

X Congreso de la SLIPE
XXIV CONGRESO URUGUAYO DE PEDIATRIA
III JORNADAS URUGUAYAS DE ENFERMERIA PEDIATRICA
I Jornada del Pediatra Joven

1 14 al 17 de MAYO

X Congreso de la SLIPE
XXIV CONGRESO URUGUAYO DE PEDIATRIA
III JORNADAS URUGUAYAS
E ENFERMERIA PEDIATRICA
I Jornada del Pediatra Joven
14 al 17 de Mayo de 2003



PROGRAMA OFICIAL

PROGRAMA
OFICIAL

INDICE

DIRECCIONES IMPORTANTES PÁG. 3

AGRADECIMIENTOS PÁG. 4

NOTA DE BIENVENIDA PÁG. 5

AUSPICIOS PÁG. 6

AUTORIDADES PÁG. 7

INVITADOS EXTRANJEROS PÁG. 9

INFORMACIÓN GENERAL PÁG. 10

PLANO DEL SEGUNDO NIVEL DE LA EXPOSICIÓN COMERCIAL PÁG. 17

PLANO DEL TERCER NIVEL DE LA EXPOSICIÓN COMERCIAL PÁG. 18

ACTIVIDAD CIENTÍFICA PÁG. 19

MIERCOLES 14 DE MAYO PÁG. 19

JUEVES 15 DE MAYO PÁG. 28

VIERNES 16 DE MAYO PÁG. 38

SÁBADO 17 DE MAYO PÁG. 49

RESÚMENES PÁG. 59

POSTERS PÁG. 124

ÍNDICE POR AUTOR PÁG. 229

**PROGRAMA
 OFICIAL**

DIRECCIONES IMPORTANTES

Secretaria PERSONAS SRL

Av. 8 de Octubre 2323/305
Tel-Fax: 408 10 15 - 408 29 51
E.mail: slipesup2003@personas.com.uy
info@personas.com.uy
Montevideo - Uruguay

Sociedad Uruguaya de Pediatría

Centro Hospitalario Pereira - Rossell
Bulevar Artigas 1550 / 1er. Piso.
Tel.:(+ 598 2) 709-18-01 Fax: (+ 598 2) 708-52-13
E.mail: pedsoc@adinet.com.uy
Web: www.sup.org.uy
Montevideo - Uruguay

Agencia de Viajes Oficial

TURISPORT LTDA
American Express Rep
San Jose 930
Montevideo -Uruguay
Tel 00598 2 902 08 29
Fax 00598 2 902 08 52
amorales@turisport.com.uy
mbone@turisport.com.uy

PROGRAMA
OFICIAL

AGRADECIMIENTOS

Aventis Pasteur
Laboratorio Clausen S.A.
GlaxoSmithkline
Wyeth
Chiron Vaccines
Kimberly Clark
Conaprole
Gramón Bagó y Bagó Argentina
Roemmers S.A.
Celsius
Servimedic
Beiersdorf S.A.
Laboratorios Andromaco S.A.
Nestlé del Uruguay S.A.
Gautier
AGA
Vygon
Arnaldo Castro
Bibliomédica Médica
Editorial Interamericana
Editorial Trecho
Prensa Médica

PROGRAMA
OFICIAL

NOTA de BIENVENIDA

La Sociedad Latinoamericana de Infectología Pediátrica (SLIPE) y la Sociedad Uruguaya de Pediatría han asumido la responsabilidad de organizar en forma conjunta el X Congreso de la SLIPE, el XXIV Congreso Uruguayo de Pediatría, las III Jornadas Uruguayas de Enfermería Pediátrica y las Primeras Jornadas de la Comisión del Pediatra Joven.

El desafío es muy grande. La crítica situación económica que vive nuestro país y la región, no debe inmovilizarnos. Por el contrario debe ser aliento e incentivo para el intercambio de conocimiento y la discusión franca entre los responsables del cuidado de la salud de nuestros niños . La meta debe ser la búsqueda de respuestas adecuadas a nuestra problemática.

