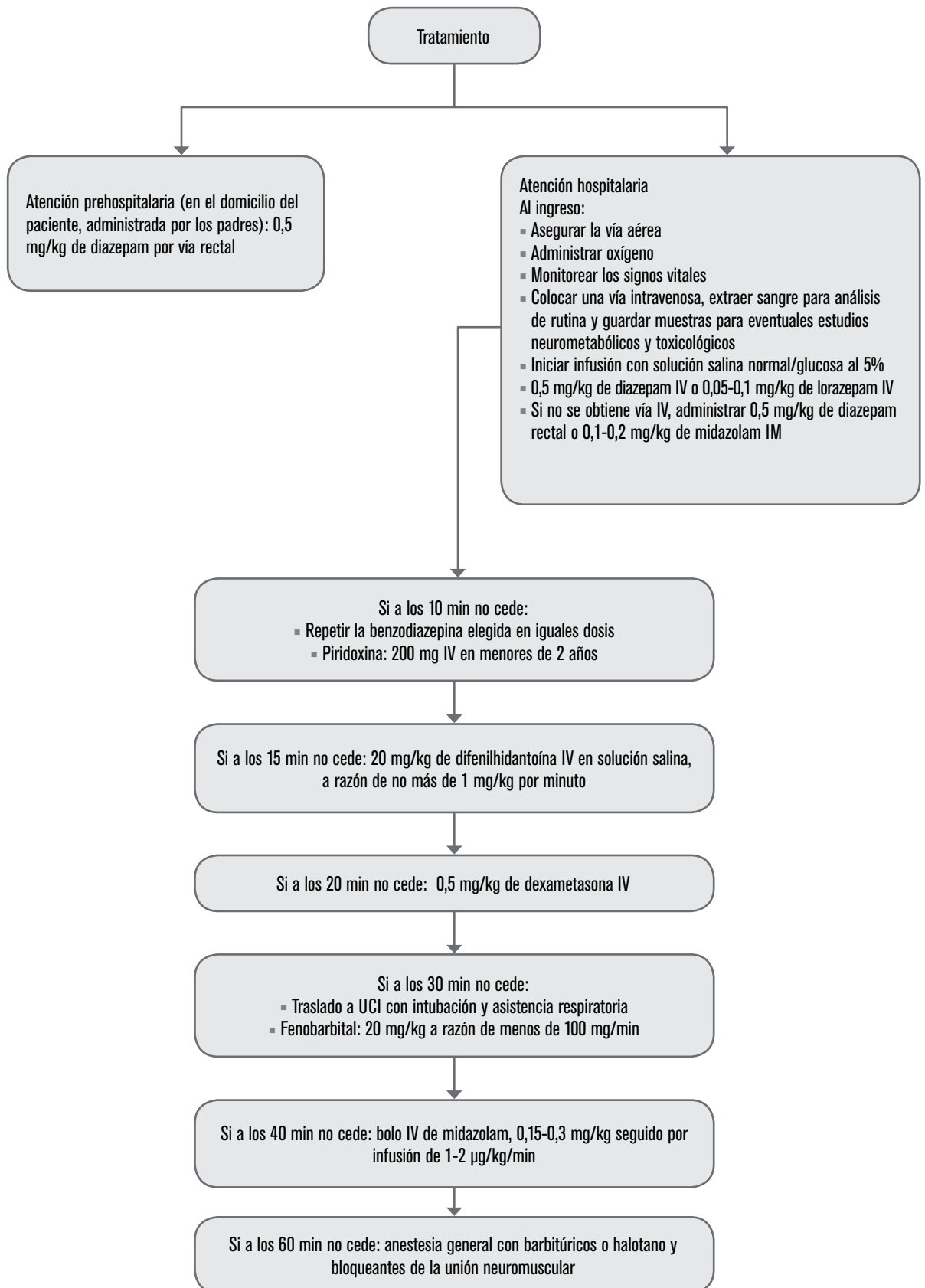
Ecografía cerebral en lactantes y TC o RM en niños. En casos especiales considerar angiografía y angiografía digital.

Otros

EEG con activación compleja, EEG de sueño, polisomnografía, videoEEG.

Diagnóstico diferencial

- Espasmo de sollozo: en niños de 3 meses a 3 años las crisis son precedidas de llanto, rabieta, golpes, generalmente sin movimientos clínicos.
- Síncopes: más frecuentes en la infancia tardía, preadolescencia y en las mujeres; asociados a palidez o sudoración, se presentan especialmente en lugares cerrados; signos previos de hipotensión ortostática, antecedentes familiares de hipotensión arterial, rápida recuperación, no suele haber movimientos asociados.
- Vértigo paroxístico benigno: afecta a niños de 1 a 3 años; está asociado a lateropulsión y nistagmo, brusca pérdida del equilibrio (breve, de segundos de duración); no hay compromiso de la conciencia; antecedentes familiares de migraña.
- Mioclonías benignas del lactante: se manifiestan en los lactantes entre los 3 y 6 meses de edad durante el sueño REM, en pacientes con adecuado desarrollo neurológico.
- Mioclonías benignas de la infancia: tienen lugar en la infancia temprana, durante la vigilia; no afectan el desarrollo neurológico y son más comunes en varones; EEG normal; suelen asociarse con cuadros febriles.
- *Spasmus nutans*: movimientos de negación cefálica asociados a nistagmo asimétrico, que remiten en pocas semanas; afecta a lactantes con buen desarrollo neurológico.
- Distonías paroxísticas: provocadas por movimientos (kinesigénicas), suelen aparecer en pacientes con patología orgánica neurológica de base (encefalopatía no evolutiva, enfermedades neurometabólicas, etc.).



- Enfermedades extrapiramidales: tics, temblores, movimientos coreicos. Pueden eventualmente plantear dudas respecto de su origen; sin embargo, su incremento ante situaciones de estrés, su carácter no intencional y su desaparición durante el sueño orientan hacia un compromiso de los ganglios de la base.
- Crisis psíquicas: trastornos somatomorfos.

Criterios de internación

Debe ser internado:

- Todo paciente que ingrese a la guardia con convulsiones o en estado posconvulsivo inmediato, cualquiera fuera su edad, su estado clínico neurológico, sus antecedentes, esté febril o no, salvo que se trate de un conocido epiléptico.
- Todo paciente que luego de una crisis convulsiva presente algún signo neurológico: compromiso de la conciencia no atribuible a la depresión posictal del sensorio o sensorio alternante, ataxia, déficit motor como paresias, signos meníngeos, fontanela tensa o "bombé" en lactantes o fracturas de cráneo.
- Cualquier paciente en estatus epiléptico. En este caso particular, además de las medidas detalladas más abajo se debe dar aviso inmediatamente a terapia intensiva para preparar una eventual derivación en caso de fracasar la terapia anticonvulsivante.

Tratamiento

Tratamiento crónico de las epilepsias primarias o secundarias

Solo se pueden dar algunos lineamientos generales dado que la respuesta a la medicación no siempre es constante. Podemos dividir a las drogas antiepilépticas (DAE) en dos grandes grupos: las que actúan especialmente en las crisis focales y tónico-clónicas generalizadas (todas las DAE salvo la etosuximida) y las que actúan en crisis generalizadas (ácido valproico, lamotrigina, topiramato, levetiracetam, zonisamida,

benzodiazepinas). La etosuximida es efectiva especialmente en las ausencias y vigabtrina, valproato, topiramato y ACTH especialmente en el síndrome de West.

Tratamiento del estatus epiléptico

Tener en cuenta que el estatus epiléptico puede ser la manifestación de:

- Una agresión aguda al SNC (convulsión sintomática aguda: encefalitis, meningitis, etc.),
- La forma de inicio de una epilepsia secundaria (convulsión sintomática remota) o primaria (convulsión idiopática).
- La descompensación de una epilepsia hasta entonces controlada (generalmente, debida a que el paciente "olvida" tomar la medicación).

Si se trata de un epiléptico en tratamiento, es necesario evaluar si recibe la medicación y si se encuentra en rango terapéutico; si no, se deberá adecuar antes de agregar medicación nueva. Debe evaluarse la medicación según el tipo de epilepsia (Algoritmo 18.3.1).

Tratamiento quirúrgico

Está reservado para aquellos casos en los cuales la convulsión es secundaria a una causa orgánica posible de ser extirpada como algunas displasias corticales, esclerosis mesial temporal, malformaciones vasculares, etc. De todas formas no son terapias para el momento agudo salvo casos excepcionales.

Pronóstico

En líneas generales puede afirmarse que un 70% a 80% de las epilepsias primarias y secundarias logran controlar las crisis con las DAE disponibles en la actualidad, porcentaje que se mantiene estable desde hace unos 30 años a pesar de las nuevas DAE lanzadas al mercado en las dos últimas décadas. Para los casos que no responden a la medicación (denominados epilepsias refractarias) puede intentarse con variado éxito la cirugía de la epilepsia, la dieta cetogénica y el estimulador vagal. El pronóstico del estatus epiléptico depende en gran medida de su etiología.

Bibliografía

- Armijo JA, Sánchez B, González AB. Tratamiento de la epilepsia basado en la evidencia. *Rev Neurol* 2002; 35 (Supl 1): 59-73.
- Armijo JA, Herranz JL, Pena Pardo MA, Adín J. Midazolam intranasal y bucal en el tratamiento de las convulsiones agudas. *Rev Neurol* 2004; 38: 458-68.
- Caraballo R, Fejerman N. *Tratamiento de las Epilepsias*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2009.
- Chin RF, Verhulst L, Neville BG, Peters MJ, Scott RC. Inappropriate emergency management of status epilepticus in children contributes to need for intensive care. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2004; 75: 1584-8.
- González de Dios J, Ochoa-Sangrador C. Midazolam intranasal frente a diazepam rectal en las convulsiones agudas en la infancia: el soporte de la lectura crítica de documentos científicos. *Rev Neurol* 2004; 39: 898-900.
- Masuko AH, Castro AA, Santos GR, Atallah AN, Do Prado LB, De Carvalho LB, et al. Intermittent diazepam and continuous Phenobarbital to treat recurrence of febrile seizures: a systematic review with meta-analysis. *Arch Neuropsiquiatr* 2003; 61: 897-901 y 1435-9.

Bronquiolitis

Alicia Misirlian ■ Leonardo De Lillo ■ Norma E. González ■ Víctor Pawluk

Definición

Es la expresión clínica de una inflamación aguda y difusa de las vías aéreas inferiores, de naturaleza infecciosa, que se manifiesta con una obstrucción de la pequeña vía aérea.

Epidemiología

De etiología viral; los agentes etiológicos más frecuentes son:

- Virus sincicial respiratorio (70%): predomina en otoño e invierno.
- Influenza: más frecuente en invierno.
- Parainfluenza: más frecuente al finalizar el invierno.
- Adenovirus: más frecuente en invierno y primavera.
- Rinovirus.

Es una patología propia del lactante, con un franco predominio en menores de seis meses y prevalente en los meses fríos. En Argentina, la mayoría de los casos se producen entre los meses de mayo y septiembre.

La mortalidad es baja, menor del 1% en los pacientes sin factores de riesgo que requieren internación y que representan entre un 3% y un 5% de los lactantes.

La necesidad de internación puede llegar hasta el 50% de los casos cuando existen factores de riesgo tanto del niño como del ambiente familiar. La mortalidad aumenta ante la presencia de enfermedades de base. Puede ascender a 37% en los que están afectados por alguna cardiopatía congénita y hasta un 45% en los prematuros con displasia broncopulmonar.

Diagnóstico

Anamnesis

- Manifestaciones previas: síntomas de infección respiratoria alta, uno a tres días previos al comienzo del cuadro de obstrucción bronquial.
- Rinorrea.
- Congestión.
- Tos improductiva.
- Fiebre de escasa magnitud.

Examen físico

Síntomas de obstrucción bronquial (SOB) de la

pequeña vía aérea de cinco o seis días de duración:

- Tos seca de timbre agudo.
- Taquipnea.
- Retracción intercostal o supraesternal.
- Tiraje de grado variable.
- Espiración prolongada.
- Sibilancias.
- Rales subcrepitantes y, en ocasiones, también crepitantes.
- Producción de apneas, más frecuentes en los menores de tres meses de edad.

Si se agrava o persiste la incapacidad ventilatoria pueden agregarse síntomas de insuficiencia respiratoria:

- Inadecuada mecánica ventilatoria.
- Alteraciones del sueño y del sensorio.
- Excitación.
- Letargo, depresión y coma.
- Cianosis peribucal o subungueal.
- Síntomas cardiovasculares (taquicardia, extrasístoles y bradicardia).

De acuerdo al grado de compromiso de la obstrucción bronquial se determinan distintos niveles de gravedad de la incapacidad ventilatoria. Para determinarla se utiliza la escala de TAL (Tabla 17.2.1), que con la medición de varios parámetros demuestra una adecuada correlación con la aparición de insuficiencia respiratoria. Para realizar la evaluación, el niño debe estar despierto, tranquilo, respirando aire ambiental y con temperatura menor de 37,5 °C.

A mayor gravedad, mayor puntaje:

Gravedad	Puntaje	Saturación de oxígeno respirando aire ambiental
Leve	1 a 4 puntos	> 95%
Moderada	5 a 8 puntos	92%-95%
Grave	9 o más puntos	< 92%

Exámenes complementarios

- Se realizará radiografía de tórax solo a los pacientes ambulatorios que generen dudas, a los que presenten signos de foco neumónico o a los que no tengan buena respuesta a la medicación. También se

Extraído del Libro: Hospital General de Niños Pedro de Elizalde. Criterios de diagnóstico y tratamiento en Pediatría. Segunda Edición. Buenos Aires: Ediciones Journal, 2012. Para mayor información escribir a: info@journal.com.ar

hará radiografía de tórax al ingreso de todos los pacientes que se internen, a los internados que presenten evolución tórpida o ante la sospecha de complicaciones. Los signos radiológicos son: hiperinsuflación, descenso del diafragma, aumento de los espacios intercostales, engrosamiento peribronquial, infiltrados hiliofugales, atelectasias segmentarias o subsegmentarias y consolidación del parénquima en parches.

- Detección etiológica: inmunofluorescencia indirecta (IFI) en secreciones de aspirado nasofaríngeo para la detección de antígenos virales, al ingreso de todos los pacientes que se internen. La muestra debe ser obtenida lo más precozmente posible porque incide en los porcentajes de positividad.
- Gases en sangre: cuando se sospeche insuficiencia respiratoria, y la cantidad de veces que sea necesario por su gravedad y evolución.
- Hemograma: a todo paciente que ingresa a sala de internación y ante sospecha de intercurriencia bacteriana.
- Saturoimetría: monitoreo con oxímetro de pulso hasta que se normalice la saturación de oxígeno y sea igual o mayor de 95% respirando aire ambiental, y se mantenga estable por veinticuatro horas.
- Hemocultivo: ante la sospecha de infección bacteriana.

Diagnóstico diferencial

- Neumonías de etiología bacteriana.
- Cardiopatías congénitas.
- Malformaciones de los grandes vasos.
- Displasia broncopulmonar.
- Adenopatías.
- Asma.
- Enfermedad fibroquística.
- Microaspiraciones bronquiales por reflujo gastroesofágico o por trastornos de la deglución.
- Cuerpo extraño endobronquial.
- Tuberculosis miliar.

Criterios de internación

Según la gravedad o a las complicaciones presentes, se evaluará la atención ambulatoria o la internación. La implementación de hospitalización abreviada es una modalidad de atención primaria útil para pacientes que presenten SOB moderado (puntaje 5 a 8 de la escala de TAL) sin factores de riesgo sociales o individuales.

Se internarán todos los pacientes que presenten uno o varios de los criterios de gravedad para padecer infección respiratoria aguda baja (IRAB) grave:

- Edad menor de tres meses.
- Prematurez o bajo peso al nacer.
- Desnutrición moderada o grave.
- Cardiopatía congénita.
- Inmunodeficiencia congénita o adquirida.
- Patología pulmonar crónica: EPOC posviral, enfermedad fibroquística y displasia broncopulmonar.
- Enfermedades neuromusculares.

Además requieren internación los pacientes que presenten las siguientes particularidades:

- Apneas o cianosis.
- Puntaje de Tal mayor o igual a 9.
- Falta de respuesta al tratamiento.
- Dificultad o imposibilidad de alimentarse.
- Deshidratación.
- Trastornos en el sueño.
- Familias de alto riesgo que no garantizan el cumplimiento de las indicaciones médicas (madre adolescente, analfabeta o analfabeta funcional, escolaridad primaria incompleta, falta de controles adecuados o vacunaciones incompletas).
- Dificultad para acceder al sistema de salud.

Tratamiento

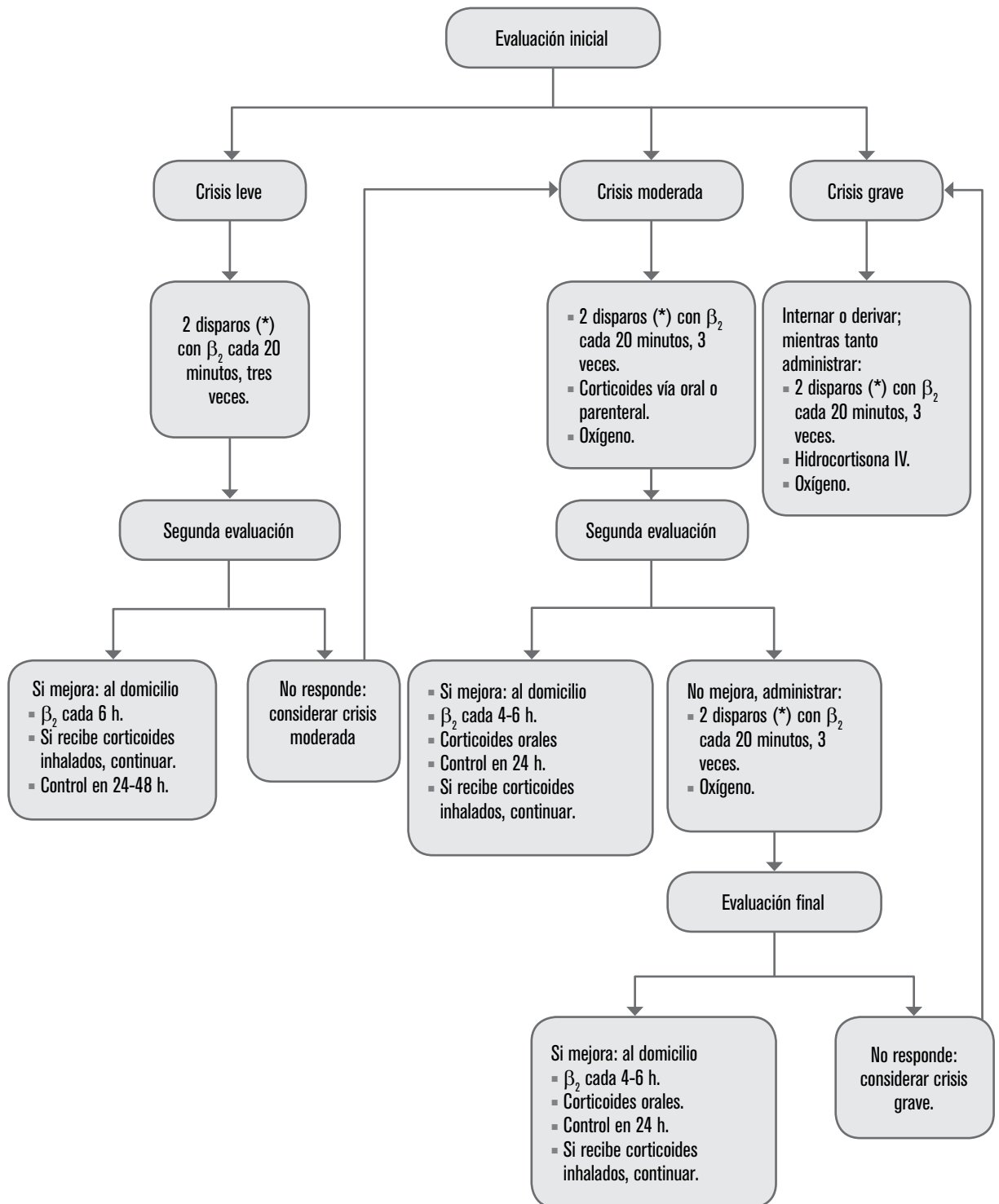
Terapia de sostén

Debe mantenerse en lo posible la lactancia materna, hidratación normal y posición física apropiada para mantener la cabeza en extensión y evitar colapsos

ALGORITMO N°17.2.1

Escala de Tal

Puntaje	FC	FR		Sibilancias	Uso de músculos accesorios
		Menores de 6 m	Mayores de 6 m		
0	< 120	< 40	< 30	No	No
1	121 a 140	41 a 55	31 a 45	Fin de espiración	Tiraje leve intercostal
2	141 a 160	56 a 70	46 a 60	Inspiración/espiración	Tiraje generalizado
3	>160	> 70	> 60	Audibles sin estetoscopio	Tiraje generalizado con aleteo nasal



(*): si no se dispone de aerosol de β_2 utilizar nebulización (0,5-1 gota/kg/dosis).

de la vía aérea; es necesario controlar la fiebre con antitérmicos (paracetamol 30-50 mg/kg/día repartido en tres tomas).

En los pacientes internados la oxigenación adecuada se realiza:

- Con cánula nasal (bigotera): flujo de 0,5-1 L/min. Debe considerarse que la congestión nasal puede impedir el flujo adecuado de oxígeno.
- Con halo: flujo de 6-12 L/min.

Tratamiento farmacológico de la obstrucción bronquial

Se indica una dosis de 0,15-0,25 mg/kg/dosis de salbutamol (esto equivale a 0,5-1 gota por kg de peso de la solución al 0,5% disuelta en 3 mL de solución fisiológica).

El tratamiento inicial consiste en administrar tres dosis (una cada 20 minutos) con máscara que cubra la nariz y la boca. Deben ser realizadas con oxígeno al 100% con un flujo entre 6 y 8 L/minuto. En los pacientes que pueden ser tratados de manera ambulatoria, se puede utilizar también el broncodilatador en aerosol de dosis medida y mediante espaciadores con máscara facial. Deben administrarse tres dosis consistentes en dos disparos por vez y cada veinte minutos. En este caso la dosis es de 100 µg por disparo. Deben transcurrir quince segundos después de cada disparo, respirando a través del espaciador. Si no se toma este recaudo, se pierde el 20% de absorción de la medicación.

A continuación, es necesario administrar una dosis de broncodilatador cada cuatro o seis horas de acuerdo a la evolución y en el tratamiento domiciliario, hasta tanto se le dé el alta.

En pacientes ambulatorios, si es necesario realizar una segunda serie de tres dosis de salbutamol (dosis respuesta), deben considerarse -salvo intolerancia para la ingesta- los corticoides orales. También se los debe tener en cuenta tanto en casos en los que haya antecedentes de enfermedad pulmonar crónica neonatal, como en aquellos en los que no es el primer episodio de SOB o si hubiera antecedentes familiares de asma o atopía. El esquema de corticoides orales debe ser uno de los siguientes:

- Betametasona: 0,1 mg/kg/dosis (una gota/kg/dosis), tres veces por día.
 - Metilprednisona: 1 mg/kg/día.
- En internación, hidrocortisona por vía endovenosa en dosis de 5 mg/kg (20 mg/kg/día) o dexametasona dosis de 0,3 mg/kg.

Tratamiento del paciente ambulatorio

- Debe mantenerse hidratación a través de la administración de cantidad suficiente de líquidos por boca.

- Se mantendrá la lactancia materna siempre que sea posible.
- Es necesario colocar al niño en posición adecuada para mantener la cabeza en extensión.
- Para controlar la fiebre se administrará 30 - 50 mg / kg / día de paracetamol, repartido en tres tomas.
- Broncodilatadores.
- Consideración de corticoides.
- Deben realizarse controles ambulatorios cada veinticuatro horas e indicar medicación broncodilatadora cada 4-6 horas hasta la total desaparición de la dificultad respiratoria. Si se mantiene o aumenta la dificultad en el paciente tratado, se indica internación.

La hospitalización abreviada es una modalidad en atención primaria diseñada para la atención de pacientes con SOB con gravedad moderada (puntaje de TAL entre 5 y 8) y para pacientes entre tres meses y dos años de edad sin factores de riesgo tales como IRAB grave o problema social.