La magnitud de estos Congresos aumenta la responsabilidad, que aceptamos llevar adelante junto a los pediatras uruguayos y latinoamericanos.

Con los uruguayos, porque durante años hemos compartido experiencias y encuentros, y el esfuerzo por mejorar su formación, por más difícil que fuera la situación, hizo que se superaran los obstáculos.

Con los latinoamericanos, porque hemos descubierto en este camino emprendido por SLIPE hace ya tiempo, la necesidad de crear nuestra identidad científica, basada en acuerdos y discrepancias frente a realidades regionales particulares, tan similares y a su vez tan diversas, con profundidad, honestidad y amistad .

Aspiramos que del 14 al 17 de mayo de 2003, Montevideo sea la sede de la Pediatría de América Latina y que el reencuentro con los amigos todos, sirva para un mañana mejor para nuestros niños.

Bienvenidos

PROGRAMA
OFICIAL

14 al 17 de MAYO 6

X Congreso de la SLIPE
XXIV CONGRESO URUGUAYO DE PEDIATRÍA
III JORNADAS URUGUAYAS DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA
I Jornada del Pediatra Joven

AUSPICIOS

Ministerio de Salud Pública

Ministerio de Educación y Cultura

Ministerio de Turismo

Intendencia Municipal de Montevideo

Facultad de Medicina

Academia Nacional de Medicina

Instituto Nacional de Enfermería

Colegio de Enfermeras del Uruguay

Sindicato Médico del Uruguay

Asociación Médica del Uruguay

Federación Médica del Interior

Escuela de Graduados

Asociación Uruguaya de Dietistas y Nutricionistas del Uruguay

Sociedad de Diabetología y Nutrición del Uruguay

Sociedad de Gastroenterología del Uruguay

Sociedad Uruguaya de Alergia y Asma

Sociedad Uruguaya de Trasplante

PROGRAMA
OFICIAL

AUTORIDADES

Mesa Ejecutiva de la Sociedad Latinoamericana de Infectología Pediátrica

Dr. Eduardo Suárez Castaneda
Presidente

Dr. Ernesto Pleítez Sandoval
Vice - Presidente

Dr. José Oliva
Secretaría General

Dr. Mario Gamero Rosales
Tesorero

Dr. Roger Rolón Arámbulo
Past - President

Comisión Directiva de la Sociedad Uruguaya de Pediatría

Dra. Virginia Méndez
Presidente

Dr. Alvaro Galiana
Vice - Presidente

Dr. Octavio Failache
Secretario General

Dra. Myrtha Foren
Secretaria de Actas

Dra. Raquel Guariglia
Tesorera

Dra. Daniel Borbonet
Dr. Didier Laborde

Vocales
Dra. Graciela Caballero
Dra. Yolanda Mascaró
Suplentes

PROGRAMA
OFICIAL

Comité Ejecutivo de los Congresos

Dra. Jeannette Galazka
Dr. Alvaro Galiana
Dra. Raquel Guariglia
Dra. Ivonne Rubio
Dr. Jorge Quian

AUTORIDADES de los CONGRESOS

Comité Organizador X Congreso de la SLIPE

Dra. María Catalina Pérez
 Presidente

Dr. Jorge Quian
 Vice-Presidente

Dra. Teresa Picón
 Secretaria

Dra. Jeannette Galazka
 Tesorera

Dra. Irma Gentile Ramos
 Presidenta de Honor

Comité Científico de la Sociedad Latinoamericana de Infectología Pediátrica

Dra. Ana María Ferrari (Uruguay)
 Dr. Patricio Herrera (Chile)
 Dr. Eduardo López (Argentina)
 Dra. Mercedes Macías (México)
 Dra. Carla Odio (Costa Rica)
 Dra. Valeria Prado (Chile)
 Dr. Xavier Saez Llórens (Panamá)
 Dr. Miguel Tregnaghi (Argentina)