El espacio físico adecuado puede ser el área de urgencia, con personal médico de enfermería y kinesiología destinados a tal fin durante los meses de mayo a septiembre inclusive (época epidemiológica de prevalencia de la enfermedad).

Se evalúa el paciente de acuerdo al puntaje de Tal y se procede según el Algoritmo 17.2.1:

- Evaluación inicial del paciente con SOB con el puntaje de TAL:
 - Puntaje 4 o menor: debe enviarse al paciente a su domicilio luego de administrársele dos disparos de salbutamol con espaciador o una nebulización cada cuatro a seis horas. Se debe prestar atención a las pautas de alarma y citar para control en veinticuatro horas.
 - Puntaje 5 o 6: deben administrarse dos disparos de salbutamol (200 µg cada veinte minutos, tres veces) o nebulizar con salbutamol (una gota/kg cada veinte minutos, tres veces). Completar una hora de observación.
 - Puntaje 7 u 8: se debe proceder igual que en el puntaje anterior y administrar oxígeno. Completar una hora de observación.
 - Puntaje 9 o mayor: oxígeno y terapia farmacológica. Debe indicarse internación y proceder de acuerdo con las normas correspondientes.
- La segunda evaluación con el puntaje de TAL se realiza al completar una hora de observación, y se procede de acuerdo al puntaje hallado:
 - Puntaje 5 o menor: se envía el paciente al domicilio con indicación de salbutamol cada cuatro a seis horas. Pautas de alarma y control en veinticuatro horas.
 - Puntaje 6: administrar salbutamol con el

mismo esquema detallado anteriormente. Debe considerarse el agregado de corticoides orales (prednisona 1 mg/kg/día) o de 0,1 mg /kg/dosis de betametasona (1 gota/kg/dosis), tres dosis diarias. Completar una hora de observación.

- Puntaje 7 u 8: se debe proceder de igual manera que en el punto anterior y administrar oxígeno.
- Puntaje 9 o mayor: oxígeno y terapia farmacológica. Debe indicarse internación y proceder según las normas de internación.
- Tercera evaluación con el puntaje de TAL:
 - Puntaje 5 o menor: se envía a su domicilio con salbutamol cada cuatro a seis horas y corticoides orales. Pautas de alarma y control en veinticuatro horas.
 - Puntaje 6 o más: se indica internación y tratamiento según normas de internación. Al paciente dado de alta tratado en la modalidad de hospitalización abreviada se le indica broncodilatador cada cuatro o seis horas y corticoide oral si lo recibió durante el tratamiento. También se le instruye acerca de los signos de alarma y se lo cita a control a las veinticuatro horas.

Paciente en internación

- Posición adecuada, cabeza en extensión.
- Hidratación parenteral, en caso de ser necesario se debe suspender la vía oral (taquipnea mayor de 60/minuto) y mantener diuresis a 1-2 mL/kg/hora.
- Oxígeno humidificado y calentado:
 - Con halo: flujo de 6 a 12 L/min.
 - Con cánula nasal (bigotera): flujo de O₂ a 0,5-1 L/min.
- Salbutamol: se debe comenzar con dosis respuesta, con la solución al 0,5% realizado con O₂ y continuar cada cuatro a seis horas si se observa mejoría. Ante falta de respuesta debe repetirse una segunda dosis de carga o considerar la nebulización continua con β₂ adrenérgicos.
- Corticoides: 20 mg/kg/día de hidrocortisona EV, repartida en cuatro dosis.
- Debe considerarse la utilización de bromuro de ipratropio en situaciones específicas: hipersecretores y limitaciones en el uso de β₂ adrenérgicos (cardiopatías y reflujo gastroesofágico).
- Aminofilina: no se recomienda su uso, ya que su

rango terapéutico es muy cercano a los efectos indeseables.

- Antitérmicos.
 - Aspiración de secreciones nasales y nariñas permeables.
 - Kinesioterapia respiratoria: debe ser realizada por kinesiólogos, ya que las maniobras bruscas pueden aumentar la broncoobstrucción.
 - Lactancia materna o alimentación fraccionada o por sonda nasogástrica en los pacientes que presenten una frecuencia respiratoria menor de 60/minuto. Suspensión de la alimentación con frecuencias mayores.
- Las indicaciones para inclusión en unidad de cuidados intensivos son:
- Necesidad de asistencia respiratoria mecánica.
 - Presencia de insuficiencia respiratoria (hipoxemia – hipercapnia).
 - Saturometría persistentemente baja con frecuencia respiratoria alta.
 - Agravamiento de la dificultad respiratoria con falta de respuesta a la medicación.
 - Signos de intoxicación medicamentosa.

Tratamiento posterior al alta

Luego del alta se debe administrar alguno de los siguientes fármacos:

- Salbutamol: en solución con nebulizador convencional o en aerosol presurizado administrado con aerocámara cada cuatro o seis horas hasta la total desaparición de los signos de dificultad respiratoria.
- Corticoides orales: metilprednisolona o prednisona, 1-2 mg/kg/día durante tres a seis días si se utilizaron corticoides durante su internación.

Las condiciones de alta son:

- Buena suficiencia respiratoria.
- Desaparición de signos de dificultad respiratoria.
- Saturometría igual o superior a 95% mientras se respira aire ambiental.

Pronóstico

Es favorable en el 97% de los casos y desfavorable en el 3%. Estos porcentajes cambian en los pacientes que presentan factores de riesgo.

En las infecciones por adenovirus, cuando hay asociación de virus o sobreinfecciones bacterianas, el pronóstico desfavorable aumenta. La mortalidad se incrementa en pacientes que presentan patologías de base. En cuanto a las cardiopatías congénitas, la mortalidad se puede elevar a un 37%.

Bibliografía

- Comité Nacional de Neumonología, Subcomisión de Epidemiología, Comité Nacional de Infectología, Comité Nacional de Medicina Interna. Sociedad Argentina de Pediatría. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de las infecciones respiratorias agudas bajas en menores de 2 años. *Arch Arg Pediatr* 2006; 104: 159-76.
- Davison C MBBCh, Kathleen M Ventre, Marco Luchetti, Adrienne G Randolph. Efficacy of interventions for bronchiolitis in critically ill infants: A systematic review and meta-analysis. *Pediatr Crit Care Med* 2004; 5: 482-9.
- Departamento materno infantil, Ministerio de salud. *Guía de diagnóstico y tratamiento para hospitalización abreviada de niños con síndrome bronquial obstructivo*. Gobierno de la ciudad de Buenos Aires, 2009.

XXI Jornadas Multidisciplinarias de Pediatría del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde. "La Interdisciplina: realidad y desafío hacia la producción colectiva del conocimiento" 16, 17 y 18 de noviembre de 2016

P1

Hemangiomas neonatales

Bellelli AG; Vivoda JL; Barabini LN; Grees SA

Unidad de Dermatología Pediátrica. Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción

Los hemangiomas son los tumores benignos más frecuentes en pediatría. Si bien la mayoría de los niños presenta una sola lesión, al menos 20% se presenta con lesiones múltiples. Se denomina hemangiomatosis a la presencia de 5 o más hemangiomas. Se la divide en hemangiomatosis neonatal benigna cuando el compromiso es sólo cutáneo y hemangiomatosis neonatal difusa si existe afectación visceral. Si bien los hemangiomas involucionan espontáneamente, hay un porcentaje de ellos que requiere tratamiento.

Objetivos

Valorar prevalencia de afectación visceral en pacientes con hemangiomatosis neonatal, analizando la relación entre el número de lesiones cutáneas y el compromiso sistémico.

Evaluar respuesta de hemangiomas viscerales al tratamiento con propranolol.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo de pacientes con diagnóstico de hemangiomatosis neonatal atendidos en el servicio de dermatología pediátrica del Hospital Elizalde desde marzo del 2011 hasta marzo del 2016.

Resultados

Se estudiaron 16 pacientes con diagnóstico de hemangiomatosis neonatal. 13 de sexo femenino (81%) y 3 masculino. El rango de edad de la primera consulta fue desde 1 mes a 17 meses (media 9 meses). 13 fueron nacidos de término (81%), y 3 pretérmino. Se observaron pacientes que presentaban desde 5 hasta 50 lesiones cutáneas. En 4 se evidenció afectación hepática y en uno de ellos además subglótica. Requirieron tratamiento 9 pacientes, 7 con propranolol vía oral, 1 con propranolol y corticoide sistémicos y 1 con propranolol tópico.

Conclusión

Se halló compromiso sistémico en pacientes que presentaban 6 o más hemangiomas, a partir de este número el incremento del número de hemangiomas cutáneos no se correlacionó con mayor compromiso visceral. Si bien en nuestra casuística sólo presentaron compromiso sistémico 4 pacientes, es importante realizar estudios pertinentes para descartarlo. En relación al tratamiento de los hemangiomas hepáticos con propranolol vía oral se observó franca disminución y en algunos casos la desaparición de dichas lesiones. Se requirió combinación de corticoides y propranolol sólo en el caso que presentaba hemangioma subglótico. El propranolol vía oral es el tratamiento de elección debido a la excelente respuesta que se observa con escasos efectos adversos.

P2

Exéresis por avulsión de pilomatrixomas. Descripción de un signo.

Vivoda JL; Bellelli A; Castro NM; Yarza M; Laffargue JA; Navacchia D; Grees SA

Unidad de Dermatología Pediátrica, Sección Dermatología Quirúrgica. Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción

El pilomatrixoma es un tumor benigno que se origina de la matriz del folículo piloso. Se desarrolla generalmente en las dos primeras décadas de la vida y en cabeza y cuello. Se presenta como un tumor duro, cubierto por piel de color normal o azulado, en el que se evidencia

el signo de la piedra facetada. La técnica quirúrgica habitual para su exéresis es por losange. En la histología se ven células matriciales basófilas con transición hacia células sombras sin núcleo. En los últimos años desarrollamos la técnica de exéresis por avulsión:

- anestesia local o general acorde a edad y tolerancia del niño
- medidas de asepsia y antisepsia
- incisión lineal que no debe superar el 20% del volumen tumoral
- extraer por avulsión el tumor
- se sutura, la mayoría de las veces, con sutura intradérmica continua.

Objetivos

Determinar de los pilomatrixomas resecados por técnica de avulsión: localización, edad y sexo predominante, complicaciones de la cirugía y porcentaje de recidiva

Materiales y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, mediante la revisión de las historias clínicas del servicio de dermatología del Hospital Elizalde desde el 1/03/2012 al 1/03/2016. Se seleccionaron los pacientes con diagnóstico clínico y/o ecográfico de pilomatrixoma. Y de éstos se incluyeron en el estudio los casos en los que se realizó exéresis del tumor por avulsión, y diagnóstico corroborado histológicamente.

Resultados

- 51 pacientes. Total de cirugías, 56 ya que 3 presentaron más de un pilomatrixoma
- rango de edad: 1 año hasta 17, media de 9,4
- no hubo predominio en cuanto al sexo
- localización más frecuente: miembros superiores (32%)
- 1 sólo paciente presentó recidiva
- ninguno presentó complicaciones posquirúrgicas

Conclusiones

Durante la exéresis del pilomatrixoma se produce una hemorragia en napa que cede con la extirpación completa del tumor: signo de la ausencia de sangrado, comprueba que la exéresis fue total y sin riesgo de recidiva. Es una técnica sencilla, con reducción de tiempo de realización, mejores resultados quirúrgicos y estéticos en comparación con la exéresis por losange. Obtuvimos bajo índice de recidiva. En ninguno de los casos se presentó infección ni complicaciones posquirúrgicas.

P3

Prevalencia de patología fonoaudiológica en alumnos de escuelas del Distrito Escolar N°5

Abdo Ferez MM; Adelfang C; Ferrario C; Giordano F; Lombardo L; Manjarin M; Massri P; Noya C; Saucedo P; Seoane N; Vacirca S.

Sección Foniatria. Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción:

La salud comunitaria es un bien social que debe ser abordado por los establecimientos asistenciales en conjunto con el colectivo social a través de los proyectos, planes y programas en los cuales el fonoaudiólogo como integrante de los equipos de salud devuelve a la comunidad su saber a través de la educación para la salud como herramienta de la estrategia de Atención Primaria de la Salud realizando acciones de promoción y protección de la salud, atención de la demanda espontánea o de morbilidad percibida, búsqueda de la demanda oculta, control de salud de la población sana y derivación de pacientes con mecanismos explícitos de referencia y contra referencia.

Objetivo:

Relevar las patologías fonoaudiológicas detectadas en alumnos de primer grado de Escuelas del Distrito Escolar N°5 de la CABA durante el período 2010 - 2015.

Población:

La muestra comprende la pesquisa efectuada a 1251 alumnos de primer grado de Escuelas del Distrito N°5 de la CABA durante el período 2010 - 2015.

Método:

Descriptivo retrospectivo.

Material:

Protocolo de pesquisa fonoaudiológica el cual comprende la evaluación de las estructuras y funciones del Sistema estomatognático, el nivel fonético-fonológico, léxico-semántico, morfosintáctico y pragmático del lenguaje.

Resultados:

De los 1251 alumnos evaluados en el período comprendido entre los años 2010 y 2015 fueron detectados 315 alumnos representando el 25,17 % siendo el nivel fonético fonológico el más afectado.

Conclusiones:

En salud escolar el fonoaudiólogo realiza la detección, diagnóstico, orientación y asistencia oportuna detectando las dificultades en la comunicación humana que interfieren en el correcto desarrollo del individuo.

P4**Importancia del componente fonológico para el proceso de escritura en niños con un conocimiento ortográfico incompleto.**

Abdo Ferez, MM; Juchli; M

Sección Foniatria. División Otorrinolaringología Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción:

La escritura es una adquisición reciente en la historia de la humanidad. Constituye una actividad intencional autodirigida y autoplanificada que requiere una enseñanza sistemática y específica durante años.

Objetivo:

Contribuir al conocimiento de las estrategias tempranas de escritura en español y reconocer la importancia de una estrategia fonológica para el proceso de escritura en niños con un conocimiento ortográfico incompleto.

Población:

Veinte niños de segundo y veinte niños de cuarto grado de una escuela pública de la zona sur de la CABA.

Material:

cuarenta y cinco estímulos con las siguientes características: palabras cortas de ortografía simple (PCS), palabras cortas de ortografía condicional (PCC), palabras largas de ortografía simple (PLS), palabras largas de ortografía condicional (PLC), palabras de ortografía compleja larga (PXL), palabras de ortografía compleja corta (PXC).

Método:

descriptivo experimental

Resultados:

Los niños utilizaron una estrategia analítica, realizando un análisis segmental de la palabra y el uso del conocimiento de las correspondencias sonido-grafía.

Conclusiones:

El conocimiento ortográfico de ambos grupos resultó incompleto suplantando dicha falencia por medio de una estrategia fonológica para escribir. El niño aplica las reglas de correspondencia grafema-fonema y esto le permite relacionar la forma oral de las palabras con la forma escrita. La codificación de sonidos a letras da lugar a escrituras fonológicamente aceptables. La ortografía del español establece que la relación entre las representaciones fonológicas y ortográficas es altamente consistente. La fonología es un aspecto de la lengua que el niño debe adquirir para elaborar una concepción adecuada de lo escrito y comprender el código alfabético.

P5**Evaluación clínica Fonoestomatológica y complementaria de la Seguridad en la Alimentación**

Trovato M; Cavillon, Lopez M, Alvarez V, Abdoferez MM; Caccaviello K, Navas M, Obeid C, Diaz C

Sección Foniatria. Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción:

La seguridad en la ingestión implica el transporte del alimento bajo mecanismos protectores de la vía aérea, libre o exento de peligro o daño. La vigilancia de la misma garantiza una alimentación saludable, en la etapa infantil, generando la energía que necesita diariamente para poder participar en las diversas actividades estimuladoras y de aprendizaje que el entorno le ofrece tan necesarias para su correcto desarrollo intelectual y físico.

Objetivos:

Identificar la alteración del parámetro de seguridad alimentaria durante la evaluación clínica Fonoestomatológica sistemática y su relación con el estudio complementario de video-deglución

Población:

se incluyeron un total de 1002 valoraciones clínicas y 135 estudios de video-deglución realizados por el servicio de foniatria del HGNPE durante el período enero 2013 a diciembre 2015.

Material y método:

análisis descriptivo, retrospectivo y observacional de las consultas realizada por el área de Fonoestomatología del servicio de Foniatria del HGNPE.

Resultados:

De la evaluación clínica se desprende que el 28% de consultas (276 casos) presentaron alteración de la seguridad. Del total de estudios de video-deglución realizados con protocolo se evidencio que el 70% (95 casos) presentaron riesgo y alteración confirmada por penetración y aspiración.

Conclusiones:

De los datos obtenidos se destaca la importancia de la evaluación clínica fonoaudiológica sistemática en la seguridad alimentaria a fin de evitar exposiciones a radiaciones innecesarias para arribar a un diagnóstico funcional y reducir el número de estudios invasivos y no invasivos, ajustando la decisión de que otros estudios complementarios serán requeridos reduciendo así costos en salud innecesarios.

P6**Funciones alimentarias y su evaluación Fonoestomatologica en el Hospital General de Niños Pedro de Elizalde**

Trovato M, Cavillon C, Lopez M, Alvarez V, Abdoferez MM, Caccaviello K, Navas M., Obeid C, Barreña A

Sección Foniatria. Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción:

Basado en la clasificación internacional que plantea la OMS en materia de salud, CIE y CIF, la actividad de alimentación incluye funciones relacionadas con la ingestión dentro del sistema digestivo, metabólico y endocrino. La limitación en dicha actividad implica deficiencias que pueden estar o no relacionadas con los estados de salud, impactando en el crecimiento y desarrollo del niño.

Objetivos:

Describir la alteración refleja y funcional predominante en las deficiencias y estados de la salud que presentan los niños tanto en la modalidad ambulatoria como internado que son atendidos por el servicio de Foniatria en el HGNPE

Población:

se incluyeron un total de 1002 consultas, realizadas por el servicio de foniatria del HGNPE durante el período enero 2013 a diciembre 2015.

Material y método:

análisis descriptivo, retrospectivo y observacional de las consultas realizada por el área de Fonoestomatología del servicio de Foniatria del HGNPE.

Resultados:

De la evaluación clínica se desprende que el reflejo tusígeno fue el más afectado en deficiencias gastroenterológicas (19% n=9 de 48), respiratorias (22% n=25 de 112), cardiológicas (27% n=3 de 11), neurológicas (39% n=71 de 183), deficiencias múltiples (31% n=158 de 513) y estados de salud (38% n=41 de 108). En las deficiencias nutricionales el más comprometido fue el reflejo de succión (20% n= 3 de 15).

La función más afectada en la alimentación fue la succión en las deficiencias gastroenterológicas (46% n=22 de 48), respiratorias (28% n=31 de 112), cardiológicas (36%, n=4 de 11), nutricionales (40%

n=6 de 15) y estados de salud (41% n=44 de 108). En las deficiencias múltiples la función más alterada fue la deglución (48% n=244 de 513) y en las deficiencias neurológicas la masticación (35% n=65 de 183).

Conclusiones:

De los datos obtenidos se destaca la importancia de la vigilancia en las funciones alimentarias a través de la valoración refleja y funcional fonostomatológica sistemática, esencial para el crecimiento y desarrollo integral.

P7

Valoración de los parámetros SECC en la alimentación

Trovato M, Cavillon C, Lopez M, Lic. Alvarez V, Abdoferrez MM, Cacciavello K, Navas M, Obeid C.

Sección Foniatría. Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción:

Según la OMS en materia de salud, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y de la Salud (CIF), la actividad de alimentación incluye funciones relacionadas con la ingestión dentro del sistema digestivo, metabólico y endocrino. La valoración de los parámetros alimentarios según las deficiencias permite la intervención temprana acompañando al niño en el crecimiento y desarrollo.

Objetivos:

Describir el parámetro alimentario más afectado en las deficiencias y estados de la salud que presentan los niños tanto en la modalidad ambulatoria como internado que son atendidos por el servicio de Foniatría en el HGNPE.

Población:

se incluyeron un total de 1002 consultas, realizadas por el servicio de foniatría del HGNPE durante el periodo enero 2013 a diciembre 2015.

Material y método:

análisis descriptivo, retrospectivo y observacional de las consultas realizadas por el área de Fonostomatología del servicio de Foniatría del HGNPE.

Resultados:

De la evaluación realizada se desprende que el parámetro más afectado fue la competencia en las deficiencias gastroenterológicas (42% n=20 de 48), respiratorias (44% n= 49 de 112), neurológicas (65% n=119 de 183), deficiencias múltiples (66% n=338 de 513) y en los estados de salud (66%, n =71 de 108). En las deficiencias nutricionales los parámetros más afectados fueron la competencia y eficiencia (27%, n=4 de 15) y la seguridad en las cardiológicas (36% n=4 de 11).

Conclusiones:

La valoración de los parámetros permite la vigilancia temprana integral y funcional de la actividad alimentaria, brindándole al niño la capacidad de realizar actividades y participación en el contexto de su desarrollo.

P8

Formación del Comité de Farmacovigilancia: su impacto en el Hospital

Agrimbau Vazquez C, Antonucci M, Carro A, Camerano M, Dominguez P, Fernandez R, Pigliapoco V, Raiden S, Vaccaro R.

Comité Farmacovigilancia. Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción:

La OMS define como «Farmacovigilancia» a la ciencia y las actividades relativas a la detección, evaluación, conocimiento y prevención de los efectos adversos de los medicamentos o cualquier otro problema relacionado con ellos.

En el Hospital Elizalde, entre los años 2009 -2014 la actividad fue realizada por interés profesional de una Farmacéutica y una Médica toxicóloga y a partir de abril del 2015 se conforma el Comité de Farmacovigilancia multidisciplinario avalado por la Dirección de Hospital, con seguimiento en las distintas áreas.

Objetivos:

Evaluar la actividad del comité de farmacovigilancia.

Población:

Pacientes provenientes de los distintos servicios del hospital que han reportado reacciones adversas a medicamentos, falta de eficacia, errores de medicación y/o falla de calidad durante el periodo en estudio

Material y Métodos:

Estudio descriptivo, retrospectivo pre y post formación del Comité de Farmacovigilancia en base a notificaciones reportadas al organismo oficial (ANMAT). Los periodos analizados fueron: preformación (abril 2009- diciembre 2014) y post formación (abril 2015- agosto 2016).

Resultados:

Preformación: se analizaron 34 notificaciones, de los cuales el 79,4 % correspondieron a eventos adversos y el 21,6 % desvío de calidad. Post formación: se analizaron 57 notificaciones, de los cuales el 57,9 % correspondieron a eventos adversos, 21 % desvío de calidad, 10,5 % errores de medicación y el 10,5 % falta de eficacia

En las 2 etapas analizadas se observa que en un año de actividad del Comité de Farmacovigilancia el reporte de notificaciones fue mayor que en la etapa de preformación de 6 años, incorporándose también las comunicaciones de error de medicación y falta de eficacia.

Conclusiones:

La formación del Comité de Farmacovigilancia ha sido relevante en el fortalecimiento de la notificación espontánea. La integración del equipo multidisciplinario permite el análisis de cada reporte y su intervención en la prevención y capacitación de eventos adversos y errores de medicación, como así también en la resolución de los casos de desvío de calidad y falta de eficacia contribuyendo a la mejora en la atención pediátrica.

P9

Factores implicados en la adherencia al tratamiento de un adolescente diabético

Bonacci, P

Sección Adolescencia Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción:

La Diabetes tipo 1 es una enfermedad crónica que requiere un tratamiento precoz e intensivo. El mismo impone en el paciente y su familia ciertos cambios de hábitos con la necesidad de adecuar la cantidad de insulina necesaria, controlar la dieta regulando la cantidad de hidratos de carbono que se ingieren y realizar actividad física con frecuencia.

La complejidad y cronicidad del tratamiento, sumado a los cambios biopsicosociales que ocurren durante la adolescencia podrían sobrepasar las competencias del adolescente para realizar un buen control de la diabetes.

La adherencia al tratamiento determina su eficiencia y mejora la calidad de vida de los pacientes.

Objetivos:

Presentar el caso de un adolescente diabético con dificultades en la adherencia al tratamiento.

Revisar los factores implicados en la adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos.

Caso Clínico:

Enf. actual: Adolescente de 16 años con diabetes tipo 1 de 4 años de evolución en seguimiento por servicio de Nutrición del HGNPE que es admitido en el Servicio de Adolescencia por solicitud de seguimiento clínico y psicológico.

Ant. personales:

DBT tipo1 desde 2012. 1 internación por debut, 1 internación por celulitis MID, 5 internaciones por CAD.

Ant. familiares: tío materno con DBT tipo 1.

En la última internación se decidió junto a la familia y servicio social que el paciente quedara bajo el cuidado de la abuela materna.

Se realizaron entrevistas conjuntas con psicólogo y pediatra donde se trabajaron distintos aspectos de la enfermedad. El miedo padecido en la última internación por CAD y el miedo a la diabetes y sus complicaciones. Se trabajaron las defensas y resistencias al tratamiento. Se abordó sobre la percepción de riesgo, la conflictividad familiar y con el grupo de pares. Se acompañó al paciente en sus necesidades intentando no estigmatizar.

Conclusiones:

El tratamiento de la diabetes es un desafío. La dificultad en la adherencia al tratamiento puede ser el momento para dar lugar a la palabra del paciente, que se sienta respetado e intentar restaurar su sentimiento de control sobre la enfermedad y su propio cuerpo. Es importante reconocer su ambivalencia entre el deseo de sanar y la sensación de desamparo y enojo que puede llegar a tener. La no-adherencia constituye una señal para el equipo de salud que debe ser tenida en cuenta.

P10**Evento de aparente amenaza a la vida en paciente con anillo vascular y trastorno deglutorio**

Davenport MC, Fojgiel S, Ajzensztat J, Iparraguirre A, Ortega, G, Blanco Vitorero J, Planovsky H, Raiden S

CEM 1 Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción:

Los eventos de aparente amenaza a la vida (ALTE) son episodios caracterizados por alguna combinación de: pausa respiratoria, cambio de color, alteraciones en el tono muscular, ahogos o arcadas. Las causas más frecuentes se asocian a patología digestiva, neurológica, respiratoria y cardíaca.

Los anillos vasculares son anomalías congénitas del arco aórtico y sus ramas, que comprimen la tráquea o el esófago. Son poco frecuentes, pero deben incluirse en el diagnóstico diferencial de ALTE. La deglución requiere de una precisa coordinación entre el sistema respiratorio, fonatorio y deglutorio y su afectación puede ser también causante de apneas.

Objetivo:

Presentamos un paciente con ALTE recurrente, con el objetivo de describir los hallazgos diagnósticos y el abordaje terapéutico.

Caso Clínico:

Niña de 9 meses de edad, con pausas respiratorias durante la alimentación y cianosis peribucal, de dos meses de evolución. Refiere vómitos intermitentes durante la alimentación y post ingesta desde los tres meses, con mal progreso de peso. Presenta seriada gastroduodenal con imagen de anillo vascular y reflujo gastroesofágico supracarinal. En el ecodoppler de los vasos de cuello, se observan cuatro vasos nacentes del arco aórtico. Se realiza angiotomografía confirmando presencia de arteria subclavia derecha como última rama del arco aórtico, con recorrido retroesofágico, generando compresión esofágica. Se realiza videodeglución: 1° tiempo: negativismo, con rechazo del alimento; 2° tiempo: sin aspiración a vía aérea superior; 3° tiempo: compresión extrínseca del esófago, no comprometiendo el pasaje de la sustancia de contraste. Se interpreta el cuadro clínico como un hallazgo cardiovascular no relacionado con los episodios de ALTE, sin necesidad de tratamiento quirúrgico. Se inicia tratamiento fonostomatológico.

Conclusión:

El abordaje integral e interdisciplinario del paciente permitió consensuar la etiología más probable de las apneas. La observación clínica fue el factor más importante para su diagnóstico. De lo contrario, el paciente hubiese sido sometido a tratamiento quirúrgico, pudiendo ocasionar riesgos innecesarios y un significativo retraso en el tratamiento correcto.

P11**Malformación de Chiari: a propósito de un caso**

Villarreal M, Ruggiero S, Testa V, Bonacci P, Robledo V, Zavaleta A, Sanz C

Servicio Adolescencia Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción:

La Malformación de Chiari es una enfermedad generalmente congénita, que consiste en una alteración anatómica de la base del cráneo, en la que se produce herniación del cerebelo y del tronco del encéfalo a través del foramen magno hasta el canal cervical. Se clasifica en cinco subtipos, de los cuales el tipo I es el más frecuente. Los síntomas suelen aparecer en la segunda o tercera década de vida de forma insidiosa y progresiva. Existe mucha variabilidad clínica entre los pacientes, pues hay algunos asintomáticos y otros con manifestaciones

clínicas inespecíficas o signos neurológicos graves. Los síntomas más frecuentes son cefalea, cervicalgia y alteraciones sensitivas en extremidades superiores.

Objetivo:

Presentar el caso de una paciente con síntomas poco frecuentes de la Malformación de Chiari.

Historia clínica:

Paciente de 12 años de edad que consulta por presentar disfonía y disartria de un año de evolución y disfagia de dos meses de evolución. Al examen físico presenta signo de Bell positivo, dificultad para soplar y se constata pérdida de peso. Se realiza tomografía axial computada de cerebro (ocupación del foramen magno por imagen de partes blandas que podría corresponder a proyección de amígdalas cerebelosas). Se realiza resonancia magnética nuclear de cerebro y médula espinal con difusión de líquido cefalorraquídeo, y videodeglución que informa alteración del segundo tiempo deglutorio. Se interconsulta con el Servicio de Neurocirugía, quienes con diagnóstico de Malformación de Chiari, realizan intervención quirúrgica para lograr la descompresión del foramen magno. La paciente evoluciona favorablemente. Actualmente continúa en rehabilitación con el Servicio de Foniatría y en seguimiento por Neurocirugía y Adolescencia.

Conclusiones:

La Malformación de Chiari tipo I es una patología poco frecuente cuyo sintoma principal es la cefalea suboccipital. Sin embargo, la presentación clínica puede ser variable dependiendo de la alteración de la difusión del líquido cefalorraquídeo y/o la compresión medular o bulbar.

Se debe considerar la multiplicidad de síntomas que puede producir esta patología para incluirla en los diagnósticos diferenciales.

P12**Evaluación Neurolingüística en niños con diagnóstico de TEL**

Babnik E, Bonillo M, De Lillo C, Gaillard G, Kotyński M, Ortiz M, Williams A.

Sección Foniatría. Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción:

La evaluación neurolingüística contempla el análisis de los diferentes componentes o módulos del lenguaje: Fonético-Fonológico (MFF), Semántico-lexical (MSL), Morfosintáctico (MMS) y Pragmático (MP), como así también de los procesos involucrados en su desarrollo. Nos provee información que facilita la comprensión del funcionamiento comunicativo, lingüístico, conductual y cognitivo del niño para establecer la caracterización de los síntomas y la determinación diagnóstica que nos conduzcan a definir las estrategias terapéuticas indicadas para cada caso.

Objetivos:

- 1- Informar a la comunidad hospitalaria sobre la aplicación de la evaluación neurolingüística en el Servicio de Foniatría de este hospital, en pacientes que presentan Trastorno Específico del Lenguaje (TEL).
- 2- En base a una muestra de niños con TEL, correlacionar los porcentajes de frecuencia de los distintos módulos afectados con los resultados hallados en estudios de medicina basada en la evidencia.
- 3- Evaluar la eficacia de la detección fonoaudiológica temprana a través del seguimiento de dichos niños con TEL.

Material y métodos:

Es un análisis descriptivo, retrospectivo y observacional de 60 pacientes con TEL que concurren al Servicio de Foniatría durante el año 2015 a los cuales se aplicó una evaluación neurolingüística.

Resultados:

De la evaluación se desprende que el 73.3% de los pacientes padecen de dificultades en el MFF, el 56.6% en el MMS, el 28.3 % en el MLS y el 10% en el MP.

Conclusiones:

Dados los resultados de las reevaluaciones post-intervención fonoaudiológica de los niños, se puede afirmar que el tratamiento fonoaudiológico temprano resultó eficaz, ya que incidió favorablemente sobre la evolución de estos trastornos. El tratamiento temprano permitirá, además de intervenir sobre los componentes del sistema lingüístico

alterados, prevenir las consecuencias sobre el desarrollo cognitivo, afectivo, social y académico del niño. Se analiza así mismo, en base a la muestra obtenida, que el módulo lingüístico más afectado es el MFF. Esto coincide con los hallazgos basados en evidencia científica, gracias a los cuales es también posible afirmar que el tratamiento fonoaudiológico es eficaz en niños con dificultades fonético-fonológicas, pero existen menos pruebas de que las intervenciones sean eficaces para los niños con dificultades en la recepción. Por lo tanto, es necesario y valioso diseñar estrategias que estimulen los procesos de adquisición de reglas de facilitación fonológica a partir de los tres y cuatro años, para así prevenir la afectación de dicho componente en el futuro. Es por esta razón que consideramos de suma importancia la detección y derivación médica precoz.

P13

Hipertensión Pulmonar asociada al Virus de la Inmunodeficiencia Humana: Respuesta al tratamiento con Sildenafil

Arri M, Burdet S, Gaynor E, Stepffer C

División Cardiología. Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción:

La Hipertensión pulmonar (HTP) en pediatría es una enfermedad infrecuente, con síntomas inespecíficos.

Se la define como la presión media de la Arteria Pulmonar ≥ 25 mm/Hg por cateterismo cardíaco derecho.

En adultos con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se recomienda el screening de HTP con ecocardiograma, pero en pediatría no está estandarizado.

El pronóstico de la HTP aguda sin tratamiento es ominoso y el diagnóstico precoz puede mejorar la evolución.

El tratamiento se realiza con drogas de sostén y drogas específicas como el Sildenafil, que tienen acción sobre el lecho vascular pulmonar.

Objetivo:

Describir el caso clínico de un paciente pediátrico con HTP severa asociada a VIH, con buena respuesta al Sildenafil.

Caso Clínico:

Paciente masculino de 15 años, HIV de transmisión vertical sin tratamiento. Padre bacilífero de un año de evolución, sin profilaxis a los conatos. Consultó por disnea progresiva de un mes de evolución. Se lo valoró en regular estado general, desnutrido, en ortopnea, yugulares ingurgitadas, edema periférico y dedos en palillo de tambor. Normotenso. Saturación 97%. Presentaba Hepatomegalia, Dressler positivo, R2 reforzado, soplo diastólico en foco pulmonar. Hipoventilación bibasal.

Angiotomografía de tórax con adenopatías en espacio retrocavo pretraqueal, pre y sub carinal, derrame pericárdico, imágenes nodulilares calcificadas en lóbulo medio e inferior derecho. Derrame pleural. Líquido pleural ADA positivo. Se asumió como poliserositis tuberculosa y se inició tratamiento antituberculoso.

Por clínica de falla ventricular derecha se realizó ecocardiograma constatándose hipertensión pulmonar severa con disfunción ventricular derecha, pérdida de el índice de excentricidad y derrame pericárdico.

Luego de descartar otras causas, se asumió como HTP asociada a VIH, iniciando tratamiento con Sildenafil, diuréticos y antirretrovirales. Presentó mejoría progresiva, normalizando los parámetros ecocardiográficos en forma progresiva con recuperación completa de la capacidad funcional.

Conclusión:

La aparición de síntomas cardiopulmonares no explicados en pacientes VIH debe sugerir la necesidad de descartar HTP, recordando que el pronóstico es muy desfavorable pero que con tratamiento precoz se puede modificar su evolución. Es necesario realizar estudios controlados, para valorar la incidencia de la HTP asociada a VIH en pediatría y definir el tratamiento.

P14

Talleres en Sala de Espera. Proyecto conjunto entre Servicio de Adolescencia Htal Elizalde y Fundación Huésped

Scliar C, Biagioli A, Ruggiero S, Testa MV, Sanz C, Lucas M, Cáceres B, Bellucci A, Villalba L.

Sección Adolescencia Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción:

El Servicio de Adolescencia del Hospital Elizalde realiza semanalmente talleres en sala de espera sobre temáticas vinculadas a salud y derechos. El propósito es aprovechar ese espacio y tiempo de espera para que, de acuerdo a la legislación vigente que garantiza el acceso de las/os adolescentes a información sobre su salud sexual y reproductiva, se ofrezca información y se propicie un momento de reflexión en torno a la población que allí se atiende.

Objetivos:

Brindar información sobre ITS, VIH, derechos de adolescentes y derechos sexuales y reproductivos. Promover la reflexión y el intercambio sobre roles de género, sexualidad y diversidad sexual. Propiciar un espacio de diálogo intergeneracional.

Diagnóstico de situación previa:

El Servicio de Adolescencia realizó una investigación sobre masculinidades y brechas de género mediante la cual se entrevistó a más de 400 adolescentes de ambos sexos, que permitió identificar cómo varones y mujeres perciben aspectos vinculados a la masculinidad, sexualidad, salud reproductiva, violencia de género y homosexualidad. A partir de los resultados, el equipo de Fundación Huésped comenzó a trabajar junto a profesionales del Servicio con el objetivo de diseñar, implementar y evaluar talleres que se enfoquen en las temáticas previamente expuestas.

Población a la que está destinado:

Adolescentes y sus acompañantes que se encuentran en la sala de espera para ser atendidos en ese día y horario en el Servicio. Participación voluntaria. Estructura dinámica.

Actividades de la experiencia:

Durante 2015 se planificaron cuatro talleres de coordinación conjunta: VIH e ITS, Roles de género, Género y sexualidad, Diversidad vs. Heteronormatividad.

Luego se sistematizó esta experiencia, incluyendo lecciones aprendidas, sugerencias para la facilitación de actividades, adaptaciones a las dinámicas utilizadas y matrices para el registro de los talleres.

P15

Vigilancia epidemiológica de dengue en pacientes asistidos en un hospital pediátrico. Año 2016.

De San Martín ME, Ferrario C, Bokser V, Giorgetti B, Giudici L, Miño L, Rial MJ, Seoane N, Sevilla ME., M. Eugenia

División Promoción y Protección de la Salud Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción:

El dengue es una enfermedad emergente transmitida por el *Aedes aegypti* y es considerada un problema de salud pública. En el verano del 2016 la Argentina tuvo el mayor brote de dengue de los últimos años. Su presentación en la población pediátrica se convirtió en un nuevo desafío en la práctica cotidiana.

Objetivos:

- 1) describir la vigilancia de los casos sospechosos de dengue asistidos en el hospital Elizalde, la presentación clínica y de laboratorio
- 2) caracterizar los diagnósticos diferenciales de pacientes con sospecha de dengue.

Material y Métodos:

Diseño descriptivo, observacional, corte transversal. Población: pacientes entre 11 meses y 18 años asistidos en el Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde (HGNPE) con diagnóstico sospechoso de dengue entre enero y mayo del 2016. Se tomó como fuente la ficha de vigilancia epidemiológica de Dengue. Variables: edad, sexo, lugar de residencia, días de internación, síntomas al momento de la consulta.

En la SE 11 se cambió la modalidad de vigilancia no enviando muestra a todos los casos sospechosos dado la magnitud del brote.

Resultados:

Durante los meses de enero a mayo 2016 se asistieron 295 casos sospechosos de dengue. 153 varones, 142 mujeres, media de edad: 8,35 años. 74 residentes de la CABA. Se confirmaron por laboratorio 64 casos, de los cuales 42 permanecieron internados. De estos casos los síntomas más frecuentes al momento de la primera consulta fueron: la cefalea, las náuseas/vómitos y las mialgias. La media de glóbulos blancos del laboratorio inicial fue de 3569 y del recuento de pla-

quetas fue 126.490. Media de días de internación de 3.15 días (rango de 0 a 15 días). Entre los diagnósticos diferenciales se mencionan: sepsis por estafilococo, síndrome urémico hemolítico, meningitis por enterovirus y meningococcemia.

El 81,48% de los casos confirmados por laboratorio presentó menos de 5000 glóbulos blancos y el 72% presentó plaquetopenia al inicio.

Conclusiones:

En el laboratorio inicial predominaron la leucopenia y la plaquetopenia. Síntomas comunes en la consulta pediátrica como fiebre, náuseas/vómitos y cefalea fueron los más frecuentes. Diagnósticos potencialmente graves fueron inicialmente interpretados como dengue.

P16

Vigilancia de Influenza A en pacientes internados. Hospital Dr. Pedro de Elizalde. Años 2014-2016

Ferrario C, Bokser V, Giorgetti B, Giudici L, Miño L, Montoto L, Rial MJ, Scquizzato I, Seoane N, Sevilla ME, Svartz A.

División Promoción y Protección de la Salud Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción:

Las infecciones por influenza constituyen una importante causa de morbimortalidad. La vigilancia epidemiológica de los casos resulta esencial para detectar precozmente el ascenso estacional del número de casos, e identificar los grupos poblacionales más afectados. Desde el año 2011 se incluyó al calendario la vacuna antigripal trivalente en niños de 6 a 24 meses, sumado a quienes ya la recibían por ser población con factores de riesgo.

Objetivos:

Describir el perfil clínico, epidemiológico y la vacunación antigripal de pacientes internados con influenza A durante los años 2014, 2015 y 2016 hasta semana epidemiológica (SE) 29 en el Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde.

Material y métodos:

Estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, lugar de residencia, enfermedades pre-existentes, asistencia respiratoria mecánica, vacunación, subtipo viral detectado, semana epidemiológica. Fuente de datos: Fichas Epidemiológicas de Virus Influenza.

Población:

Se describieron los casos de pacientes internados con influenza A confirmada por laboratorio mediante Técnicas de IFI y PCR en tiempo Real.

Resultados:

Del año 2014 al 2016 se notificaron 116 casos de Influenza A en pacientes internados, 21 casos en el 2014, 51 en el 2015 y 44 en el 2016. La media de edad fue 19 meses y la mediana 10 (RI 5-19). El 13% (n=15) residían en Ciudad de Buenos Aires. El 47% presentaban enfermedades preexistentes, de las cuales el 26% eran patologías respiratorias. 102 (88%) se internaron en sala general y 14 en UTI con ARM.

Subtipo detectado:

La totalidad de los casos del 2014 fue H3N2, en 2015 hubo 82% de H3N2 y 18% de H1N1. En el 2016 predominó H1N1 (92%) y el 29,5% tuvo co-infección viral o bacteriana 110 de los 116 casos totales contaban con datos de vacunación. De los 67 pacientes que cumplían criterios de vacunación el 82% no estaba vacunado.

En el año 2014 se detectan los primeros casos en la SE 23 con picos en la semana 25 y 30.

En el 2015 inician en la SE 26 con picos en SE 29 y 32.

En el 2016 los primeros casos corresponden a la SE 19 con picos en las semanas 22 y 24.

Conclusiones:

Se observó que en los tres años analizados la dinámica de los casos resultó diferente. En el 2016 los casos se adelantaron en relación a años anteriores.

Debido a que cerca de la mitad de los pacientes tenían factores de riesgo para enfermedad grave por influenza y un alto porcentaje no estaba vacunado, se debería reforzar en estos grupos la inmunización oportuna.

Resulta fundamental continuar la vigilancia epidemiológica y el análisis

de esta patología para aportar datos que fortalezcan la toma de decisiones.

P17

Prevalencia de Hipertensión Arterial enmascarada en niños con factores de riesgo para el desarrollo de hipertensión arterial

Iturzaeta A¹, Pompozzi L², Casas Rey C², Passarelli I¹, Torres F¹

Consultorio Externo de Pediatría Hospital General de Niños Pedro de Elizalde¹, Hospital de Pediatría SAMIC JP Garrahan²

Introducción:

La Hipertensión Enmascarada (HE) se define por registros de presión arterial (PA) normal en la consulta y registros elevados durante el Monitoreo Ambulatorio de Presión Arterial de 24 horas (MAPA). Existe poca información sobre la incidencia de HE en niños con riesgo de Hipertensión Arterial (HTA).

Objetivos:

Estimar la incidencia de HE en niños con factores de riesgo para HTA, y evaluar si existe asociación entre factores de riesgo para HTA y la presencia de HE.

Material y métodos:

Estudio prospectivo de corte transversal. Se incluyeron durante un año todos los pacientes de 5 a 11 años de edad, asistidos en forma ambulatoria, con al menos un factor de riesgo para HTA, y PA normal. Se programó MAPA de 24hs. Se estimó la incidencia de HE sobre el total de pacientes evaluados. Se evaluó asociación factores de riesgo e HE (chi cuadrado). Tamaño muestra fue suficiente para estimar una incidencia de HE de 10±7% con un IC95%. Se cuenta con aprobaciones y registros pertinentes.

Resultados:

Se incluyeron 80 pacientes, edad promedio 8,7 ± 1,5 años, 47 fueron mujeres. El tiempo promedio de MAPA fue 22,8 ± 2,8 horas con 53,5 ± 8,2 lecturas totales.

Los factores de riesgo observados fueron: antecedentes neonatales en 17 pacientes; todos tenían al menos un antecedente personal; 67 presentaron al menos un antecedente familiar.

Se identificaron 9 pacientes con HE (11,3%; IC95:6,1-20,1%); 11 con hipertensión nocturna aislada (13,8%; IC95:7,8-22,9%); y 13 como pre-hipertensión (16,3% IC95:9,7-25,8%). Además, 26 presentaron alteración del ritmo circadiano (32,5%; IC95%23,2-43,3%).

Se observó asociación entre varones (OR 6,4 IC95%1,2-33,3 p=0,03); microalbuminuria (OR 20 IC95%1,6-249 p=0,03); y PA en PC>90 aislada (OR 3,9 IC95%0,9-16,5 p=0,05) con HE.

Conclusión:

La incidencia de HE en niños con factores de riesgo para HTA fue ligeramente superior al 10%. Se observó asociación entre sexo, microalbuminuria y la PA en PC>90 aislada con HE. Se necesitan más estudios para confirmar estos resultados.

P18

Nasofibroangioma Juvenil

Fernández L, Cohen D, Juchli M, Michalski J, Pisa V, Spini R

División Otorrinolaringología Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción:

El nasofibroangioma juvenil (NFJ) es una neoplasia vascular benigna, localmente agresiva con gran invasión que puede extenderse a región endocraneana. Afecta al sexo masculino de 10 a 25 años. Comprende el 0,05-0,5% de los tumores de cabeza y cuello. Generalmente se origina en el basiesfenoides. Se manifiesta inicialmente por epistaxis recurrente unilateral y obstrucción nasal. La sospecha diagnóstica se basa en el interrogatorio, la clínica y la endoscopia nasal. La tomografía computada y resonancia magnética con contraste confirman la extensión del tumor y permiten su clasificación. La angiografía valora la irrigación, permitiendo la embolización prequirúrgica. La biopsia está contraindicada.

Los diagnósticos diferenciales son: pólipos nasales, pólipo antrocoanal, teratomas, tumores dermoides, granuloma piógeno, papiloma invertido, carcinoma epidermoide, hemangioma, rabdomiosarcoma.

La anatomía patológica confirma el diagnóstico.

Objetivo:

Alertar sobre una causa poco frecuente de epistaxis en adolescentes.

Caso clínico:

Paciente de 10 años que consulta por insuficiencia ventilatoria nasal y epistaxis a repetición. Niño en buen estado general. Al examen físico presenta asimetría facial con deformidad de pirámide nasal. Se evidencia tumoración unilateral en fosa nasal derecha de coloración rojiza y abombamiento de paladar blando, indoloro. La tomografía de macizo craneofacial con contraste evidencia imagen de densidad de partes blandas heterogénea que ocupa fosa nasal derecha en su totalidad desplazando tercio posterior de tabique, cavum y fosa pterigomaxilar derecha ocupados. Sospecha diagnóstica: NFJ. Se deriva a centro especializado en dicha patología para su resolución quirúrgica confirmando el diagnóstico.

Conclusiones:

El NFJ es una patología muy poco frecuente a tener en cuenta en todo paciente adolescente masculino con antecedentes de epistaxis recurrente e insuficiencia ventilatoria nasal. La rinomicroscopia más la rinofibroscopia nos orienta; los estudios por imágenes confirman la tumoración y la anatomía patológica lo certifica. El tratamiento habitualmente es quirúrgico. La vía de abordaje y el pronóstico dependen del tamaño de la lesión y del grado de invasión del tumor.