Comité Organizador XXIV Congreso Uruguayo de Pediatría

Dra. Virginia Méndez
 Presidente

Dra. Ivonne Rubio
 Vice-Presidente

Dr. Alvaro Galiana
 Secretario

Dra. Raquel Guariglia
 Tesorera

Comité Científico de la Sociedad Uruguaya de Pediatría

Dr. Raúl Bustos
 Dra. Ana María Ferrari
 Dr. Fernando Mañe Garzón
 Dr. Miguel Martell
 Dr. Leopoldo Peluffo
 Dra. Graciela Sehabiague

Comité Organizador de Enfermería

Lic. Enf. Alicia Fajardo
 Lic. Enf. Silvia Techera

Comité Científico de Enfermería

Lic. María Inés Abeface
 Lic. Nibia Moreira
 Lic. Lía Fernández

**PROGRAMA
 OFICIAL**

INVITADOS EXTRANJEROS

ARGENTINA

Emilio Boggiano
Ana Ceballos
Angel Cedrato
Mirtha Ciocca
Daniel D'Agostino
Fernando Ferrero
Jorge Fiorentino
Angela Gentile
Eduardo López
María del Carmen Morasso
Laura Moreno
Olga Ramos
Raúl Ruvinsky
Natalio Salmún
Miguel Tregnaghi

BRASIL

Sergio Alves Levy
Yehuda Benguigui
Sue Ann Costa Clemens
Luiz Jacintho Da Silva
Themis Da Silveira
Maria Luiza Falleiros
Calil Farhat
Ernani Miura
Stefan Thoelen
Lily Yin Weckx

CHILE

Katia Abarca
Luis F. Avendaño
Enrique Fanta
Rina González
Patricio Herrera
Miguel O'Ryan
María Angélica Palomino
Valeria Prado
Guillermo Sosa
Verónica Valdés

COLOMBIA

Pío López

COSTA RICA

Carla Odio

CUBA

Ivan Cuevas
Frankin Sotolongo

EL SALVADOR

Eduardo Suárez Castañeda

ESPAÑA

Francesc Asensi – Botet

MEXICO

José Luis Castañeda
Napoleón Gonzalez
Jesús Kumate
Mercedes Macias
Abiel Mascareñas
Cesar Mascareñas
Carlos Nesbitt
Armando Rentería
Patricia Saltigeral

PANAMA

Xavier Saez Llorens

PARAGUAY

Antonio Arbo
Ana Campuzano de Rolón
Roger Rolon

REPUBLICA DOMINICANA

José Brea del Castillo

USA

Michael Decker
Sheldon Kaplan

VENEZUELA

Amando Martín
Juan G. Tata Cumana

PROGRAMA
OFICIAL

INFORMACION GENERAL

SEDE

RADISSON MONTEVIDEO VICTORIA PLAZA HOTEL
 Independencia 759 / CP 11100
 Tel: (598-2) 902 01 11
 Fax: (598-2) 902 16 28
 E.mail: radisson@adinet.com.uy
 Montevideo – Uruguay

LENGUAJE

El idioma oficial del evento será el español. Solamente para los relatos de los invitados de habla inglesa habrá traducción simultánea del inglés al español y viceversa.

CLIMA

El clima en Montevideo en el mes de mayo es placentero. Las temperaturas oscilan en los 15 C°. Recomendamos llevar abrigo para la noche.

PROGRAMA
 OFICIAL

ELECTRICIDAD Y VOLTAJE

CA220 y 50Hz.

MONEDA – TARJETAS DE CRÉDITO

La moneda nacional es el peso uruguayo. Un dólar equivale aproximadamente a 30 pesos uruguayos a la fecha. Las operaciones se pueden realizar libremente en cualquier banco o casa de cambio. Los hoteles, restaurantes y centros comerciales aceptan tarjetas de crédito (VISA, MASTER CARD, AMERICAN EXPRESS, DINERS) y dólares americanos.

Las propinas en los restaurants oscilan en el 10 %.

HORARIO OFICIAL

5 hs. menos en GMT.

HORARIO COMERCIAL

De 10.00 a 19.00 hs. Algunos comercios y shoppings tienen horarios más extensos.

HORARIO BANCARIO

De 13.00 a 17.00 hs.