P19

Botriomicoma

Spini R, Cruz D, Fitz Maurice MA, Pisa V

División Otorrinolaringología Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción:

El botriomicoma, llamado también granuloma piógeno es una lesión nodular pseudotumoral secundaria a proliferación vascular reactiva ante diversos estímulos, generalmente traumáticos. Se trata de un pequeño nódulo que raramente supera el centímetro de diámetro, exofítico, en ocasiones pedunculado, de aspecto carnoso. Con frecuencia se observa erosionado mostrando una superficie lisa o mamelonada que puede acabar cubriéndose por una costra. Puede observarse en cualquier localización aunque son frecuentes en los dedos de las manos y en las mucosas gingival y labial. Suele presentarse como una lesión solitaria y asintomática aunque frecuentemente sangran ante pequeños traumatismos.

Debe plantearse como diagnóstico diferencial el hemangioendoteliooma infantil o con cualquier otro angioma con presentación clínica nodular.

Objetivo:

Describir un caso clínico de presentación poco frecuente en pediatría.

Caso clínico:

Paciente de 14 meses de edad, sin antecedentes personales de importancia. Antecedente familiar, madre con hemofilia. Consulta a la División de Otorrinolaringología del HGNPE por sangrado de lengua de 48 hs. de evolución. No refiere traumatismo en la zona ni otros sangrados. Al examen físico se observa una lesión sobrelevada erosiva, de bordes difusos de color rojizo en tercio medio de lengua con sangrado en napa. Se realiza compresión con adrenalina y cauterización con nitrato de plata sin lograr cohibir el sangrado, por lo que se decide su internación. Se realiza laboratorio: Glóbulos blancos 13.900 mm³ con predominio neutrófilos, hemoglobina 8 gr/dl, hematocrito 26%, plaquetas 159.000 mm³ con coagulograma normal. Se realiza evaluación por hematología descartándose hemofilia. Al continuar con sangrado y constatar el descenso de hemoglobina a 5,8 gr/dl y hematocrito 18% se indica transfusión de glóbulos rojos desplazados. El servicio de dermatología diagnóstica lesión compatible con botriomicoma lingual, indicándose propranolol a 0,5 mg/kg/día. Al presentar buena respuesta clínica, sin sangrado activo se decide su alta a las 24 horas del tratamiento. Al quinto día del tratamiento con propranolol el paciente no presenta ninguna lesión aparente en lengua.

Conclusiones:

La presentación lingual del botriomicoma es poco frecuente. Los tratamientos descritos en la bibliografía de esta patología es el curetaje, con electrocoagulación o exéresis quirúrgica.

En el caso de nuestro paciente se decidió tratamiento médico con

propranolol por ser una lesión vascular proliferativa, ya que la localización y la edad del paciente ameritaba una conducta expectante.

P20

Sialoadenitis Bacteriana

Spini R, Arias E, Fernandez L, Ramirez Z.

División Otorrinolaringología Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción:

La sialoadenitis es la inflamación de las glándulas salivales. En la población pediátrica representa el 10 %. Puede ser viral o bacteriana.

La infección bacteriana resulta de la disminución del flujo salival con infección ascendente desde la cavidad oral o bacteriemia transitoria. Síntomas más frecuentes de manifestación aguda:

hinchazón, dolor y eritema de la glándula afectada, generalmente unilateral y fiebre. El dolor aumenta con la masticación y la deglución en la submaxilitis. La carúncula está eritematosa y edematosa. A la palpación se puede observar salida de contenido purulento o moco espeso. El diagnóstico es clínico. La ecografía evidencia inflamación de la glándula. Se solicita tomografía computada (TC) ante sialoadenitis abscedada y complicaciones. No se detectan cálculos < 2 mm ni en ecografía ni en TC. La sialografía es el gold standard para la evaluación de sialoadenitis recurrente, para diferenciar cambios inflamatorios crónicos y patología obstructiva. Tratamiento antibiótico si es bacteriana, analgésico, adecuada hidratación, masaje local y sialogogos.

Objetivo:

Describir un caso clínico.

Caso Clínico:

Paciente de 10 años de edad, masculino, que consulta al pediatra por tumoración submaxilar derecha indolora de una semana de evolución, le diagnostica faringitis indicando penicilina en la segunda visita. Antecedentes personales: tumoración submaxilar que varía de tamaño en forma fluctuante. Concorre a otorrinolaringología por persistir con síntomas. Presenta tumoración submaxilar dolorosa a la palpación sin eritema de 4 x 4 cm. Fauces: normal. Piso de boca: se observa tumor a nivel de glándula submaxilar derecha, carúnculas eritematosas. A la palpación se observa salida de material purulento. Se realiza ecografía que informa aumento de la glándula submaxilar derecha, heterogénea y aumento de la vascularización. Radiografía: sin cálculo. Se indica amoxicilina clavulánico, corticoides, analgésicos y sialogogos. Presentó buena evolución. Actualmente en seguimiento en el servicio.

Conclusión:

Sialoadenitis bacteriana en pediatría: es poco frecuente. Es importante realizar examen exhaustivo de la boca para no confundir con adenitis. El manejo es conservador y el objetivo es prevenir el daño permanente del parénquima glandular.

P22

Cierre Endovascular de Comunicación Interventricular. Ecocardiografía pre-intra-post procedimiento

Biancolini MF, Biancolini J, Ackerman J, Marques A, Luccini V, de Dios AM, Damsky Barbosa J

División de Cardiología Infantil Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Objetivo:

analizar la utilidad de la ecocardiografía en cierre de comunicación interventricular (CIV) endovascular (EV).

Materiales y Métodos:

Análisis retrospectivo, revisión de imágenes ecocardiográficas transitorácicas y transeofágicas de pacientes (pa) con cierre de CIV EV, durante el periodo entre Mayo 2010 y Marzo 2016, Hospital Pedro de Elizalde. Se incluyeron todos los procedimientos (proc) que cumplieran con los criterios de cierre de CIV EV y tuvieran las características anatómicas adecuadas para su realización mas allá del resultado final del procedimiento.

Resultados:

47 pa, 51 proc. 43 proc exitosos (84,3%), 41 proc en 1er intento y 2 pa en 2do proc. Mediana (M) edad: 7 años (rango 0,33 a 15). M peso:

26Kg (rango 4,3-83). 5pa <de 10Kg. 8 proc frustrados en 1er intento, 2 pa se modificó diseño de prótesis en 2do proc con éxito, y 6 pa cierre qx (11,7%).

Exitosos:

43 proc exitosos, 44 civs cerradas. 3 pa CIV postoperatorias (POP) y el resto nativas. 2 pa presentaban CIVs múltiples. Tipo de CIV: 46,5% proc perimembranosas (PM) con mecanismo de cierre, 25,5% proc muscular alta (MA), 13,9% proc en mediventriculares (MV), 6,9% proc apicales y 6,9% proc POP. Media del tamaño: boca izquierda 9.3mm, boca derecha 4.7mm, y longitud 7mm. 12 CIVs más de una boca derecha. Estructuras adyacentes: PM con mecanismo de cierre por valva septal de válvula tricúspide excepto 1pa por la coronariana derecha. 7pa prolapso de no coronariana y 2 pa coronariana derecha (1pa MA, 1 POP de civ doblemente relacionada y el resto PM). 3 pa shunt ventrículo izquierdo-aurícula derecha (VIAD) funcional. Complicaciones, 3 pa presentaron complicaciones Mayores (6,9%): 1pa (PFM) estenosis tricúspide; 1 pa (PFM) hematuria con descenso del hematocrito; 1 pa (Amplatzer), <de 10Kg, IAo severa en postproc inmediato. Resto Menores: 11 pa presentaron arritmias: 3 pa (2 Lifetech 1 Amplatzer) tto con corticoides; 1 pa (Lifetech) embolización a rama pulmonar derecha (RPD) se rescata y se cambia; 2 pa (PFM) hematuria transitoria; 1pa (PFM) fractura de coil; 2pa (PFM) IT moderada; 1pa (PFM) IAo leve a moderada.

Frustrados:

4 pa presentaron bloqueo auriculoventricular completo (BAVC) (1 MA y 3 PM). 1 pa embolización RPD (CIV MV). 1 pa colapso agudo de la pared libre del ventrículo derecho por tracción del aparato subvalvular tricúspideo (PM).

Conclusiones:

La ecocardiografía permitió definir las características anatómicas de las CIVs y sus relación con las estructuras adyacentes para la correcta elección del dispositivo. Además es un herramienta complementaria para guiar el procedimiento. Permite la identificación de complicaciones intra y post procedimiento y la toma de decisiones. El cierre de CIV EV es una alternativa menos invasiva y que podrá convertirse en el tto de elección de la CIV musculares y PM en pacientes que cumplan con las características necesarias, para esto es de suma importancia la ecocardiografía.

P23

Talleres de Educación Diabetológica Hospital Elizalde (TEDHE): de la atención individual a la interdisciplina.

Czenky Villagrán ME, Ávila A, Braguisny L, Carosella M, Fernández A, Ferraro M, Franchello A, Frías P, Grimberg N, Panighetti ML, Penco C.

Sección Nutrición y Diabetes Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción:

La Educación Diabetológica constituye el proceso que provee al paciente con diabetes y su familia del conocimiento, las habilidades y la adquisición de recursos necesarios para desarrollar el autocuidado y la toma de decisiones que permitan un manejo adecuado de la enfermedad. Los Talleres de Educación Diabetológica tienen como propósito generar un espacio educativo, de reflexión e intercambio mediante la utilización de diversas metodologías de trabajo para mejorar la calidad de vida del paciente y su familia.

Objetivos:

- 1- Mostrar la evolución de los TEDHE que se realizan en el Servicio de Nutrición y Diabetes desde el año 2012 a la fecha.
- 2- Reforzar la importancia de la interdisciplina en esta actividad

Población:

Niñas/os, y adolescentes de 2 a 18 años con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 1 y sus familiares/cuidadores, etc.

Métodos y materiales:

Se realizan encuentros programados de manera mensual, separados por grupos etarios (preescolares, escolares y adolescentes). Duración: 2.30 hs, Cada Taller consta de tres partes: 1°) Automonitoreo glucémico, aplicación de insulina, desayuno grupal (30min). 2°) Temática a tratar (1hr): Conceptos prácticos, con resolución de problemas y refuerzo de lo aprendido.

Ej.: Generalidades de la diabetes, Insulinización, Alimentación, Hipoglucemia, Actividad física, Cuidado de los pies, etc.3°) Actividades manuales relacionadas con el tema tratado a cargo de las maestras hospitalarias (1hr). Colación y cierre. Se adaptan las técnicas educativas según las edades (juegos de mesa, cuentos, material audiovisual, etc). Registro de las actividades en libro de actas.

Resultados:

En el año 2012 los TEDHE se inician con 1 Pediatra/diabetólogo y 2 Trabajadoras sociales. El equipo fue creciendo al igual que la concurrencia que es actualmente de 30 familias. Desde el año 2015 el taller cuenta con 6 Pediatras/diabetólogos, 1 Licenciada en Nutrición, 1 Psicóloga, 1 Trabajadora social y 2 Maestras.

Conclusión:

En nuestra experiencia, el abordaje interdisciplinario favoreció la concurrencia a los talleres, la fortificación de conceptos y la mejoría de la calidad de vida del paciente y su entorno.

P24

Colonización e infección por gérmenes multirresistentes y *Candida spp* en unidades cerradas del Hospital Pedro de Elizalde, período 2013-2015.

Pereda R, Sáenz C, Cancellara A, Dondoglio P, Baich A, Kuzawka M

División Laboratorio Central Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción:

Los pacientes colonizados por gérmenes multirresistentes (MR) sirven de reservorio y vehículo para su introducción en distintos ambientes. La prevalencia varía temporal, geográfica y según la complejidad del hospital; siendo las áreas cerradas las más implicadas en su desarrollo.

Las infecciones producidas por *Candida spp* aumentaron en las últimas décadas, siendo la colonización un factor de riesgo importante. Muchos estudios demostraron que es útil realizar cultivos de vigilancia facilitando el control de infecciones.

Objetivos:

Describir tasas de colonización (TC) e infección (TI) por gérmenes MR y *Candida spp*, su distribución en muestras clínicas de neonatología (NEO) y terapia intensiva (UTI) de nuestro hospital durante el período 2013-2015.

Población:

Resultados de los cultivos de vigilancia de hisopados rectales e infecciones por gérmenes MR y *Candida spp* en NEO y UTI durante 2013-2015.

Materiales y Metodos:

Estudio retrospectivo observacional. Se revisaron resultados de hisopados rectales de vigilancia para búsqueda de enterococo vancomicina resistente (EVR), enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE+) y gérmenes resistentes a los carbapenemes, *S. maltophilia*, *Acinetobacter spp MR* y *Candida spp*. También se describen las muestras clínicas en las que fueron hallados. Se calcularon TC y TI cada 1000 egresos.

Resultados:

las enterobacterias BLEE+ fueron las más frecuentes en infección invasiva y en colonización (tabla); seguido por el EVR, aunque las TI por el mismo fueron las más bajas.

La colonización por gérmenes productores de carbapenemasas aumentó a lo largo del tiempo.

Candida spp representó uno de los de mayor TI. La especie más frecuente aislada fue *C. albicans* (NEO 54%/UTI 71%), seguida por *C. parapsilosis* y *C. lusitanae*. Las muestras clínicas de donde fueron aisladas correspondieron a urocultivos (51.66%) seguidos de hemocultivos (26.66%) y punta de catéter (21.66%).

Conclusiones:

Se calcularon TC y TI por gérmenes MR y *Candida spp* en NEO y UTI, así como su distribución en muestras clínicas. La vigilancia activa de colonización por gérmenes MR y *Candida spp* representa un componente esencial para un programa de control, permitiendo la detección de nuevas cepas resistentes y su distribución.

P25**Evaluación de la respuesta inmune frente a antígenos polisacáridos en pacientes con sospecha de déficit selectivo de anticuerpos**

Wenk G, Roffé G, Capece E, Quiroz H, Gaddi E, Balbaryski J
Laboratorio Inmunología Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción:

Los anticuerpos dirigidos contra los polisacáridos capsulares son un componente esencial de defensa contra infecciones por gérmenes como el *Streptococcus pneumoniae*. Se ha descrito una respuesta ineficiente en pacientes con inmunoglobulinas normales o asociada a inmunodeficiencias primarias como hipo y agamaglobulinemia, déficit de subclases de IgG con o sin asociación a deficiencia de IgA, hiper IgE y otros.

Objetivo:

Evaluar la respuesta anticorpórea específica contra polisacárido del neumococo (aPCP) en un grupo de pacientes que concurren al servicio de inmunología, junto con las manifestaciones clínicas que presentaban como motivo de la consulta.

Materiales y métodos:

Se revisaron 51 historias clínicas de pacientes de 0 a 18 años de edad de ambos sexos con infecciones a repetición, entre enero 2014 y junio 2016, a quienes se les realizó la medición de inmunoglobulinas séricas (Nefelometría), poblaciones linfocitarias (Citometría de flujo), y aPCP post estímulo con vacuna antineumococo 23 serotipos 4 a 6 semanas después de la inmunización (ELISA comercial Binding Site, con adsorción previa con polisacárido C), título protectivo ≥ 113 mg/L.

Resultados:

De los 51 pacientes, 39 (76%) desarrollaron una respuesta protectora post estímulo, mientras que 12 (24%) mostraron una respuesta por debajo de los niveles protectivos de 41.25 ± 32.2 mg/L. De los 39 pacientes que respondieron adecuadamente a la vacunación, 20 (51%) presentaron inmunoglobulinas fuera del rango de referencia para la edad, y 11 (28%) de ellos mostraron alteraciones celulares. De los pacientes con valores por debajo del título protectivo, 9 de ellos (75%) presentaron inmunoglobulinas fuera del rango de referencia para la edad, de los cuales 6 (50%) mostraron alteraciones en el estudio celular. En el 95% de la población estudiada se observaron infecciones recurrentes de las vías respiratorias altas y bajas como ser: neumonía, otitis, bronquitis obstructiva recidivante, bronquiectasias y catarro de vías aéreas superiores.

Conclusiones:

En el grupo de pacientes estudiados encontramos un 24% de individuos con baja respuesta frente a polisacáridos capsulares. Estos pacientes además mostraron una alta prevalencia de valores de inmunoglobulinas fuera de rango para la edad, lo cual correlaciona con una mayor frecuencia de infecciones recurrentes y persistentes de las vías respiratorias altas y bajas.

P26**Desarrollo y evaluación de la estabilidad química de una formulación oral líquida de Metotrexato 2.5 mg/ml para el tratamiento de la Artritis Idiopática Juvenil.**

Alonso Mr, Elso Og, Pigliapoco Ve
Cátedra de Farmacognosia. IQIMEFA, División Farmacia Hospital de Niños Pedro de Elizalde.

Introducción:

Artritis Idiopática Juvenil engloba a todas las artritis de causa desconocida de al menos seis semanas de evolución y de inicio antes de los 16 años de edad. El tratamiento farmacológico recomendado es Metotrexate 10-20 mg/m² vía oral una vez a la semana. Las formas farmacéuticas en el mercado Argentino es en comprimidos o inyectables, esto representa un inconveniente para administrar en pacientes pediátricos, surgiendo en el servicio de Farmacia la necesidad de elaborar una formulación para estos pacientes. Por lo que se desarrolló un jarabe de Metotrexate 2.5 mg/ml.

Objetivo:

Determinar si el preparado de Metotrexate en jarabe es estable desde el punto de vista físico y químico para su utilización en pacientes pediátricos.

Materiales y métodos:

Preparación del jarabe: se utilizaron ampollas de Metotrexate de 20mg, se agregó jarabe simple mezclándose homogéneamente y se fraccionó en jeringas conteniendo 3 ml de jarabe en una concentración de 2.5 mg/ml. El proceso se realizó en cabina de flujo laminar de seguridad biológica. En la Cátedra de Farmacognosia se realizó el estudio de estabilidad y observación de aspecto y color de las jeringas a temperatura ambiente (18-25°C) y refrigeradas (2-8°C) a los tiempos 0, 15, 30, 60 y 90 días. La determinación de Metotrexate en jarabe se realizó por HPLC, según USP37. Parte de las jeringas quedaron en la Farmacia del hospital para evaluar color y sabor.

Resultados:

En las muestras conservadas a Temperatura ambiente (TA) y las refrigeradas se obtuvo un contenido de Metotrexate del $100 \pm 10\%$ en los tiempos analizados. Aspecto, color y sabor se mantuvieron inalterados en las dosis refrigeradas hasta los 90 días. A TA se observó cambio de aspecto a los 60 días en 2 de las dosis, manteniéndose inalteradas el resto de las características.

Conclusión:

Es importante el rol del farmacéutico en la elaboración de formulaciones que no se encuentran en el mercado para mejorar la adherencia y la calidad de los tratamientos que reciben los pacientes en pediatría. El Metotrexate refrigerado (2-8°C) no presentó diferencias en su concentración, aspecto, color y sabor en los 90 días de almacenamiento.

P27**Accidente por Paederus, una patología a considerar**

Pauca A, Barzini M, Cari Cl, Yanicelli MT, Nieto MM.
Unidad de Toxicología. Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción:

La dermatitis de contacto provocada por insectos que pertenecen al género *Paederus* es ocasionada por una sustancia cáustica que se denomina paederina y puede ser liberada por el simple contacto o el aplastamiento sobre la piel. El cuadro se caracteriza por lesiones eritematosas lineales (semejantes a la huella del látigo) con formación de vesículas o pústulas asociados a dolor y ardor local, de evolución en general benigna. El *paederus* es un insecto de la familia *Staphylinidae*, del orden Coleóptera, conocido desde la segunda década del siglo pasado, incluye mas de 600 especies de las cuales 30 son responsables de dermatitis, que han sido reportadas mundialmente debido a su amplia distribución. Se los encuentra en regiones calidas y lluviosas, en zonas de cultivos, y es atraído por las luces artificiales.

Objetivos:

Dar a conocer esta dermatitis a la comunidad médica general, de presentación frecuente en épocas estivales, ya que puede ser confundida con otras entidades.

Describir las características y hábitos del insecto para poder realizar medidas de prevención.

Material y método:

Presentación de 12 casos clínicos y revisión bibliográfica.

Conclusiones:

Si bien es una patología que generalmente evoluciona en forma benigna, el rascado de la lesión elemental u otras maniobras intempestivas pueden dar lugar a infecciones secundarias que requieran intervención y tratamiento sistémico.

Consideramos importante tener en cuenta esta patología ante la consulta de pacientes con lesiones vesico-ampollares dolorosas, de inicio brusco y antecedentes de actividades al aire libre.

Recomendaciones:

1) Aprender a reconocer los insectos del género *Paederus* 2) Evitar el contacto o aplastamiento sobre la piel 3) Evitar la invasión de estos insectos nocturnos en las casas con el uso de mosquiteros en puertas y ventanas.

P28**Superman: noches sin control**

Crocinielli M, Yanicelli MT, Pauca A, Martins, Nieto MM
Unidad de Toxicología. Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción:

Las drogas de síntesis o "drogas de diseño" son sustancias psicoacti-

vas de uso recreacional fabricadas en laboratorios clandestinos.

La PMMA, Superman, (para-metilmfetoximetamfetamina), fue sintetizada en 1938, pero se ha vendido como éxtasis (MDMA) y es utilizada como estimulante con fines de diversión. Es una sustancia psicoactiva con efectos estimulantes y entactógenos, que pertenece al grupo de las fenetilaminas. Produce hiperactivación, alerta, hipertermia, taquicardia, hipertensión, nerviosismo y agitación, pudiendo ocasionar (dependiendo de la dosis consumida y la vulnerabilidad del individuo) convulsiones, arritmias cardíacas e incluso la muerte.

La PMMA tarda más tiempo en iniciar su efecto, lo que crea al usuario la falsa sensación de que las pastillas no le han producido los efectos deseados, por lo que tiende a consumir más, incrementando enormemente el riesgo de hipertermia, intoxicación y/o muerte.

Objetivos:

Informar a la población médica sobre el uso y efecto de PMMA. y concientizar acerca de los riesgos de la utilización de este tipo de sustancias.

Material y método:

Revisión y actualización bibliográfica.

Conclusiones

El consumo de drogas de síntesis constituye un problema sanitario debido tanto a sus efectos inmediatos potencialmente mortales como a sus repercusiones orgánicas a largo plazo.

Los consumidores habituales son mayoritariamente jóvenes entre 16 y 24 años que buscan en ellas un elemento facilitador de la comunicación y de la sociabilidad.

La PMMA posee un alto riesgo de toxicidad aguda. Resulta muy difícil saber la concentración de droga que contiene cada píldora, ya que las cantidades nunca son fijas.

Es necesario poner esta información a disposición de todos los servicios de atención con el fin de prevenir el consumo y disminuir los riesgos asociados al mismo.

P29

Tratamiento de la excitación psicomotriz por paco: uso de benzodiazepinas y neurolépticos. Trabajo retrospectivo"

Arcidiacono G, Nieto MM, Aprea V, Valeri C, Moi K

Unidad de Toxicología. Departamento de Urgencias. Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción:

El paco constituye un problema de salud pública en nuestro país y conlleva una morbimortalidad asociada a diversos factores.

La cocaína se presenta en dos formas químicas principales: la sal (soluble en agua) y la cocaína base (insoluble en agua) más conocida en nuestro entorno como paco.

El paciente que consume paco suele ser de difícil manejo debido a la excitación psicomotriz junto a otras manifestaciones como la falta de aseo, múltiples lesiones asociadas y abandono de la persona.

La recomendación para el tratamiento de estos pacientes suele hacerse sobre el empleo exclusivo de benzodiazepinas, debido a la controversia sobre aparición de efectos adversos descriptos en animales de experimentación con el uso de neurolépticos.

Objetivos:

Describir el tratamiento de la excitación psicomotriz asociada al uso de Paco. Analizar la asociación entre el tratamiento con neurolépticos y la aparición de efectos adversos en pacientes agitados consumidores de paco.

Material y método:

Se recabaron datos de Historias Clínicas del Servicio de Toxicología del Hospital Pedro de Elizalde desde el 1/1/2011 hasta el 31/5/2016 para la realización de un trabajo descriptivo retrospectivo. Se empleó Microsoft Excel versión 14.0.7166.5000 para el ingreso de datos y su análisis. Se empleó IBM SPSS como programa estadístico para el análisis de las variables.

Los pacientes fueron asistidos de manera conjunta por médico toxicólogo, médico pediatra, médico psiquiatra, psicólogo y trabajador social, permaneciendo internados en la guardia. La gran mayoría de ellos se encontraban en situación de calle.

Resultados:

Un total de 152 consultas fueron por consumo de paco, en 27 de las

mismas presentaron excitación psicomotriz y fueron medicadas, en su mayoría, con psicofármacos neurolépticos en asociación a benzodiazepinas de administración parenteral, dada la escasa respuesta a la utilización de estas últimas de manera exclusiva.

La sujeción física juega un papel importante en el momento de la administración de las drogas, dada la negativa del paciente al tratamiento y la agresión característica, hasta el inicio de acción de la medicación.

Conclusiones:

Los pacientes con consumo de paco que se presentaron con excitación psicomotriz y fueron medicados con psicofármacos neurolépticos en asociación con benzodiazepinas de administración parenteral, no presentaron efectos adversos clínicamente significativos.

P30

Errores en la medicación: intoxicación por risperidona

Arcidiacono G, Barzini M, Carro A, Keller MC, Nieto MM, Aleman L

Unidad de Toxicología. Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

Introducción:

Los medicamentos constituyen el recurso terapéutico más utilizado en la medicina actual. En los últimos años se ha registrado un aumento en la incidencia de las intoxicaciones medicamentosas por errores de medicación. En consecuencia, estos son una de las causas más frecuentes de acontecimientos adversos ligados a la asistencia sanitaria. Pueden ocurrir en cualquiera de las etapas de dicho proceso (selección, prescripción, dispensación, administración y seguimiento). Se deben a múltiples razones y factores e involucran a profesionales (médicos, farmacéuticos, enfermeras), técnicos y pacientes y /o sus cuidadores.

Objetivos:

Destacar la importancia de la detección de los errores de medicación y de la necesidad de adoptar medidas de prevención de los mismos para mejorar la seguridad en el uso de medicamentos.

Material y método:

Presentación de un caso clínico y revisión bibliográfica.

Caso clínico:

Paciente de 5 años de edad, de sexo masculino, que ingresa a la guardia por un cuadro de distonía cervical, rueda dentada, lúcido, eufónico y taquicárdico. Al interrogatorio surge que el niño había sido atendido en otro hospital 24 hs previas por una reacción alérgica, por lo que se le indicó difenhidramina vía oral. La madre concurrió a una farmacia donde le expidieron risperidona.

Resultados:

El paciente permaneció internado durante 24 hs, recibió difenhidramina vía parenteral y biperideno vía oral, con buena evolución clínica.

Conclusiones:

Los errores en la prescripción médica pueden ocasionar graves intoxicaciones con riesgo de vida para los pacientes.

Se debe crear conciencia en los profesionales de la salud acerca de la importancia en la claridad y precisión en la prescripción médica, verificando la comprensión de la misma.

El médico, como miembro del equipo de salud que prescribe medicamentos, es el máximo responsable en la identificación y resolución de los problemas relacionados con la farmacoterapia.

P31

Ingesta intencional de paracetamol en paciente con hepatitis autoinmune

Arcidiacono G, Crocinelli M, Keller MC, Nieto MM, Reartes A.

Unidad de Toxicología, Servicio de Gastroenterología, Sección Hepatología
Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción:

El paracetamol es un analgésico y antipirético ampliamente utilizado en pediatría. Las intoxicaciones por este fármaco suelen ser accidentales en los niños, mientras que en adolescentes y adultos son de carácter intencional. El principal efecto tóxico es el daño hepático en mayor o menor grado, aunque puede causar daño en otros aparatos y sistemas.

Objetivo:

Destacar la importancia de la utilización del antídoto lo más precozmente posible.

Material y Método:

Presentación de un caso clínico y revisión bibliográfica.

Caso clínico:

Paciente de sexo femenino de 12 años de edad con diagnóstico de hepatitis autoinmune tipo 1, que ingresa a la guardia del hospital por ingesta intencional de paracetamol a una dosis única de 135 mg/kg/dosis o su equivalente 9,5 gr/dosis, 12 hs previas. No se realizan medidas decontaminantes debido al tiempo transcurrido desde la ingesta. Se determina la concentración plasmática de paracetamol, encontrándose la misma dentro del rango de hepatotoxicidad. Recibe tratamiento correspondiente con el antídoto N-acetilcisteína (NAC).

Resultados:

La paciente permaneció internada durante 7 días, evolucionó favorablemente continuando su seguimiento por Hepatología.

Conclusiones:

Los efectos de la toxicidad por paracetamol radican en la lesión del hígado. El tratamiento oportuno con NAC previene la hepatotoxicidad inducida por paracetamol y disminuye notablemente la morbi-mortalidad de esta entidad, previene el 100% del daño hepático si es administrado dentro de las primeras 12 horas, está claramente indicado entre las primeras 16 y 36 horas y puede ser beneficioso incluso hasta las 72 horas posteriores a la ingesta.

P32**Hospital de Día Polivalente como nueva modalidad de atención en el Hospital Elizalde. Los primeros 9 años. Revisión de nuestra casuística**

Nakab A, Piazza C, Di Lalla S, D Errico C, Gomez Sosa J, Zaslavsky V, Martins L, Lago M, Gari S

Hospital de Día Polivalente Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción:

Hay situaciones en la práctica médica cotidiana que necesitan de la utilización de estrategias clínicas y varios estudios complementarios para llegar a un diagnóstico correcto, y de esta manera instaurar la terapéutica adecuada. Esto obliga al paciente y su familia a destinar gran parte de su tiempo a recorrer hospitales.

La posibilidad de implementar la modalidad de Hospital de Día (HDD) en la estructura clásica institucional, permite reducir los periodos de espera, disminuir costos y mejorar la eficacia del trabajo profesional, beneficiando tanto al paciente y su familia, como al equipo de salud, teniendo en cuenta la atención humanizada, base de este proyecto.

Objetivos:

Describir la casuística del trabajo realizado en HDD desde su creación en 2007 hasta la actualidad 2016, denominando sesiones a cada ingreso en HDD.

Material y Método:

Se realizó una revisión retrospectiva, cuantitativa, descriptiva de pacientes atendidos durante 9 años, que requirieron internación en HDD en el período comprendido entre 01/10/07 y 30/5/16. Se analizaron las historias clínicas de internación. Se utilizó una planilla de recolección de datos, cuyas variables fueron fecha /sexo /motivo de internación / diagnóstico egreso/especialidad referente.

Procesamiento de datos Microsoft Excel

Resultados:

Desde octubre de 2007 a mayo 2016 se realizaron 16344 sesiones con la siguiente distribución por año

2007	2008	2009	2010	2011	2012
2013	2014	2015	2016		
80	1179	1456	1706	2042	2232
2455	2221	2159	814		

Las distribución en porcentaje, según la Especialidad que deriva al paciente:

Reumatología	Inmunología	Endocrinología
Clinica	Imágenes	Hemodinamia
27.94	14.7	7.84
6.37		7.35
		6.86
		7.35

ORL	Dermatología	Nefrología	Gastroenterología
Neumonología	Oftalmología	Odontología	
5.39	3.43	2.94	3.43
1.47		3.43	1.47

Distribución por sexo: 50,98% varones. 49,01% mujeres.

Distribución por edad 61,27% de 0 a 10 años. 34,72% de 11 a 19 años

Conclusión:

Durante 9 años de trabajo, se efectuó la atención de pacientes con patologías en su mayoría crónicas y con terapéuticas complejas que pueden realizar sus estudios y tratamiento en un ambiente de gran hospitalidad y regresando a su hogar, lo que consideramos redundante en beneficio para su salud física, emocional y social.

Fueron beneficiados 16344 familias con esta modalidad que permite mejorar la calidad de vida sin necesidad de internaciones innecesarias.

P33**Impacto de un Programa de Rehabilitación Respiratoria en pacientes pediátricos con Afección Pulmonar Crónica.**

Altolaquirre N, Alvarado C, Bettini F, Crespo M, Erviti M, Ferreyra L, Iglesias J, Javier P, Lopez Cottet S, Quiroga Nigro G, Seco L, Sestini M, Paz Walther M, Vigliano G, Von Benedek A.

Residencia Servicio de Kinesiología Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción:

La Rehabilitación Respiratoria (RR) posee comprobada efectividad en los pacientes adultos con enfermedad pulmonar crónica. Debido a un incremento de esta patología en la población infantil, relacionado con los avances en la medicina, es necesario contar con programas específicos de RR que mejoren los síntomas persistentes y el deterioro de la calidad de vida.

Objetivo:

Analizar el impacto de un programa de RR en la tolerancia al ejercicio y la calidad de vida en pacientes pediátricos con disminución de la función pulmonar.

Materiales y Métodos:

Se llevo a cabo un ensayo clínico no controlado, en el Htal. Gral. de niños Pedro de Elizalde, Argentina, entre enero de 2013 y enero de 2016. Se incluyeron niños de 6 a 18 años, con alteración pulmonar constatada por espirometría y/o por TAC. Se excluyeron aquellos con limitaciones cognitivas o motoras, e inestabilidad cardíaca. Las variables analizadas al inicio y al final del programa fueron la calidad de vida con el Pediatric Quality of Life Inventory™ (PedsQL), la capacidad de ejercicio submáximo y máximo con el test de marcha de 6 minutos (TM6M), y el test incremental, respectivamente.

Se estipuló un programa con una duración de 32 sesiones de 90 min. bajo la supervisión de un kinesiólogo. Aprobado por el comité de ética e investigación. N° 2014-04279975-MGEYA HGNPE.

Análisis Estadístico:

Se utilizó la prueba T para muestras relacionadas cuantitativas, con un intervalo de confianza del 95% y una significancia estadística $p < 0,05$.

Resultados:

Participaron del estudio 15 pacientes con una edad media de 13,47 (D.S.:2,8), y una mediana de duración del programa de 21 sesiones (31-4). Se observaron mejoras estadísticamente significativas en el TM6M ($p=0,001$), y el test incremental ($p=0,002$), mientras que los valores del cuestionario PedsQL ($p=0,122$) fueron no significativos.

Conclusión:

Este estudio ha demostrado una mejoría en la tolerancia al ejercicio luego de iniciado el programa de RR, aunque no parece generar cambios en la calidad de vida.

P34**Dermatitis Pápulo-Erosiva de Sevestre Jacquet. Lo infrecuente de lo frecuente. Nada es lo que aparenta. A propósito de un caso**

Burgos R, Baltazar Guzman N, Gambarruta F.

CEM 4 Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción:

La dermatitis pápulo erosiva de Sevestre-Jacquet (dermatitis sifiloides) es una forma de presentación infrecuente severa y extensa de una dermatitis irritativa de contacto subaguda o crónica, ocasionada por el limitado cambio de pañales. Se caracteriza por la presencia de pápulas o lesiones nodulares ulcerero-erosivas, de superficie de aspec-

to umbilicado, asociadas a cambios atróficos y discrómicos que se asemeja a los condilomas planos del secundarismo sífilítico. Esta dermatosis se observa ocasionalmente en lactantes mayores o niños con incontinencia esfinteriana, condicionada por trastornos neurológicos o alguna anomalía anatómica de los sistemas digestivo o genitourinario. El diagnóstico es fundamentalmente clínico.

Objetivo:

Reconocer la dermatosis sífiloide post erosiva de Sevestre-Jacquet para considerarla como diagnóstico diferencial de otras manifestaciones clínicas de importancia.

Caso clínico:

Paciente de 5 años con diagnóstico de pie bot que ingresa para corrección quirúrgica del mismo. En quirófano se observan lesiones papulosas múltiples en región anal y vulvar que impresionan condilomas planos y por sospecha de abuso infantil se decide su internación. Como antecedentes presenta enuresis y encopresis secundaria, a partir de los 3 años de vida. Se solicitan serologías para HIV, hepatitis B, hepatitis C y VDRL todas negativas por lo que se descarta abuso. Dado los antecedentes de pie bot acompañado de enuresis y encopresis se sospecha patología orgánica y se solicita ecografía abdominovenesal informada normal y RX de columna vertebral donde se observa lesión compatible con espina bifida a nivel de L5-S1. Se asume el diagnóstico como dermatosis sífiloide post erosiva de Sevestre-Jacquet secundaria al limitado cambio de pañales, y enuresis - encopresis.

Conclusión:

La importancia de este trabajo radica en el reconocimiento clínico de esta patología poco frecuente desde la incorporación de pañales descartables. Es importante tener presente dichas lesiones ya que se asemejan a secundarismo sífilítico.

Sospecharla evita diagnósticos presuntivos apresurados que pueden impactar gravemente en el grupo familiar.

P35

Pesquisa de Hipertensão arterial em pacientes pediátricos

Iturzaeta A, Scliar C, Vaccari M, De Dios A, Figueroa V, Cinquemani P, Ramirez Z, Rey C, Manucci C, Passarelli I, Perez Macrino H, Toledo I

Consultorio Externo de Clínica Pediátrica, Sección Adolescencia, División Cardiología, División Endocrinología, Sección Oftalmología, División Otorrinolaringología, División Diagnóstico por Imágenes, Sección Nutrición, División Alimentación, Sección Nefrología. Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción:

La Hipertensión arterial (HTA) en pediatría y adolescencia es un importante problema de salud pública. La HTA del adulto tiene sus orígenes en la infancia. La prevalencia de HTA en niños es del 1 al 3% y en adolescentes alrededor del 13%. Los factores de riesgo mayores modificables para las enfermedades cardiovasculares (ECV) son: HTA, dislipidemias, diabetes, obesidad, sobrepeso, sedentarismo y tabaquismo. Por lo que es muy importante identificar estos factores de riesgo en niños con HTA para iniciar los estudios que permiten la detección temprana de la arteriosclerosis.

Objetivo:

Presentar características demográficas, origen de derivación, diagnóstico y tratamiento de los pacientes evaluados en el consultorio de Hipertensión arterial del HGNPE desde 07/2015 hasta 07/2016.

Resumen:

Durante el período de 07/2015 al 07/2016 se evaluaron en total 42 pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de HTA, con una media de edad de 13,8 años (11-20 años), correspondiendo el 67% al sexo masculino.

Los servicios que derivaron pacientes, para su evaluación y/o realización de Monitoreo Ambulatorio de Presión Arterial (MAPA), fueron: Nutrición y Diabetes (33,3%), Nefrología (28,5%), Adolescencia (24%), Cardiología (7,1%) y endocrinología (7,1%).

En el consultorio de HTA se realiza la confección de la historia clínica incluyendo en la anamnesis: antecedentes familiares, perinatales y personales, factores de riesgo de HTA, síntomas de HTA o de daño de órgano blanco. Luego se realiza el examen físico completo regis-

trando la presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, el peso la talla y posterior cálculo del índice de masa corporal. Según los hallazgos obtenidos se determina el inicio de estudios de primera línea (hemograma, estado ácido base venoso, ionograma sérico, uremia, creatininemia, calcemia, fosfatemia, glucemia, colesterol total, trigliceridemia, HDL; LDL; orina completa, microalbuminuria, proteinuria, ecografía renal, radiografía de tórax, electrocardiograma, ecocardiograma con doppler, perfil de hormonas tiroideas) y requerimiento complementario del MAPA.

De los pacientes evaluados los diagnósticos fueron: Normotensión (55%), Prehipertensión (7,5%), HTA controlada (7,5%), HTA no controlada (17,5%), HTA de guardapolvo blanco (7,5%), HTA nocturna (2,5%) e HTA espuria o falsa (2,5%). En el 70% de los pacientes con HTA se realizó MAPA.

A todos los pacientes con diagnóstico de Prehipertensión e HTA se les indicaron medidas higiénico-dietéticas, 76% recibió medicación antihipertensiva (84% recibieron enalapril y 30% más de una medicación antihipertensiva).

Ante la necesidad de informar a los pacientes de riesgo se realizaron talleres de Alimentación-Prevención de HTA con los servicios de Alimentación, Nutrición, Consultorio Externo de Pediatría y Adolescencia.

Conclusión:

Hacemos hincapié en la búsqueda oportuna de factores de riesgo predisponentes de HTA y la toma de presión arterial en la consulta del paciente pediátrico y adolescente. Esto nos permitirá realizar el diagnóstico temprano de HTA para prevenir a futuro el desarrollo consecuente de ECV.

P36

Absceso retrofaringeo complicado, a propósito de un caso

Camerano M, Atach R, Sosa C, Lavergne M, Monaco A
CEM 6 Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción:

El absceso retrofaringeo (ARF) es una infección profunda del cuello potencialmente grave, que puede producir mediastinitis, compromiso de la vía aérea, invasión de estructuras vecinas y sepsis. La incidencia es mayor en niños debido a infecciones continuas de oídos, nariz o garganta. La mayoría son de origen polimicrobiano; los gérmenes causales más comunes son el estreptococo beta-hemolítico grupo A (EBHGA), *Staphylococcus Aureus* (SA) y organismos anaerobios del tracto respiratorio superior.

Objetivo:

Presentar el caso de una niña de 19 meses de edad con diagnóstico de absceso retrofaringeo complicado.

Caso Clínico:

Niña de 19 meses de edad, eutrófica, que consulta a la guardia del Hospital Elizalde por presentar dificultad respiratoria de 72hs de evolución, tumoración latero-cervical izquierda y fiebre de 7 días previos. Al ingreso la paciente presenta aspecto tóxico. Se realiza rx de tórax donde se observa imagen de consolidación pulmonar retrocardiaca izquierda y mediastino ensanchado. La paciente se interna, indicándose ampicilina 200 mg/kg/día. Se solicita hemograma: GB 22.000 con desviación a la izquierda, ESD 140 mm/h, HMC x2 y serologías virales. Se realiza TAC con contraste de cuello y tórax donde se constata absceso retrofaringeo con extensión hacia mediastino y tromboflebitis de vena yugular izquierda. Se realiza drenaje quirúrgico de tumoración latero-cervical. Se obtiene material purulento con cultivo + SAMR. Se adecua tratamiento antibiótico con vancomicina 40 mg/kg/día y rifampicina 10 mg/kg/día, cumpliendo 30 días con buena evolución clínica y tomográfica, sin requerimiento de drenaje mediastínico. Se otorga el alta con TMS-SMX 10 mg/kg/día y rifampicina 10 mg/kg/día para completar tratamiento.

Conclusiones:

Aunque el ARF es un padecimiento infrecuente, en los niños su incidencia aumentó en los últimos años. El tratamiento consiste en una terapia antibiótica empírica y el drenaje quirúrgico. Es posible que la mediastinitis temprana pueda ser controlada sólo con tratamiento antibiótico y monitoreo estrecho. Un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno ofrecen buen pronóstico y un mínimo de complicaciones.

P37

Hipertensión Pulmonar Idiopática, a propósito de un caso

Camerano M, Urtasun M, Atach , Lavergne M, De Dios AM
CEM 6 Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción:

La hipertensión pulmonar arterial idiopática (HAPI) esta dada por la elevación de presión arterial pulmonar sin causa demostrable e incluye un registro de presión arterial media ≥ 25 mmHg en reposo o ≥ 30 mmHg durante el ejercicio. Los síntomas iniciales son inespecíficos y los hallazgos del examen físico tardíos. Es de carácter progresivo y de mal pronóstico cuando no se diagnostica y trata oportunamente. El estudio está dirigido a descartar las causas secundarias y a evaluar su gravedad. Por el mayor conocimiento de su patogenia, surgieron nuevos fármacos con gran impacto en el pronóstico y calidad de vida de los pacientes.

Objetivo:

Presentar un paciente con HAPI por ser una entidad poco frecuente y de interés debido a la dificultad diagnóstica.

Caso clínico:

Niña de 9 años de edad que consulta por presentar durante caminata episodio de síncope y posterior convulsión tónica clónica generalizada. Antecedentes personales: en tratamiento con clobazam por episodios convulsivos de un año de evolución (TAC cerebro y EEG normales) y asma bronquial en tratamiento con budesonide. Refiere disnea al correr de 4 años de evolución. La paciente es derivada a cardiología donde se realiza ecocardiograma con signos hipertensión arterial pulmonar (HAP) severa. Se interna para estudio y tratamiento. Examen físico: Eutrófica. FC 100 lpm R2 aumentado, FR 18 rpm, TA 110/70mmHg, Sat O2 AA 98%. Resto S/P. Se inicia tratamiento con sildenafil y espironolactona. Se realiza cateterismo cardiaco con confirmación diagnóstica de HAP y se indica bosentán. Se descartan causas secundarias de HAP. TAC de tórax: dilatación de tronco de la arteria pulmonar, parénquima pulmonar S/P; ecografía abdominal con doppler, centellograma V/Q, espirometría y capilaroscopia normales; HIV y colagenograma negativos; hormonas tiroideas normales. La niña presenta buena tolerancia al tratamiento por lo que se otorga el egreso con seguimiento ambulatorio.

Conclusiones:

El diagnóstico de HAPI requiere un alto índice de sospecha. El mejor método de tamizaje es la ecocardiografía con doppler y para confirmarlo el cateterismo cardiaco. El segundo paso es determinar la capacidad funcional (test de marcha) que se correlaciona con el pronóstico y permite monitorizar el tratamiento. El objetivo primario de la terapia es mejorar la capacidad funcional y prolongar la sobrevida, siendo el tratamiento médico la mejor alternativa. El empleo a largo plazo de sildenafil y bosentán mejora la capacidad de ejercicio.

P38

Hernia diafragmática de Bochdalek, a propósito de un caso

Camerano M, Piccolo A, Vinelli N, Matarasso M, Vaccaro H
CEM 6 Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción:

La hernia diafragmática (HD) de Bochdalek es un defecto congénito de la región posterolateral del diafragma, usualmente del lado izquierdo, con el consecuente paso de las vísceras abdominales a la cavidad torácica. A pesar de los progresos en el diagnóstico prenatal y el tratamiento, la mortalidad aún es muy alta en relación a la gravedad de la hipoplasia pulmonar. Las de localización del lado derecho sólo representan el 10% y el diagnóstico prenatal es más difícil debido a la similitud ecográfica del hígado y el pulmón fetal. La sintomatología en estos casos es menor, siendo casi siempre diagnosticadas en etapas tardías por hallazgos incidentales en imágenes o por complicaciones secundarias. Las anomalías asociadas con las hernias derechas son infrecuentes, con excepción de la malrotación intestinal. A diferencia de las formas neonatales, en las de presentación tardía el pronóstico es excelente con una sobrevida cercana al 100%.

Objetivo:

Presentar un paciente con HD de Bochdalek derecha por ser una entidad infrecuente y de presentación más tardía que lo habitual.

Caso clínico:

Niña de 15 meses de edad que consultó a la guardia por presentar fiebre y rinorrea de 3 días de evolución. Al examen físico la paciente se encontraba en buen estado general, eucárdica, sin signos de dificultad respiratoria, murmullo vesicular disminuido y ruidos hidroaéreos en campo pulmonar inferior derecho. Se realizó RX de tórax (f): radiopacidad en base pulmonar derecha. El primer diagnóstico radiológico, fue de una neumonía de base derecha con derrame. Se solicitó ecografía pleural que informó riñón derecho ascendido intratorácico, hallazgos compatibles con HD de Bochdalek derecha.

Se realiza interconsulta con el servicio de cirugía que indica seguimiento ambulatorio.

Conclusiones:

A pesar de que la HD de Bochdalek es infrecuente, la de aparición tardía se debe sospechar en los pacientes que presenten sintomatología -respiratoria o gastrointestinal- que no se soluciona con tratamiento convencional. Es importante tener en cuenta otras entidades en su diagnóstico diferencial, como neumonías basales, eventración diafragmática, enfermedad quística, agenesia y secuestro pulmonares. En el caso de que la hernia se presente tardíamente de forma asintomática, se debe realizar su cirugía electiva para evitar futuras complicaciones por el paso de las vísceras al tórax, como dolor torácico intenso, incarceration, estrangulación o perforación de las vísceras intratorácicas.

P39

Malformación Adenomatoides Quística, a propósito de un caso

Camerano M, Laurino E, Atach R, Lavergne M
CEM 6 Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción:

La malformación adenomatoides quística (MAQ) es una malformación congénita poco frecuente. El diagnóstico es habitual en el periodo perinatal, pero existen casos asintomáticos que se evidencian durante la infancia o en la adultez. En ocasiones se asocia a otras malformaciones. Puede manifestarse como hydrops fetal, distrés respiratorio neonatal o tardíamente como consecuencia de sobreinfección, neumotórax o en exploraciones de imagen ocasionales. En relación al tratamiento hay consenso general en que es quirúrgico debido al riesgo de malignización.

Objetivo:

Presentar un paciente con MAQ por ser una entidad poco frecuente y de interés debido a la dificultad diagnóstica.

Caso Clínico:

Niño de 2 meses de edad, sin antecedentes perinatólogicos patológicos, que consulta a la guardia por presentar fiebre y rinorrea de 5 días de evolución. Examen físico: buen estado general, afrebril, taquipnéico, en suficiencia cardiopulmonar. Leve disminución del murmullo vesicular en campo pulmonar medio izquierdo. Se realiza RX tórax (f): imagen radiopaca en hemitórax izquierdo, sin broncograma aéreo. Se solicita ecografía pulmonar: imagen sólida hipoeocogénica, heterogénea de 60x39x38 mm, timo conservado. Se decide su internación para diagnóstico y tratamiento. Se realiza hemograma: GB 30900 con predominio PMN, hb 8,7 g/dl, plaquetas 990000, ESD 130 mm/h. Se solicita TAC de tórax con contraste: mediastino lateralizado a la derecha. LSI y línula con imagen heterogénea multiquística, niveles hidroaéreos y áreas hipodensas. Los mismos son sugestivos de MAQ. Se sospecha MAQ sobreinfectada y se indica ceftriaxona-clindamicina. El paciente presenta buena evolución clínica, cumple 14 días de tratamiento y se otorga alta hospitalaria, continuando seguimiento por el servicio de neumonología.

Conclusiones:

La MAQ es una entidad infrecuente fuera del periodo perinatal, siendo importante sospecharla en niños con sintomatología respiratoria e imágenes radiológicas que puedan sugerirla. La radiología puede mostrar imágenes de neumonía, derrame pleural, neumotórax u otras lesiones quísticas con las que se debe realizar el diagnóstico diferencial. Las lesiones se confirman con TC o RM. A pesar de una buena terapia es imprescindible el seguimiento de estos niños. La extirpación quirúrgica es el tratamiento de elección, tanto en pacientes sintomáticos como en los que no, debido al riesgo de transformación maligna, infecciones a repetición y crecimiento de las zonas quísticas.

P40**Mucormicosis en paciente Inmunosuprimido, a propósito de un caso**

Atach R.; Camerano M, Lavergne M, Monaco A, Elena G
CEM 6 Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción:

La mucormicosis es una infección aguda oportunista, causada por hongos de la clase *Zygomycetes* de la familia *Mucorales*. La afección pulmonar ocupa el segundo lugar luego de la forma rinocerebral. La mayoría de los casos ocurren en pacientes con leucemia, linfoma y trasplantados de médula ósea asociados a neutropenia prolongada. Esta infección presenta mal pronóstico, con una alta mortalidad a corto plazo.

Objetivo:

Presentar el caso de un adolescente con leucemia y neutropenia, con diagnóstico histopatológico de mucor pulmonar.

Caso clínico:

Paciente de 14 años con diagnóstico de leucemia mieloide aguda que es internado por episodio de neutropenia febril de alto riesgo luego de finalizar la fase de inducción. Por persistir con fiebre en el 7° día de internación, se indica en forma empírica anfotericina B liposomal. Se realiza TAC de tórax y senos paranasales donde se evidencia la presencia de consolidación pulmonar izquierda asociada a derrame pleural. Se realizan hemocultivos x2, lisis centrifugación x3 y estudios de galactomananos seriados, todos negativos. Se efectúa lavado broncoalveolar sin rescate para gérmenes comunes y hongos. Por empeoramiento del estado clínico del paciente y la aparición tomográfica de múltiples nódulos pulmonares se decide realizar videotoracoscopia con toma de biopsia. El estudio histopatológico evidencia hifas con características típicas de zigomicosis (angioinvasividad y necrosis.). El paciente evoluciona en forma favorable coincidiendo con la recuperación de la neutropenia y cumpliendo tratamiento antimicótico por 30 días. Luego permanece con anfotericina trisemanal.

Conclusiones:

La mucormicosis pulmonar es una de las infecciones micóticas más agudas y fulminantes. El tratamiento exitoso se logra con diagnóstico y terapéutica tempranos siendo la anfotericina el agente más adecuado para tal fin. La mortalidad es de 68% disminuyendo a 11% si se complementa la terapia específica con tratamiento quirúrgico. La recuperación de la neutropenia también marca el pronóstico de la misma.

P41**Carcinoma Colorrectal Hereditario No Asociado a Poliposis (HNPPC)**

Navacchia D.

División Patología Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción:

El carcinoma colorrectal hereditario no asociado a poliposis colónica es la neoplasia maligna hereditaria más común. Se presenta como una enfermedad de herencia autosómica dominante. Se debe a mutaciones germinales en los genes que reparan los errores de apareamiento de bases durante la replicación del ADN (genes MMR): MSH2, MLH1, MSH6 y hPMS2.

Objetivo:

Comunicar el caso de un adolescente, intervenido quirúrgicamente en nuestra institución.

Caso Clínico:

Se trata de un paciente masculino de 16 años de edad, que presentó un cuadro abdominal, que requirió de una intervención quirúrgica para su diagnóstico y probable tratamiento. Se obtuvo material pardusco con áreas blanquecinas de consistencia blanda, que en el estudio histopatológico evidenció un adenocarcinoma mucosecretante con células en anillo de sello. En el estudio endoscópico se observó una masa colónica, sin evidencias de pólipos y con los mismos hallazgos histopatológicos.

Conclusión:

Dada la temprana edad de manifestación de esta neoplasia maligna y su particular morfología microscópica, concluimos que se trata de

un SÍNDROME DE LYNCH. El síndrome de Lynch es el trastorno hereditario más frecuente que predispone al cáncer colorrectal. Dicho síndrome también conlleva un mayor riesgo de malignidad fuera del colon, principalmente riesgo aumentado de carcinoma de endometrio, seguido por carcinoma de ovario, estómago, intestino delgado, conducto biliar, páncreas, conducto uroepitelial superior y cerebro.

Como en las familias afectadas se diagnosticaron neoplasias en múltiples miembros de las mismas, sería conveniente evaluar la posibilidad de conformar el familograma, del caso que nos ocupa y de ser oportuno, derivar a los adultos a las instituciones correspondientes y a los niños y adolescentes, convocarlos a la nuestra para realizarle los controles que requieran.

P42**Utilidad de una herramienta para prever fin de vida**

Gómez K, Majdalani A, Martínez G, Otero M Yazde Puleio M
Cuidados Paliativos Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción:

Según la definición de la OMS, los Cuidados Paliativos consisten en el cuidado total activo del cuerpo, la mente y el espíritu del niño, y apoyo a la familia durante la enfermedad y duelo. Reconocer la transición hacia el cuidado de fin de vida es difícil, lograrlo facilita la elaboración del plan de cuidado. La Guía Indicadora de Pronóstico GSF propone al equipo tratante el planteo de una pregunta sorpresa "¿Ud se sorprendería si el paciente falleciera en los próximos días, semanas o meses?", en base a ésta, luego evalúa factores generales como específicos de deterioro. Objetivos Establecer la utilidad de la Guía Indicadora de Pronóstico GSF para facilitar la planificación de cuidados de fin de vida, en base a un caso clínico.

Caso Clínico:

Adolescente de 16 años, con diagnóstico de osteosarcoma de fémur derecho con metástasis pulmonar, que finalizó tratamiento oncoespecífico. En seguimiento por el Equipo de Cuidados Paliativos desde el diagnóstico, las necesidades identificadas en esta etapa de la enfermedad fueron el alivio de síntomas y el deseo de permanecer sus últimos días de vida en su casa. Los síntomas físicos principales fueron dolor torácico y disnea. Como problema detectamos que las condiciones socio-económicas dificultaban el cuidado en el hogar, esto generó un conflicto entre la autonomía de la paciente, sus necesidades y recursos para el cuidado; la asistencia a los controles fue irregular. Utilizamos la pregunta sorpresa para guiar el trabajo: la paciente podía fallecer según nuestra evaluación en las próximas semanas, presentaba signos clínicos de deterioro franco y síntomas que se volvieron refractarios. Respetamos su autonomía hasta que primo el principio de no maleficencia, la paciente ingresa por dolor y disnea en últimos días de vida. La Guía Indicadora de Pronóstico nos sirvió para adecuar el cuidado de fin de vida, alertando a cada profesional interviniente del equipo sobre la atención de las necesidades de la paciente y su familia.

Conclusión:

La Guía Indicadora de Pronóstico GSF es una herramienta útil para detectar pacientes que requieren cuidados paliativos, faltan investigaciones nacionales para validar su uso.

P43**#YODECIDO**

Gómez K, Gonzalez P, Majdalani A, Martínez G, Martínez E, Yazde Puleio M

Cuidados Paliativos Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción:

La adolescencia es un proceso de cambio biológico y psicosocial; una elaboración subjetiva y singular. Etapa de descubrimiento de la propia identidad y autonomía. Desde la Bioética implica, garantizar la toma de decisiones conforme los valores y principios del paciente. Los cuidados paliativos en adolescentes pueden suponer un dilema, el control de síntomas y los cuidados de soporte, así como el proceso de toma de decisiones adquieren características particulares hacia el final de la vida.

Objetivo:

Describir las dificultades del equipo de salud para respetar la autonomía del paciente adolescente.

Caso clínico:

Adolescente de 14 años con diagnóstico de Carcinoma Mucoepidermoide metastásico, seguida por Cuidados Paliativos desde el diagnóstico hasta su muerte. El motivo de consulta inicial fue dolor. Intervenida quirúrgicamente, recae, luego el tratamiento fue paliativo. Durante el seguimiento abordamos: síntomas físicos; aspectos sociales (favoreciendo sus aspectos sanos), psicológico (preocupación por su imagen corporal, aspectos de la comunicación), espiritual (religiosidad, búsqueda del sentido) y dilemas éticos hacia el final de vida vinculados al respeto de su autonomía. En progresión de enfermedad presenté síntomas de difícil manejo: dolor y disnea, titulación de medicación sin adecuado alivio sintomático; hipercalcemia maligna y convulsiones. Requiere internación en los últimos días de vida. Acompañada por sus padres, con ejercicio de su autonomía, abordamos cuestiones referentes al control sintomático y sedación paliativa; ella la rechazó, vivió conectada y rodeada de sus afectos hasta su fallecimiento.

Conclusión:

Este caso representó un reto para el equipo de salud, más allá de lo profesional, un desafío en lo humano y personal a nuestra capacidad de ejercer una escucha tan activa como la autonomía de un adolescente lo requiera. Una decisión atraviesa a una persona en particular, con una circunstancia vital, familiar, social y cultural única e intransferible. El equipo de salud se enfrenta a las dificultades ofrecidas por las tensiones que esto implica en el paternalismo médico, al confrontar con la autonomía del adolescente.

P44**Enfermedades crónicas: tratamiento proporcionado. ¿cómo lograrlo?**

Gómez Karina, Majdalani Ana, Otero Miriam, Ramírez Cristian, Yazde Puleio María

Cuidados Paliativos Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción:

Los niños con enfermedades neurológicas, afectados por múltiples comorbilidades, representan un desafío para el equipo de salud interviniente. Son sometidos a procedimientos diagnósticos, intervenciones terapéuticas invasivas y repetidas internaciones. Objetivos: Evaluar las dificultades del equipo de salud para establecer la adecuación del esfuerzo terapéutico de pacientes con severo compromiso neurológico.

Caso Clínico:

Niña de 12 años con diagnóstico de ECNE secundaria a hipoxia perinatal, síndrome convulsivo, reflujo gastroesofágico severo, gastrostomizada, luxación de ambas caderas, escaras grado IV en ambas caderas y desnutrición severa. A los 10 años presenta una intercurriencia respiratoria, ingresa en mal estado general, con bradicardia y bradipnea, allí se interconsulta al Equipo de Cuidados Paliativos para control de síntomas y adecuación del esfuerzo terapéutico. En acuerdo con el equipo de salud y sus padres se estableció el plan de cuidados de fin de vida. Con este enfoque, resolvió su cuadro, egresó del Hospital y continuó en control ambulatorio. La familia tuvo dificultades para concurrir a los controles, su hermano de 16 años es el cuidador principal junto al padre. Es una familia endogámica, se conectan intensamente con ella, "la ven bien", han naturalizado ciertas situaciones. Detectamos sentimientos ambivalentes en ellos, sienten una carga, que a su vez resignifica el sentido de la vida en el padre. La paciente continúa en seguimiento ambulatorio, con resolución de las escaras y recuperación paulatina de peso.

Conclusión:

La asistencia de niños con enfermedades crónicas, compromiso neurológico y múltiples comorbilidades, que amenazan o limitan la vida, y sus familias, es favorecida por el trabajo interdisciplinario en su calidad de vida. Las principales dificultades halladas responden a la variabilidad interindividual de evolución en cada niño, lo que provoca incertidumbre pronostica a largo plazo, generando conflictos entre principios éticos en el equipo tratante. Alcanzar la proporcionalidad

terapéutica adaptada a cada caso en particular evitaría el subtratamiento o sobretatamiento. Tomar decisiones durante el proceso de enfermedad debe ser un trabajo interdisciplinario, garantizando así la complementariedad de miradas necesarias para la mejor atención.

P45**Tratamiento con Hormona de Crecimiento recombinante en pacientes con Enfermedad Renal Crónica**

Hidalgo L, Hernandez C, Gogorza C, Careaga M, brunetto O, Alvarado C

División Endocrinología, Sección Nefrología Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción:

la insuficiencia renal crónica durante la infancia se asocia con retraso de crecimiento comprometiendo al pronóstico de talla final. En el 50% de los niños en terapia de reemplazo renal antes de los 13 años, la talla se encuentra por debajo de su rango genético.

El tratamiento está dirigido a la corrección del crecimiento lineal con el objetivo de lograr un menor déficit de talla previo al trasplante y mejorar la talla final adulta.

El uso de hormona de crecimiento mostró ser efectivo en estudios no controlados principalmente durante el primer año de tratamiento.

Casos Clínicos:

Caso 1: Mujer de 14.8 años en tratamiento conservador, inicia hormona de crecimiento recombinante a una dosis de 28 U/m²/semana, siendo la talla al inicio de 145.5 cm (-2DS), talla al 1^{er} año 152 cm (-1.1 DS), velocidad de crecimiento 6.8 cm/año y variación 0.9DS

Caso 2: Mujer de 9.9 años en tratamiento conservador, inicia hormona de crecimiento recombinante a una dosis de 28 U/m²/semana, siendo la talla al inicio de 117.2 cm (-2.4 DS), talla al 1er año 124 cm (-1.98 DS) con una velocidad de crecimiento 7.4 cm/año y una variación de 0.42 DS.

Caso 3: Varón de 12.3 años en tratamiento dialítico, inicia hormona de crecimiento a una dosis de 28 U/m²/semana, la talla al inicio fue de 130.2 cm (-2.2 DS), talla al 1^{er} año 152.36 cm (-1.1 DS), con una velocidad de crecimiento de 11.5 cm/año y una variación de 0.9 DS

Conclusión:

Si bien nuestros pacientes no representan una población homogénea (2 pacientes en tratamiento conservador y el tercero en diálisis peritoneal) la horma de crecimiento a una dosis de 28 U/m²/semana ha demostrado ser eficaz durante el 1^{er} año de tratamiento. Además la adherencia al tratamiento fue excelente en todos los casos.

P46**Síndrome Nefrítico en paciente con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico en remisión**

Puyol I, Bambic G, Capone M, Martin S, Balestracci A, Alvarado C, Cao G, Toledo I

Sección Nefrología Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción:

El Lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad inflamatoria crónica tipo autoinmune caracterizada por la producción de anticuerpos antinucleares específicos. El compromiso renal es del 50-90% en el niño. Una vez demostrado el compromiso renal debe realizarse la biopsia, a fin de evaluar la gravedad de la glomerulonefritis lúpica y determinar el pronóstico y protocolo de tratamiento a utilizar. La nefropatía lúpica puede presentarse en periodos de aparente inactividad de la enfermedad.

Objetivo:

Presentar una paciente con nefropatía lúpica sin signos de actividad de la enfermedad.

Caso clínico:

Niña de 7 años de edad sin antecedentes patológicos, que debuta con síndrome febril prolongado asociado a poliartritis. Entre los exámenes complementarios destacaban: hemoglobina 9,67g/dl, PCR 61mg/l, VSG 116 mm, FAN 1/1280, anti DNA 1/80, C3 65mg/dl y C4 9,8mg/dl, urea 26 mg/dl, creatinina 0.4 mg/dl, orina sedimento normal, proteinuria negativa. Ecocardiograma con leve derrame pericárdico y ecografía pleural con derrame laminar derecho. Con diagnóstico

de lupus eritematoso juvenil, inicia tratamiento con metilprednisona 1 mg/kg/día e hidroxilcloroquina 200 mg/día con remisión completa de la enfermedad de base.

Un año después, evoluciona con proteinuria masiva (5gr/L) y sedimento normal (5-10 leucocitos/campo, 2-5 hematíes/campo) acompañado de síndrome nefrótico humoral (albumina 2,1mg/dl), C3 119 y C4 12, FAN y AntiDNA negativos, tensión arterial 100/60mmHg. No presentaba signos clínicos ni parámetros de laboratorio que sugieran reactivación. Se realiza biopsia renal, la cual informa nefropatía lúpica membranosa clase V. Se indican 3 pulsos con metilprednisolona 1g/dosis, continuando con metilprednisona 2mg/kg/día. Posteriormente se indicó azatioprina como terapia de mantenimiento y corticoides en descenso.

Conclusión:

La actividad del LES es fluctuante pudiendo estar ausente durante periodos variables y añadir o no daño acumulativo en el curso de la enfermedad. Los pacientes con LES precisan de un monitoreo constante para determinar el grado de actividad y discriminar entre lesión activa y daño crónico. Aunque no es lo habitual, puede existir compromiso renal en ausencia de otros signos de actividad clínicos o serológicos, situación característicamente descrita cuando la histología corresponde a glomerulopatía membranosa.

P47

Púrpura de Schönlein Henoch Refractaria al Tratamiento

Bambic G, Puyol I, Capone M, Toledo I, Balestracci A, Cao G, Alvarado C, Martín S

Servicio de Nefrología Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción:

La Púrpura de Schönlein Henoch (PSH), es una vasculitis sistémica caracterizada por depósitos de Ig A en las paredes de los pequeños vasos. El pronóstico depende del compromiso renal. Sólo el 5% se presenta como glomerulonefritis rápidamente progresiva siendo infrecuente la progresión a enfermedad renal crónica terminal (ERCT). La administración precoz de corticoides sólo o en combinación con otros inmunosupresores ha sido utilizada en el tratamiento de la nefritis por PSH.

El manejo de las formas graves de PSH no está estandarizado.

El rituximab es empleado en otras patologías autoinmunes y ha sido postulado como tratamiento de formas graves de PSH resistentes a inmunosupresores convencionales. Sus funciones biológicas no están claramente definidas, la depleción de células B reduciría la IgA circulante, siendo una terapéutica prometedora en el enfoque de esta enfermedad.

Objetivo:

Presentar una paciente que evolucionó a ERCT con requerimientos de diálisis, sin responder a terapia conocida.

Caso clínico:

Niña de 15 años que debuta con lesiones purpúricas en miembros inferiores e artralgiás, macrohematuria (H >40) y proteinuria 4,8 gr/día, con colagenograma normal se descarta enfermedad reumatológica. Inicia tratamiento con metilprednisona 60mg/día. Evoluciona con aumento de la creatinina sérica 1,36mg/dl (FGe 36 ml/min/1,73m²) asociado a proteinuria 6gr/día, albúmina 2,7gr/dl, colesterol 239mg/dl. Se indican 3 pulsos de Metilprednisolona 1gr/día endovenoso (ev), continuando con metilprednisona 60mg/día. Sin mejoría clínica, se repite el esquema e inicia Ciclofosfamida 500mg/dosis ev, pulsos mensuales.

La biopsia renal informa PSH clase IV. Se agrega al tratamiento Enalapril y Losartan.

A los 5 meses persiste con caída de FGe (50 ml/min/1,73), proteinuria 3,3gr/día y macrohematuria. Siendo su enfermedad refractaria al tratamiento convencional, recibe nuevamente 3 pulsos de Metilprednisolona 1gr/día ev e inicia 4 dosis semanales de Rituximab 375mg/m²/dosis, y Micofenolato sódico 600 mg/m²

Pese al tratamiento instaurado, la función renal continuó deteriorándose, llegando a FGe 19ml/min/1,73m², iniciando terapia de reemplazo renal.

Conclusión:

Nuestra paciente presentó una rápida evolución hacia ERCT, refrac-

taria a todos los tratamientos conocidos hasta la fecha. La evolución hacia nefropatía severa por PSH es poco habitual, la evidencia bibliográfica sobre su manejo es escasa.

P48

Síndrome hemofagocítico secundario asociado a infección por virus ebstein barr y mycobacterium tuberculosis

Rodríguez A, Sabatini C, Velazquez R, Meregalli C, Aprea V, Debaisi G, Dondoglio P.

Unidad Terapia Intensiva Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción:

El síndrome hemofagocítico es una enfermedad que se caracteriza por proliferación histiocítica generalizada con hemofagocitos. Puede ser primario o secundario a infecciones, inmunodeficiencia, enfermedades oncológicas o reumatológicas. Las formas secundarias presentan alta mortalidad. La causa más frecuentemente asociada es la infección por el virus Ebstein Barr (EBV). La asociación con tuberculosis es poco frecuente.

Objetivo:

Describir un caso clínico de un síndrome hemofagocítico secundario a infección por EBV y tuberculosis.

Caso Clínico:

Paciente de 4 años, previamente sano, consultó a la guardia por un cuadro de astenia y dolor abdominal de 15 días de evolución y registros febriles de 38-39°C que se agregaron en los últimos 5 días. El laboratorio evidenció hepatograma alterado. Al examen físico presentaba abdomen distendido con hepatomegalia por lo cual se internó con diagnóstico de hepatitis aguda para estudio y tratamiento.

Durante la internación el paciente persistió febril, con desmejoría de su estado general, con edemas generalizados, sangrados activos, parámetros de laboratorio de insuficiencia hepática, pancitopenia e hipertrigliceridemia. Se realizó punción de médula ósea donde se observó hemofagocitosis, se realizó diagnóstico de síndrome hemofagocítico. Se inició tratamiento con gammaglobulina 1 gr/kg por 48 horas continuando con dexametasona a 20mg/m². Se realizó tomografía de cerebro por alteración del sensorio que evidenció imagen compatible con sangrado subaracnoideo parietal izquierdo.

Por deterioro progresivo del sensorio se decidió su ingreso a unidad cuidados intensivos (UCI) para asistencia ventilatoria mecánica.

Se recibió resultado de EBNA + y PCR EBV 20.700 copias, se interpretó el cuadro como síndrome hemofagocítico secundario a infección por EBV.

Durante su internación en UCI presentó sangrados activos severos que requirieron transfusiones frecuentes con hemoderivados.

Presentó compromiso respiratorio severo por lo cual se interconsultó con servicio de neumonología, quienes sospecharon tuberculosis por clínica y radiología (PPD negativa). Se tomaron muestras respiratorias para realización de baciloscopia y cultivo de BAAR, y se inició tratamiento con rifampicina y levofloxacina endovenosas por imposibilidad de administrar medicación por vía oral y/o intramuscular.

El paciente fallece por sangrado de sistema nervioso central.

Se recibió post mortem resultado de cultivo de muestra respiratorias positivos para tuberculosis.

Conclusión:

El síndrome hemofagocítico es una patología poco frecuente en pediatría, pero con alta mortalidad. La sospecha clínica es fundamental para realizar un diagnóstico precoz e iniciar el tratamiento correspondiente, tanto del síndrome como de la causa subyacente, ya que el tratamiento precoz mejora el pronóstico de la enfermedad.

P49

Un reporte del relevamiento de la población infante juvenil asistida por un área de psicología

Ingratta A, Caprarulo C

División Salud Mental Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción:

A la luz de las crecientes problemáticas emergentes en Salud Mental identificadas en la recepción y seguimiento de consultas, el presente reporte se propone realizar una caracterización de la intervención del

área de psicología, como parte de un abordaje interdisciplinario y dar a conocer esta primera fase.

Objetivos:

-conocer el perfil de la población asistida en consultorio externo de psicología, -brindar un aporte que pueda ser utilizado en la detección precoz y una mejora asistencial.

Población:

niños y adolescentes que llegan a la consulta a Salud Mental del Hospital, por derivación intra e interinstitucional y demanda espontánea.

Material y Métodos:

Datos extraídos de historias de infantes y adolescentes (N=672), donde se relevaron datos de la población asistida durante la franja: enero 2015/abril 2016. Se construyó un formulario diseñado a los efectos de volcar datos para su posterior análisis

Resultados:

En una dotación de 12 psicólogos de planta permanente, se relevaron 672 pacientes observándose distribución etaria: menores de 6 años 43.60%, 7-12 el 41.84%, 13-18 el 14.58%, mujeres 29%, varones 71%, procedencia: CABA 29.60% vs Pcia BsAs 70.40%, deserción 1ª consulta 5,20%, en tratamiento al momento del relevamiento 46%. Patologías emergentes: entre el 15-18%: TEA, Retraso Mental, Problema de relación y Trast. Comportamiento; -menor al 8%: Trast. Lenguaje, Trast. aprendizaje, Abuso Físico, Enf. Médica y -menor al 2% TAG, TCA, Esquizofrenia y Duelo.

Discusión:

Se nos presentó la necesidad de optimizar recursos y el uso de tiempos; por lo cual el objetivo de esta etapa fue captar datos y transformar en información sustantiva, veraz, actualizada y ordenada, para que se puedan aplicar principios de racionalidad en la toma de decisiones. Frente a la complejidad de estas problemáticas resulta indispensable la constitución de nuevos dispositivos diseñados desde abordajes interdisciplinarios.

Conclusión:

Predomina en la asistencia en consultorios externos de psicología la población infante juvenil masculina, de procedencia de gran Buenos Aires, con problemáticas emergentes de R. Mental y TEA con cronicidad y atención prolongada así como los Trastornos del Comportamiento y del vínculo.

P50

Eccema Herpético, Dermatitis Aguda potencialmente grave. Comunicación de un caso.

Sanluis Fenelli G, Michel M, Schenone N

CEM 4 Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción:

El eccema herpético o "erupción variceliforme de Kaposi" (EVK) es una dermatosis aguda debido a la diseminación cutánea del virus herpes simple (tipo 1 y 2). Se caracteriza por una erupción vesiculosa monomorfa, que progresan a vesiculopústulas, con una umbilicación central, generalmente agrupada en forma de ramillete que tienden a la formación de costras. Las lesiones pueden afectar órganos internos, comprometiendo la vida del enfermo. La transmisión se produce por contacto con personas infectadas o por diseminación de una primoinfección. El diagnóstico, es clínico, se confirma, mediante el citodiagnóstico de Tzanck. Diagnósticos diferenciales son: varicela, varicela zoster, impétigo y dermatitis de contacto. La complicación más frecuente es la sobreinfección bacteriana, principalmente *S. Aureus*. Otras: queratitis, iridociclitis, la viremia secundaria, hepatitis herpética fulminante, encefalitis y meningitis y sepsis bacteriana. Tratamiento: aciclovir, oral o intravenoso según gravedad. El pronóstico favorable con el tratamiento correcto y precoz, con una tasa de mortalidad del 10%.

Objetivo:

A propósito de un caso clínico, alertar a los pediatras sobre la sospecha de esta entidad, poco frecuente, pero potencialmente mortal sin tratamiento adecuado.

Caso Clínico:

Paciente de 4 meses con dermatitis atópica de base; consulta a la guardia por lesiones impetiginizadas en cuero cabelludo y pabellón auricular derecho, descamación generalizada e intertrigo retroauricular

lar más fiebre. Se interna con diagnóstico de dermatitis atópica impetiginizada tratada con Cefalotina y ácido fusídico. Hemocultivos SAMS +. Por empeoramiento de las lesiones y se rota a Vancomicina. Por evolución desfavorable y continuar febril se agrega aciclovir por sospecha de EVK. Evoluciona favorablemente y se da el alta a los 10 días.

Conclusión:

El eccema herpético es una emergencia dermatológica poco conocida, que inadecuadamente diagnosticada y tratada tiene una mortalidad del 10%. El pilar del tratamiento es aciclovir o vanciclovir, que ha disminuido la mortalidad un 50%. Los pediatras deben pensarla en todo paciente con dermatitis atópica impetiginizada con evolución tórpida.

P51

Reporte de un caso. Síndrome Urémico Hemolítico (SUH). Complicaciones

Suco S, Roberti D, Luque R, Widmer J, Burgos R, Zúcaro F, Slep D, Baltazar N, Schenone N, Abraham S, Checcacci E, Cairolí H
CEM 4 Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción:

El SUH es una entidad clínica y anatomopatológica caracterizada por la aparición brusca de anemia hemolítica, insuficiencia renal aguda (IRA) y trombocitopenia, consecuencia de una microangiopatía de localización renal predominante que puede afectar también el sistema nervioso central y/o gastrointestinal. Es la primera causa de IRA en pediatría y la segunda de insuficiencia renal crónica (IRC). Sus complicaciones más frecuentes: renales (IRA, HTA, proteinuria), gastrointestinales (pancreatitis, colitis severa) y neurológicas (convulsiones) y en menor frecuencia diabetes I (3.2%).

Diferentes autores han descrito asociación entre mayor gravedad de la enfermedad en período agudo y peor pronóstico a largo plazo incluyendo: la afectación severa del SNC, los días de anuria, presencia de colitis hemorrágica y leucocitosis >20.000/mm³ con neutrofilia al inicio de la enfermedad.

Objetivo:

Describir un caso de SUH que presentó todos los factores de mal pronóstico y complicaciones descritas, que demandan un manejo interdisciplinario estricto y dificultoso.

Caso Clínico:

Paciente femenina de 5 años previamente sana, que inicia con diarrea con sangre. Al ingreso se constata anuria y laboratorio: leucocitos 46100 (78.9% N 11.6% L) Hb: 13.9 Hto: 41.4, Urea: 165, Creat: 2.52, Acido Úrico: 13, LDH: 6600. Con diagnóstico de SUH inicia diálisis peritoneal aguda (DPA). A las 48 horas presenta registros de hipertensión y posteriormente hiperglucemias que requiere insulino terapia, ambas de difícil manejo. Permaneció en anuria por 24 días, requiriendo 20 días DPA realizándose manejo interdisciplinario para soporte de daño renal, antihipertensivo y nutricional (dieta hiposódica, hipograsa, para diabético, baja en fósforo e hipocalórica, con restricción hídrica).

En la evolución mantiene diuresis y parámetros de laboratorio de IRC con control metabólico y hipertensivo de difícil manejo. Se decide colocar catéter de diálisis crónica. Posteriormente presenta status convulsivo con crisis hipertensiva por lo que se adelanta inicio de DPC. Actualmente dializa diariamente, recibe tratamiento con amlodipina, furosemida, carvedilol e insulino terapia de difícil control.

Conclusión:

El SUH es la principal causa de IRA e IRC en pediatría. Mayormente responden a tratamientos de sostén habitual, en pocos casos presenta complicaciones inusuales que requieren un manejo multidisciplinario complejo.

P52

Dermatitis pápulo-erosiva de Sevestre-Jacquet. Lo infrecuente de lo frecuente. Nada es lo que aparenta. A propósito de un caso.

Burgos R, Baltazar N, Gambarruta F, Cairolí H

CEM 4 Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción:

La dermatitis pápulo erosiva de Sevestre-Jacquet (dermatosis sifiloi-

de) es una forma de presentación infrecuente severa y extensa de una dermatitis irritativa de contacto subaguda o crónica, ocasionada por el limitado cambio de pañales. Se caracteriza por la presencia de pápulas o lesiones nodulares ulcero-erosiva, de superficie de aspecto umbilicado, asociadas a cambios atróficos y discrómicos que se asemeja a los condilomas planos del secundarismo sifilítico. Esta dermatosis se observa ocasionalmente en lactantes mayores o niños con incontinencia esfinteriana, condicionada por trastornos neurológicos o alguna anomalía anatómica de los sistemas digestivo o genitourinario. El diagnóstico es fundamentalmente clínico.

Objetivo:

Reconocer la dermatosis sifiloide post erosiva de Sevestre- Jacquet para considerarla como diagnóstico diferencial de otras manifestaciones clínicas de importancia.

Caso clínico:

Paciente de 5 años con diagnóstico de pie bot que ingresa para corrección quirúrgica del mismo. En quirófano se observan lesiones papulosas múltiples en región anal y vulvar que impresionan condilomas planos y por sospecha de abuso infantil se decide su internación. Como antecedentes presenta enuresis y encopresis secundaria, a partir de los 3 años de vida. Se solicitan serologías para HIV, hepatitis B, hepatitis C y VDRL todas negativas por lo que se descarta abuso. Dado los antecedentes de pie bot acompañado de enuresis y encopresis se sospecha patología orgánica y se solicita ecografía abdominorenovesical informada normal y RX de columna vertebral donde se observa lesión compatible con espina bífida a nivel de L5-S1. Se asume el diagnóstico como dermatosis sifiloide post erosiva de Sevestre- Jacquet secundaria al limitado cambio de pañales, y enuresis – encopresis.

Conclusión:

La importancia de este trabajo radica en el reconocimiento clínico de esta patología poco frecuente desde la incorporación de pañales descartables. Es importante tener presente dichas lesiones ya que se asemejan a secundarismo sifilítico.

Sospecharla evita diagnósticos presuntivos apresurados que pueden impactar gravemente en el grupo familiar.

P53

Arteritis de Takayasu. La enfermedad sin pulso. A propósito de un caso en pediatría.

Suco S, Roberti D, Schenone N, Cairoli H

CEM 4 Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción:

La arteritis de Takayasu es una enfermedad crónica, inflamatoria, que afecta los grandes vasos. En pediatría representa el 1,5% de las vasculitis y es tercera en frecuencia luego de la Púrpura de Henoch Schonlein y la Enfermedad de Kawasaki. Las manifestaciones clínicas son muy inespecíficas, lo que retrasa su diagnóstico. Se presenta con sintomatología inespecífica, como fiebre, decaimiento, anorexia, artralgias o artritis y el aumento de reactivos de fase aguda que puede preceder inclusive hasta meses antes de la instalación del cuadro. El diagnóstico suele ser tardío y se confirma con hallazgos angiográficos característicos. El tratamiento se basa en el uso de glucocorticoides y terapia inmunosupresora. Tiene una mortalidad a los 5 años del 35%, dependiendo de las secuelas de insuficiencia vascular que presente.

Objetivo:

Describir un caso de Arteritis de Takayasu en una adolescente con una evolución rápidamente progresiva.

Caso Clínico:

Paciente femenino de 14 años, previamente sana, que inicia con un síndrome febril prolongado de 3 meses de evolución, consultando en múltiples ocasiones donde realizan diversos estudios según algoritmo. Presenta como positivo velocidad de eritrosedimentación elevada y examen físico sin particularidades. Posteriormente, se realiza PetScan con captación en paredes de aorta torácica ascendente y cayado por lo que se deriva como sospecha de vasculitis al Servicio de Reumatología. Al inicio presenta examen físico sin particularidades y ecocardiograma con una insuficiencia aortica mínima, confirmando el Dx de arteritis de Takayasu e iniciando tratamiento con pulsos de metilprednisolona. Una semana después se agrega cefalea ante ma-

niobras de valsava y registros de hipertensión acompañado de asimetría en pulsos, hipertensión arterial, soplo en epigastrio, a nivel de carótida izquierda y zona inguinal. Se realiza nuevo ecocardiograma que presenta dilatación de aorta ascendente, coronarias y Ao descendente abdominal. Por la rápida evolución clínica y los cambios ecocardiográficos se interna para control y monitoreo. Se agrega al tratamiento ciclofosfamida y nifedipina. En nuevo control ecocardiográfico una semana posterior al tratamiento instaurado, persiste con la dilatación de Ao ascendente y coronarias, Insuficiencia Ao leve, sin mayores cambios al control previo, por lo que egresa y se mantiene con controles ambulatorios.

Conclusión:

La arteritis de Takayasu en niños puede dejar secuelas vasculares que amenazan con la vida. La ausencia o asimetría de pulsos al examen físico debería hacernos pensar en esta patología ante un niño que presente síntomas inflamatorios sistémicos. Una adecuada alerta ayudará al diagnóstico temprano para inicio de tratamiento en esta compleja vasculitis.

P54

Vacunas: Oportunidades Perdidas

Roberti D, Suco S, Garcia Pitaro L, Schenone N, Cairoli H

CEM 4 Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción:

La vacunación ha logrado avances globales muy importantes en la mejora de la salud infantil. La inmunización obligatoria y gratuita es un requisito esencial para prevenir numerosas enfermedades. Para lograr este objetivo es fundamental alcanzar altas tasas de coberturas y administrarlas oportunamente. Desde hace algunos años hemos observado que muchos niños presentaban su esquema de vacunación incompleto (VI) o atrasado a pesar del contacto con el sistema de salud. Esto provoca que los mismos estén en situación de riesgo de adquirir enfermedades inmunoprevenible y por lo tanto evitable.

Objetivos:

Revisar los esquemas de vacunación de niños internados, menores de 6 años, en CEM4 del HGNPE en el periodo del 1/8/16 al 1/9/16. Describir la prevalencia de esquemas incompletos o atrasados de vacunación y sus principales causas.

Materiales y Métodos:

Estudio transversal, descriptivo y analítico. Datos recabados de formularios a los padres y revisión del carnet de vacunación.

Resultados: Se analizó un grupo de 100 pacientes, 8 se excluyeron. De los 92, 48% calendario de vacunación incompleto.

Las causas: Enfermedad del niño: 25%, responsabilidad familiar: 34,2%, falta de vacunas: 22,7%, sin DNI: 18,1%. El 89,2% eran de la Provincia de Buenos aires y 10,8% de CABA. De estos un solo niño con VI.

De los niños con VI el 84% realizaba controles de salud, 64,8% en salitas barriales y el 41% había estado internado en los últimos 6 meses.

Conclusiones:

Esta muestra, aunque pequeña, confirma nuestra hipótesis de que gran parte de nuestros pacientes internados no tiene el calendario de vacunación completo (51.3%). Parte de este motivo son oportunidades perdidas por los efectores de salud (84% realizaron controles de salud).

Si bien nuestra muestra es pequeña es homologable a otros trabajos semejantes con mayor número de pacientes. Por este motivo debemos concientizarnos de que gran parte de las oportunidades perdidas son nuestra responsabilidad.

P55

Eritema Nodoso, A propósito de un caso

Piovoso C, Iparraguirre A, Ajzensztat J, Ortega G, Raiden S

CEM 4 Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción:

El eritema nodoso (EN) se considera una vasculitis cutánea alérgica. Siempre debe sospecharse un proceso desencadenante (infección, fármacos o enfermedad subyacente) pero es necesario tener presente

la forma idiopática. Resulta importante efectuar una adecuada anamnesis, así como realizar exámenes complementarios para poder diagnosticar el proceso subyacente.

Objetivo:

Presentar un paciente con eritema nodoso y su desencadenante.

Caso Clínico:

Paciente de sexo femenino de 5 años de edad, que ingresa por presentar registros febriles asociados a nódulos subcutáneos eritemato-violáceos, dolorosos y calientes a la palpación ubicados en miembros y pabellón auricular, por lo que se decide su internación para diagnóstico y se inicia tratamiento con clindamicina. Durante la anamnesis, la madre niega medio para tuberculosis.

Se realiza interconsulta con el servicio de reumatología quienes descartan dicha etiología y servicio de dermatología realiza biopsia de lesión compatible con EN.

Se reinterga a la madre surgiendo antecedente de tía materna con diagnóstico de tuberculosis 4 años atrás, refiriendo no tener contacto con la misma. Se solicita PPD y radiografía de tórax a la paciente y ambos padres. La radiografía de la paciente fue normal, con PPD de 16 mm; la radiografía de ambos padres resultaron patológicas, la madre presentó PPD de 0 mm y el padre de 12 mm.

Se toman esputos por 3 para directo y cultivo de BAAR que resultaron negativos. Se decide realizar tomografía de tórax que informa: imagen ganglionar de aspecto heterogeneo retrocava pretraqueal que mide 10 mm y múltiples imágenes ganglionares en rango no adenopático; parénquima pulmonar con imágenes nodulares heterogéneas centrolobulillares con tendencia a la confluencia (consolidación redondeada) asociados a imagen de vidrio esmerilado y engrosamiento peribronquial. Los hallazgos tomográficos resultaron compatibles con infección primaria por TBC.

De esta manera, con diagnóstico de tuberculosis pulmonar primaria y tuberculosis extrapulmonar cutánea, se decide comenzar tratamiento con isoniazida, rifampicina y pirazinamida y se inicia catastro familiar.

Conclusión:

Resulta importante tener presente las diferentes causas del EN para brindar tratamiento adecuado al paciente.

Tener un alto índice de sospecha de tuberculosis como causa de EN y una adecuada anamnesis resultan muy importantes en un medio donde la tuberculosis es una patología transmisible de alta prevalencia.

P56

trastornos de la circulación del líquido cefalorraquídeo, Síndrome de Chiari tipo IV. A propósito de un caso.

Grisolía NA, González N, Yañez A, Hernández RA, Balboa R, Pérez Palacios L, Pérez Torres MC, Pérez Morales D A, Romano V, Álvarez Ponte S.

Residencia Clínica Pediátrica Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción:

El flujo habitual del líquido cefalorraquídeo (LCR) puede verse afectado por varias patologías, como es la malformación de Chiari IV, caracterizada por presentar un defecto en el rombencéfalo que conlleva a hipoplasia o aplasia del cerebelo, asociado a aplasia de la tienda del cerebelo. La inespecificidad de los síntomas y la falta de reconocimiento de los patrones imagenológicos facilitan el subdiagnóstico de esta entidad.

Objetivo:

Describir el caso clínico de un paciente con trastorno de la circulación de LCR a raíz de una malformación de Chiari IV.

Caso clínico:

Paciente de 10 años con antecedente de cefalea crónica, se internó por presentar fiebre, vómitos y diarrea de 4 días de evolución, asociado a fotofobia, ataxia y disartria.

Los exámenes revelaron leucocitosis con fórmula repartida, ERS aumentada. La punción lumbar indicó 18 elementos a predominio monomorfonuclear, líquido límpido e incoloro, glucorraquia normal. Cultivo de LCR, gérmenes comunes y PCR para herpes y enterovirus negativos. Hemocultivos negativos.

Inició tratamiento con ceftriaxone y aciclovir, mejorando su cuadro infeccioso pero sin cambios en el aspecto neurológico. Dada la evolución tórpida y el antecedente de cefalea crónica, se planteó el diagnóstico a trastorno en la circulación de LCR y se solicitó RMN de cerebro con dinámica de la circulación del LCR, objetivándose lesión quística en fosa posterior con impronta en calota occipital, asociada a atrofia cerebelosa. Se realizó punción lumbar con manometría, con examen fisicoquímico normal y presión disminuida. Se interpretó el cuadro como malformación de Chiari IV. Se realizó resección quirúrgica de la lesión quística, con mejoría progresiva y total del cuadro agudo y la cefalea crónica.

Conclusión:

Es importante tener en cuenta este grupo de patologías en aquellos pacientes con síntomas neurológicos inespecíficos.

Ponderar la punción lumbar con manometría y la RNM con dinámica de circulación de LCR para evidenciar el trastorno de flujo y su etiología.

El tratamiento quirúrgico resuelve la mayoría de estos cuadros con excelente pronóstico.

P57

Enfermedad por Arañazo de Gato de presentación atípica. A propósito de un caso.

Grisolía N, De Lillo L, Sznitowski MS, Pallitto MB, Besada ML, García Fretes N

Residencia Clínica Pediátrica Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción:

La enfermedad por arañazo de gato causada por *Bartonella henselae* suele presentarse como un cuadro de adenopatías regionales de evolución subaguda. Puede acompañarse de otros síntomas como fiebre y compromiso del estado general, habitualmente leves. En un escaso porcentaje presenta manifestaciones atípicas.

Objetivo:

Describir un caso clínico atípico de infección *Bartonella Henselae*.

Caso clínico:

Niño de 3 años, sano. Comenzó con registros febriles diarios de un mes de evolución. Al ingreso se constata febril, pálido, regular estado general, astenia marcada, sin foco evidente. Del interrogatorio surge contacto reiterado con un gato.

Los exámenes mostraron leucocitosis leve con fórmula repartida, anemia hipocrómica, ERS y PCR elevadas. La ecografía abdominal detectó lesiones en hígado y bazo compatibles con abscesos.

Inició tratamiento con ceftriaxone y clindamicina.

Hemocultivos, urocultivo y PPD fueron negativos. Fondo de ojos, ecocardiograma, proteínograma y GAME normales. Serologías para toxocara, CMV, TXP, HAV, HBV, HCV, EBV y HIV fueron negativas.

Se documentó IgG positiva para *Bartonella henselae*, con títulos mayores a 1:256, interpretándose como agente etiológico del cuadro.

Discusión:

Las *Bartonellas* son bacterias gram negativas, aerobias, no móviles, pleomorfas, que se comportan como intracelulares facultativas y de difícil cultivo.

La afectación hepatoesplénica consiste en la formación de granulomas necrosantes. Habitualmente cursa de forma benigna desapareciendo en 1-5 meses. Las imágenes que se ven por ecografía o TAC son características, pero no patognomónicas. Ante estas lesiones debe considerarse la enfermedad y confirmar el diagnóstico mediante serología.

El tratamiento en su forma típica debe ser inicialmente sintomático dado que habitualmente se autolimita, resolviéndose de manera espontánea en 2 o 6 meses.

Conclusiones:

Es importante tener en cuenta esta enfermedad en el diagnóstico diferencial del síndrome febril prolongado con lesiones en hígado y bazo. El diagnóstico de las formas atípicas es difícil, en especial cuando no existen adenopatías periféricas o no se refiere el antecedente de contacto con gatos u otros animales domésticos que transmitan la enfermedad.

P58

Miositis Viral... a propósito de un caso

Fojgiel S, Ajzensztat J, Fernandez Berengeno M, Iparraguirre M, Loiacono V, Ortega G, Pellegrini M, Penas M, Piccardo A, Raiden S
CEM 4 Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción:

La miositis viral aguda es un cuadro de instauración brusca con mialgias, debilidad muscular de predominio en extremidades inferiores e impotencia funcional. Se caracteriza por presentar un período prodromico de hasta siete días, en el que aparece fiebre y síntomas de infección respiratoria de vías altas o gastrointestinales. Se trata de una enfermedad autolimitada que con tratamiento sintomático experimenta mejoría en pocos días.

Objetivo:

Describir la asociación de miositis transitoria aguda e infecciones virales.

Caso Clínico:

Paciente de 9 años de edad con antecedentes de broncoespasmos a repetición. Comienza 4 días previos a la consulta con registros febriles, cefalea y deposiciones desligadas. Evoluciona con dolor e impotencia funcional en miembros inferiores por lo que se decide su internación. Ingresa clínica y hemodinámicamente estable, vigil, reactivo, conectado, afebril, con dolor en miembros inferiores y brazo derecho e impotencia funcional de miembros inferiores. Presenta ROT y sensibilidad conservadas. Agrega 24 horas posterior debilidad en ambos brazos. Es evaluado por servicio de Neurología que indica aguardar resultado de CPK para decisión de conducta a seguir, y por Kinesiología descartándose compromiso de músculos respiratorios. Se recibe valor de CPK elevado (8138), interpretando el cuadro como miositis de probable etiología viral. Presenta en laboratorio leucopenia y aumento de las transaminasas, que se asume como parte de cuadro viral en curso. Se decide agregar plan de hidratación parenteral y control de ritmo diurético y función renal, resultando estos adecuados. Evoluciona favorablemente, con mejoría de los síntomas, resolviendo debilidad y dolor muscular. Se constata descenso de transaminasas y CPK por lo que se decide su externación.

Conclusión:

La miositis viral se considera una patología benigna y autolimitada que con tratamiento sintomático experimenta mejoría en pocos días, sin embargo, no está exenta de complicaciones. Se han descrito casos de falla renal secundario a mioglobinuria intensa por destrucción muscular grave. Se considera que la miositis viral aguda y la rabdomiolisis son distintas formas clínicas de una misma entidad, por lo que, ante un cuadro de impotencia funcional brusca y mialgias, se debe mantener una actitud vigilante para descartar el inicio de rabdomiolisis y aparición de complicaciones secundarias.

P59

Neurocisticercosis. Presentación clínica y controversias en el tratamiento.

Rodríguez G, Maiolo L, Raimondo A, De Lillo L, Mazzeo C, Piomonte S.

CEM 5 Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

Introducción:

la neurocisticercosis es causada por la localización en sistema nervioso central del cisticerco de la Taenia Solium, luego de ingerir alimentos contaminados con huevos del parásito. Endémica en Centro y Sudamérica, México, África, Asia e India. Es importante reconocer sus manifestaciones clínicas para arribar al diagnóstico precozmente y evaluar la necesidad de realizar tratamiento antiparasitario.

Objetivo:

describir la presentación clínica de una patología endémica en nuestro país cuyo tratamiento específico presenta elevado porcentaje de efectos adversos.

Caso clínico:

paciente de 16 años, oriundo de Bolivia, consulta a diversos centros por parestesias en brazo izquierdo descartando compromiso neurológico en dichas oportunidades. Se agrega al cuadro clínico parálisis espástica de hemicuerpo izquierdo con pérdida de conciencia durante 2 minutos. Consulta al servicio de Neurología, donde se interpreta al cuadro como crisis comiciales focales e inician tratamiento

con ácido valproico. Por reiterar episodio de iguales características reconsulta y se completan estudios. El electroencefalograma muestra leve asimetría de voltaje a predominio izquierdo. En la TAC de cerebro se visualizan 4 imágenes puntiformes compatibles con calcificaciones corticosubcorticales a predominio derecho y área hipodensa cortico-subcortical sin efecto de masa en proyección de la cisura central derecha. Con diagnóstico presuntivo de neurocisticercosis se solicita serología específica y RMN cerebro con y sin contraste, y se inicia tratamiento coadyuvante con corticoides.

Conclusión:

Las manifestaciones clínicas de la neurocisticercosis dependen de la localización y el número de lesiones. Puede afectar parénquima, meninges, ventrículos, nervios craneanos y arterias, produciendo efecto de masa e inflamación. Debuta mayormente con cuadros convulsivos. El diagnóstico se basa en la presentación clínica, neuroimágenes compatibles y puede apoyarse con pruebas serológicas. El tratamiento antiparasitario está indicado únicamente para lesiones activas, debe iniciarse y monitorizarse en el medio hospitalario durante una primera fase por las complicaciones que puede traer la reacción inflamatoria desencadenada por la muerte de la larva.

P60

Malformación Adenomatosa Quística Pulmonar Complicada, presentación tardía. A propósito de un caso

Pineda L, Iparraguirre A, Ajzensztat J, Ortega G, Raiden S.

CEM 1 Hospital General De Niños Pedro De Elizalde

Introducción:

La Malformación Adenomatosa Quística (MAQ) es una anomalía poco frecuente del desarrollo pulmonar, caracterizada por proliferación y dilatación anormal de las estructuras respiratorias terminales, dando origen a quistes de variados tamaños y localización. La gran mayoría (85%) se diagnostican en los dos primeros años de vida.

Objetivo:

Presentar el caso clínico de un paciente con MAQ pulmonar de presentación tardía

Caso Clínico:

Paciente de sexo masculino, 16 años, proveniente de Misiones, con antecedente de cirugía pulmonar poco clara a los 10 días de vida y cuadros Broncoobstructivos hasta los 5 años. Consulta por presentar tos no productiva y sensación febril acompañada de astenia y palidez mucocutánea de 2 semanas de evolución. Realizan Radiografía de Tórax que muestra foco de condensación en lóbulo inferior izquierdo, asociado a niveles hidroaéreos en su interior. Se decide su internación para diagnóstico y tratamiento endovenoso. Se solicita tomografía computada (TC) de tórax con contraste evidenciándose a nivel de Lóbulo Inferior izquierdo en contacto con la pleura diafragmática múltiples imágenes quísticas con niveles hidroaéreos, la mayor con pared engrosada, que correspondería a malformación adenomatosa quística complicada. Pleura adyacente a la lesión engrosada de aspecto secular. Fusión de los arcos costales posteriores C6-C7. (fig 1). El paciente recibe tratamiento antibiótico endovenoso por 21 días. Se programa extirpación quirúrgica de la lesión.

Conclusión:

La MAQ es una anomalía congénita rara, que habitualmente se manifiesta en el período perinatal como distress respiratorio. Sin embargo, esta malformación puede ser detectada con menor frecuencia en la adolescencia y la adultez, asociada a infecciones pulmonares recurrentes o como hallazgo incidental en imágenes. La extirpación quirúrgica es el tratamiento de elección, tanto en pacientes sintomáticos como en los que no, debido al riesgo de transformación maligna, infecciones a repetición y crecimiento de las zonas quísticas.

P61

Intervención Temprana: comunicación de la noticia del nacimiento de un niño con Síndrome de Down

Ingratta A, Bula A, Baldomir A, Zapata A

División Salud Mental Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción:

En una comunicación precedente los autores, analizaban como fue

comunicada y recibida la noticia del nacimiento de un niño con Síndrome de Down y se evaluó el impacto en sus madres como evento potencial de trauma emocional. Se observó que el grupo de madres entrevistadas percibieron como no adecuada la manera que le comunicaron la noticia al momento del nacimiento de su hijo.

Objetivo:

evaluar cómo fue comunicada la noticia en un grupo ampliado de madres y registrar la opinión de las mismas teniendo en cuenta las necesidades informadas por los propios padres de la forma que percibirían como adecuada o satisfactoria al momento de la comunicación.

Muestra:

En un grupo de 14 madres con sus hijos con Síndrome de Down. Edad media de los niños al momento del ingreso al grupo: 18 meses todos pacientes ingresados en área de estimulación temprana del Hospital Elizalde, formaron parte de un grupo que recibió atención grupal en forma periódica.

Metodología:

Toma de datos con entrevistas individuales semiestructuradas como parte del programa de atención en el servicio de salud Mental. Se utilizó rúbrica con escala de Likert para evaluar la pertinencia y registrar la modalidad esperada de las etapas de una comunicación. Se analizaron los respuestas con modalidad descriptiva cualitativa.

Resultados:

La percepción de cómo fue comunicada la noticia coincidió como muy en desacuerdo y algo en desacuerdo en la totalidad de los casos. Informaron: no estar presente él bebe en la mayoría de los casos ni el padre o un familiar. -predomino en la sala de parto o en el quirófano, no se quedó el profesional que les informaba un tiempo necesario para que ellas pudieran sentirse contenidas y no se recalcaron las posibles intervenciones terapéuticas. Por ultimo aportaron su parecer sobre los pasos esperados para informar noticias difíciles según los protocolos.

Discusión:

La manera como reciben la noticia no pareciera favorecer el encuentro con el hijo o hija, y podría poner en incertidumbre la visión de futuro de madre-niño.

Conclusiones:

la mayoría refirió no haber recibido una comunicación adecuada al momento del nacimiento por parte del personal de salud que la asistió. A referencia de los padres no se cumplieron los pasos de los protocolos.

P62

Malformación anorrectal. A propósito de un caso

Sbruzzi A, Ortega G, Ajzensztat J, Iparraguirre A, Penas MS, Piccardo A, Pellegrini M, Loiacono V, Fojgiel S, Davenport C, Blanco J, Raiden S

CEM 1 Hospital General De Niños Pedro De Elizalde

Introducción:

Las malformaciones anorrectales (MAR) se originan por un defecto en la división de la membrana cloacal hacia la 6ª semana de gestación. Comprenden un amplio espectro de enfermedades que afectan a ambos sexos. En el 50% de los casos hay malformaciones asociadas (urológicas, medulares, vertebrales, cardiológicas, intestinales y ginecológicas). Su frecuencia es de 1/5000 recién nacidos vivos y suele diagnosticarse al nacimiento.

Objetivo:

Describir un caso de malformación anorrectal de diagnóstico tardío.

Caso Clínico:

Paciente de 18 meses previamente sana consulta por constipación de 10 días de evolución y anuria de 1 día. Refiere registros febriles 48 horas. En guardia constatan globo vesical asociado a fecaloma. Realizan orina completa, laboratorio, radiografía y ecografía abdominal y sondaje vesical. Se evidencia insuficiencia renal aguda postrenal por lo que deciden su internación. Al examen físico presentaba abdomen doloroso a la palpación y ano en íntimo contacto con vagina sin esfínter, situado en vestíbulo. Se realiza TAC de abdomen y pelvis que informa imagen compatible con absceso renal derecho y dilatación de uréter homolateral. Se inicia tratamiento antibiótico endovenoso. Se interpreta como MAR (fistula vestibular) por lo que

se realiza interconsulta con servicio de cirugía quienes indican enemas de Murphy y realizan colostomía a cabos divorciados. Al retirar sonda vesical paciente repite globo vesical por lo que por sospecha de vejiga neurogénica. Se interconsulta con urología quienes indican sondaje intermitente y se solicita valoración por Neurocirugía por sospecha de síndrome de regresión caudal.

Paciente cumple tratamiento antibiótico por absceso renal, evoluciona favorablemente, afebril, con micción espontánea y colostomía funcionando por lo que se decide otorgar egreso hospitalario con controles ambulatorios por servicio de cirugía para posterior realización de anoplastia y neurocirugía para continuar seguimiento por sospecha de síndrome de regresión caudal. Pendiente realización de RMN de columna.

Conclusión:

El pronóstico funcional y la sobrevida de los pacientes con MAR, dependen directamente de un diagnóstico correcto y oportuno, del tipo de defecto, así como del pronto manejo de malformaciones asociadas. Es de destacar la importancia de una correcta anamnesis y una minuciosa exploración física en cada control a fin de realizar diagnóstico precoz de estas patologías.

P63

Seroprevalencia de marcadores de infecciones transmisibles por transfusión en el Hospital Pedro de Elizalde

Castro L, Illescas C, Lucca A, Noguero E, Sosa D

Servicio Hemoterapia Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción:

Según la Ley de Sangre 22990, a toda unidad obtenida por hemodonación se debe realizar la detección de Sífilis, Brucelosis, Chagas, Hepatitis B, Hepatitis C, HIV y HTLV I/II, dada la capacidad de estos agentes para mantenerse viables en la sangre donada y de transmitirse por vía transfusional.

Objetivos:

Describir la seroprevalencia de marcadores infecciosos en donantes de sangre del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde (HGNPE) Población: Sujetos que realizaron donaciones de sangre en el HGNPE entre los años 2010 y 2015 inclusive.

Material y Métodos:

Estudio retrospectivo, analítico. Se revisaron los registros de donantes que acudieron al HGNPE desde enero de 2010 a diciembre de 2015. Las muestras de suero fueron analizadas mediante ELISA en microplaca para Sífilis (Ac) (prueba treponémicas), Hepatitis B (antiHbC y HBsAg), HIV (Ag/Ac), Chagas (Ac), HTLV I/II (Ac) y HCV (Ag/Ac), y mediante aglutinación directa para Brucelosis. Para el análisis se consideraron positivos a los resultados repetidamente reactivos del tamizaje. Se compararon proporciones por medio de prueba de Chi cuadrado con EpiInfo v7.2.

Resultados:

Se estudiaron 13753 donaciones de las cuales fueron reactivas 1300 al menos para una determinación, siendo 64,7% hombres y la edad media de 38,3±11,4 años.

Los hallazgos fueron 3,09% para sífilis, 2,57% para antiHbC, 2,21% para chagas, 0,63% para *Brucella*, 0,62% para HCV, 0,46% para HIV, 0,29% para HTLV y 0,25% para HBsAg. Sífilis, antiHbC y Chagas fueron los marcadores más frecuentes durante los 6 años estudiados. Se observó una disminución estadísticamente significativa de las reactividades totales (OR 1,76; IC1,46-2,18), de Chagas (OR 2,15; IC 1,33-3,49), antiHbC (OR 1,84; IC1,21-2,8) y HTLV (9,23; IC 1,14-191), entre los años 2010 y 2015.

Conclusiones:

Coincidiendo con las estadísticas generales del GCABA y con lo publicado por la OPS, sífilis, antiHbC y Chagas fueron las determinaciones reactivas más frecuentes.

El descenso en la seroprevalencia podría atribuirse a la mejora en el proceso de selección del donante (entrevista personalizada desde 2014), y a que el sistema de gestión informatizado de banco de sangre (desde 2012) permite reconocer serologías reactivas previas o motivos de diferimiento permanente al momento de la recepción del donante.

P64**Detección mediante Biología Molecular de un donante en período ventana para el Virus de Inmunodeficiencia humana**

Castro L., Illescas C, Lucca A., Noguerol E., Sosa D

Servicio Hemoterapia Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción:

La detección de ácidos nucleicos virales mediante el estudio de Biología Molecular (BM) o Nucleic Acid Testing (NAT) ha permitido acortar los períodos de ventana y disminuir el riesgo residual de contraer una infección viral posterior a una transfusión de hemocomponentes. Todos los hospitales pertenecientes al GCABA realizan desde agosto de 2013 biología molecular para HIV, HBV, HCV a todas las unidades de donantes.

Objetivo:

Destacar la importancia del empleo de la detección de ácidos nucleicos virales en la reducción del riesgo residual de transmisión de infecciones asociadas con la transfusión de hemocomponentes mediante la presentación de un caso clínico.

Caso Clínico:

En julio de 2015 se detectó en un donante de sangre de reposición y primera vez (sexo masculino, 26 años de edad), un resultado reactivo para HIV por NAT, con serología no reactiva mediante pruebas de ELISA para las determinaciones de HIV (anticuerpos y antígeno p24). El estudio se realizó en el Centro Regional de Hemoterapia del Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan", lugar al que se derivan las muestras de donantes para realizar el tamizaje viral mediante NAT para HIV, HBV y HCV. La muestra se procesó de rutina en "pool" de seis muestras y luego individualmente. El resultado de NAT fue reactivo tanto en el tubo de muestra como en el plasma de la unidad de sangre donada. Se determinó carga viral, presentando un título de 149 copias/ml. En la entrevista pre-donación el donante no refirió situaciones de riesgo que fueran motivo de diferimiento y tampoco se autoexcluyó luego de la hemodonación.

Conclusión:

Existen métodos de detección de ácidos nucleicos aplicables al tamizaje de las donaciones de sangre que pueden disminuir el tiempo de detección de infecciones por HIV, HBV, HCV. En el caso del HIV estas técnicas permiten detectar ARN viral a los 5-6 días luego de la infección. Si bien la Ley Nacional de Sangre 22.990 y las Normas Técnicas y Administrativas de Hemoterapia sólo exigen la detección de anticuerpos anti HIV 1 y 2 y la detección de antígeno p24, casos como éste confirman la importancia del empleo de la detección de ácidos nucleicos virales en la reducción del riesgo residual de transmisión de infecciones asociadas con la transfusión de hemocomponentes.

P65**Hipoglucemia hiperinsulinémica en una adolescente de 14 años**

Gigliotti E., Roldán M., De Lillo L., Maury K., López J., Brunetto O.

CEM 5 Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción:

La hipoglucemia es uno de los trastornos metabólicos más frecuentes en la infancia; no obstante su presentación en adolescentes no diabéticos es inusual, cursando con hiperinsulinismo: Insulinoma, Síndrome de hipoglucemia pancreatogénica no insulinoma e Hipoglucemia autoinmune.

Objetivo:

Describir una causa poco frecuente de hipoglucemia en pediatría, su diagnóstico y tratamiento inicial.

Caso Clínico:

Paciente de 14 años, que consulta por 3 episodios de lipotimia en la última semana, y episodios de somnolencia matutina y adinamia de 3 meses de evolución. Se constata hipoglucemia (35 mg/dl) y se decide su internación. Al examen físico se evidencia obesidad y acantosis nigricans. Se realizan determinaciones de laboratorio durante crisis de hipoglucemia: estado ácido-base, ionograma plasmático, ácido láctico y hepatograma normales; cetonas negativas en orina. Insulina durante hipoglucemia: 60 uU/ml. ACTH y cortisol y prolactina dentro de parámetros normales. Ecografía abdominal normal. Se indica hidratación parenteral para mantener un flujo de glucosa constante durante la madrugada y dieta con hidratos de carbono complejos y colación nocturna. Se realiza Resonancia Magnética de abdomen donde se evidencia imagen única en cabeza de pán-

creas/proceso uncinado compatible con tumor neuroendócrino por lo que se decide su exéresis. Pese a ello, reitera registros de hipoglucemia (con hiperinsulinemia), al suspender el flujo de glucosa. Anatomía patológica con inmunohistoquímica (sinaptofisina y cromogranina) compatible con nesidioblastosis. Se realiza PET-coporal total con F18 DOPA donde se evidencian 3 focos de hipercaptación e inicia tratamiento con diazóxido, egresando con dosis de 200 mg/día, con un control metabólico satisfactorio para el manejo ambulatorio. Se realizará en forma ambulatoria arteriografía selectiva con calcio para completar su evaluación.

Conclusiones:

La hipoglucemia en la adolescencia es poco frecuente. Descartadas causas iatrogénicas, en un paciente por lo demás sano, debe pensarse en hiperinsulinismo, ya sea por insulinoma, nesidioblastosis e hiperinsulinemia autoinmune como posibles diagnósticos. El diagnóstico etiológico suele ser dificultoso dado que los métodos disponibles pueden no ser concluyentes.

P66**Anemia hemolítica autoinmune como forma de presentación de Linfoma de Hodgkin**

Gigliotti E., De Lillo L., Castro L., Lucca A., Veber E., Elena G., Lavergne M.

CEM 5 Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción:

La anemia hemolítica autoinmune (AHA) por anticuerpos calientes es poco frecuente en pediatría, asociándose en general a procesos reumatológicos y enfermedades oncohematológicas, no obstante la AHA como forma de presentación del linfoma de Hodgkin (LH) en pediatría es extremadamente rara.

Objetivo:

Destacar la importancia de la sospecha diagnóstica de enfermedades oncohematológicas ante la presencia de una AHA, principalmente cuando es mediada por anticuerpos calientes.

Caso Clínico:

Paciente de 13 años, sin antecedentes a destacar, que consulta a guardia por fiebre intermitente, de 15 días de evolución, con palidez mucocutánea, ictericia, astenia, adinamia y pérdida de peso. Se realiza hemograma: glóbulos blancos 5400 (neutrófilos 58%) Hemoglobina 5,1 mg/dl Hematocrito 16,9%, plaquetas 778.000 y se decide su internación. Se realiza ecografía abdominal donde se evidencian múltiples imágenes hipoeoicas en bazo, y en hilio esplénico 3 imágenes sugestivas de adenomegalias. En el estudio inmunohematológico presenta prueba de Coombs positiva, anticuerpos calientes de tipo IgG que fijan complemento tanto in vivo como in vitro, comportándose como panaglutinina inespecífica que reacciona contra todas las células del panel globular. Se toman hemocultivos y se indica tratamiento antibiótico con Ceftriaxona y Clindamicina, pulso con metilprednisolona y se solicita tomografía de abdomen para decidir conducta quirúrgica, que informa múltiples imágenes hipodensas en bazo que no realizan luego del pasaje de contraste endovenoso, y conglomerado adenopático en el espacio retroperitoneal paraaórtico izquierdo. Se realiza biopsia de ganglios linfáticos mesentéricos y retroperitoneales y continúa tratamiento con corticoides con buena respuesta. Se recibe anatomía patológica que informa LH clásico, por lo que inicia tratamiento quimioterápico según protocolo.

Conclusión:

Si bien la AHA es un cuadro poco frecuente, puede corresponder a la manifestación inicial de cuadros graves como las enfermedades linfoproliferativas y reumatológicas. El índice de sospecha debe ser alto para evitar la utilización de corticoterapia antes de su estudio, pudiendo interferir en el diagnóstico de la enfermedad de base.

P67**Síndrome de Munchhausen por Poder en segunda infancia. Reporte de casos.**

Vacarezza S., Gonzalez F., Morales I., Paganini A., Sosa R., Indart J., Mouesca J., Stabilitto L., Del Bagge P.

CEM 2 Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Introducción:

El Síndrome de Munchhausen por Poder (SMP) tiene una gran varia-

bilidad de formas de presentación. No hay una característica patognomónica de los perpetradores. Los padres y sobre todo la madre, inventan o producen de manera voluntaria síntomas, con la finalidad de gratificar las necesidades psicológicas de atención de ellos mismos. El historial médico no es concordante con la clínica ni con la evolución tórpida.

Objetivos:

Advertir a la comunidad Pediátrica y aumentar el índice de sospecha de esta patología, que es de difícil diagnóstico y conlleva una alta morbimortalidad. Definir las características de los perpetradores y de las familias, así como también la multiplicidad de formas de presentación.

Demostrar que el Pediatra así como inicialmente es participe necesario en la invasión del niño a múltiples estudios por síntomas incongruentes, al reconocer la sospecha diagnóstica forma parte del equipo multidisciplinario a cargo de este tipo de casos, pudiendo así confrontar con la familia y realizar un plan de contención y seguimiento.

Caso Clínico:

Se describen 4 casos internados en sala, desde julio del 2013 a julio del 2016. Cuatro de los pacientes pertenecen a segunda infancia, 2 niñas de 10 años y 2 niños de 11 años, con ausentismo elevado o no escolarizados por causa médica, 2 poseían certificado de discapacidad. Estos mismos presentaban leve retraso, adjudicado a hipostímulo.

Todos poseían múltiples internaciones e intervenciones médicas con exámenes complementarios y estudios por imágenes normales y seguimiento en diferentes instituciones. Dos habían sido sometidos a intervenciones quirúrgicas mayores sin hallazgos patológicos. También en dos de los casos ya se había denunciado la sospecha de SMP, habiéndose luego perdido su paradero.

En todos los casos se dio intervención al equipo de Violencia Familiar, quien con un seguimiento exhaustivo incorpora Cuidadora Hospitalaria y luego vía judicial se logra la exclusión materna. Durante la internación se busca familia ampliada u hogar si no la hubiere.

Resultados:

En todos los casos se comprobó retrospectivamente la ausencia de enfermedad con adecuado progreso ponderoestatural. Aunque persistían secuelas en la esfera emocional y psicosocial.

Conclusión:

El SMP constituye un diagnóstico diferencial de importancia cuando hay síntomas o signos persistentes e incongruentes, más la reiterada demanda de asistencia por sus progenitores en diferentes instituciones sanitarias. El diagnóstico debe ser precoz ya que se trata de una

modalidad de maltrato infantil, donde el adulto le provoca un daño al niño, con alteración integral de su desarrollo. Es imprescindible la Interdisciplina.

El pediatra debe poder reconocer la simulación de una madre presuntamente abnegada con manejo de terminología médica, que cumple exageradamente con los controles. La misma se convierte en una noxa para nuestro paciente. Se trata de rever nuestros propios patrones culturales y médicos, acerca de la figura bondadosa y protectora que todos tenemos en el inconsciente colectivo de las madres.

P68

Deformidad de Madelung: a propósito de un caso

Benitez L, Rey C, Mannocci D, Cortez N

División Radiodiagnóstico Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

Introducción:

El término deformidad de Madelung (DDM) hace referencia a una variedad de anomalías de la muñeca producto del compromiso y cierre prematuro del cartilago de crecimiento distal del radio que provoca la llamada "muñeca en bayoneta".

Más allá del trastorno estético que suele ser la principal molestia, puede asociarse con dolor, fatiga y limitación a la movilidad de la muñeca en la extensión dorsal, desviación cubital y supinación (sobre todo en casos severos).

Objetivos:

Sospechar una enfermedad poco frecuente. Conocer el método diagnóstico de elección. Definir hallazgos radiológicos que permitan establecer un diagnóstico precoz

Caso Clínico:

Paciente de 10 años, previamente sana, que consulta por defecto estético y dolor esporádico en ambas muñecas de 6 meses de evolución.

Se solicitó par radiográfico de muñecas y se completó con TC, la cual no aportó mayores datos. Con diagnóstico de DDM actualmente es seguida por servicio de traumatología, kinesiología y evoluciona favorablemente.

Conclusión:

La DDM idiopática es una patología poco frecuente cuya principal complicación es el defecto estético que provoca. La presentación clínica puede ser variable dependiendo del nivel de compromiso del ángulo carpiano. El método de imagen de elección para su diagnóstico es la radiografía simple. Deben descartarse posibles causas subyacentes. La detección temprana evita su progresión y posibles secuelas.



Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