AGENCIA DE VIAJES OFICIAL

TURISPORT LTDA

American Express Rep

San Jose 930

Montevideo -Uruguay

Tel 00598 2 902 08 29

Fax 00598 2 902 08 52

amorales@turisport.com.uy

mbone@turisport.com.uy

HORARIO DE INSCRIPCIÓN SECRETARIA

Estará ubicada en el 3er. Piso.

Permanecerá abierta durante el horario de actividad científica de los Congresos.

MATERIAL A ENTREGAR

Bolso conteniendo: Programa Oficial – Libro de Publicaciones – Certificado de Asistencia – Solapero identificador, Block, Lapicera, Invitación al Brindis de Bienvenida.

HORARIO Y LUGAR DONDE SE SERVIRÁ EL CAFÉ

Horarios:

Miércoles 14 de mayo: 10.00 – 11.00 / 16.00 – 16.30

Jueves 15 de mayo: 11.00 – 11.30 / 16.00 – 16.30

Viernes 16 de mayo: 10.00 – 10.30 / 17.30 – 18.00

Sábado 17 de mayo: 11.00 – 11.30 / 16.15 – 16.45

Ubicación de las cafeterías:

Piso 2: Tres estaciones

Piso 3: Stand de Nestle

**PROGRAMA
OFICIAL**

EXPOSICIÓN COMERCIAL

Se llevará a cabo los días 14, 15, 16 y 17 de mayo. El acceso a dicha exposición es libre para todos los participantes y estará ubicada en el 2° y 3er. piso del Centro de Convenciones del Radisson Montevideo Victoria Plaza Hotel.

IMPORTANTE

Invitamos a los participantes que aún no hayan confirmado sus datos (dirección, fax, tel, e.mail) tengan la amabilidad de dirigirse a la Secretaria PERSONAS SRL.

PROGRAMA SOCIAL

Brindis de Bienvenida
 Restaurante "La Pergola" (P.B. Sede)
 Jueves 15 de mayo, hora 21.00.
 Actuación de Escuela de Musica N° 265
 Virgilio Scarabelli Alberti del Consejo de Educacion Primaria

INFORMACION SOBRE ACTIVIDADES CIENTIFICAS

MESA REDONDA:

Se caracteriza por ser un debate entre un grupo de 4 a 6 personas, con puntos de vista no necesariamente coincidentes. El auditorio observador podrá plantear preguntas luego de escuchar a los integrantes. Será conducida por un coordinador quién será el encargado de redactar las conclusiones.

SIMPOSIO:

Reunión de personas especialistas en determinado tema que exponen, sucesivamente, distintos aspectos de un tema en particular.

DIALOGO CON EXPERTOS:

En esta sesión a propósito de un caso Clínico o de una situación Clínica epidemiológica se disertan con expertos los aspectos más importantes del tema. Se estimulará una amplia participación de los asistentes.

SESION DE POSTERS:

En estas sesiones se presentarán trabajos científicos o casos clínicos a los Comentadores y asistentes al Congreso.

CONFERENCIAS:

Reunión donde una persona expone un tema en particular en sesión plenaria.

PANELES:

Encuentro de varias personas idóneas en un tema para debatir. Un coordinador modera la sesión y permite que el público realice preguntas después de una alocución.

PROGRAMA
 OFICIAL

PROGRAMA PARA ACOMPAÑANTES

Brindis de Bienvenida

Restaurante "La Pergola" (P.B. Sede)

Jueves 15 de mayo, hora 21.00.

Actuación de: Escuela de Danza Nacional

Tour por Montevideo

Un paseo completo por Montevideo, la moderna capital del Uruguay. Visita de la Ciudad Vieja, Plaza Constitución o Plaza Matriz con su Catedral y el Cabildo. Pasando por el Teatro Solís, Plaza Independencia con el Monumento a Artigas (héroe nacional) y su Mausoleo. Continuación por su Avenida principal «18 de Julio», Plaza del Entrevero, Palacio Legislativo. Luego al Barrio del Prado con su famoso jardín de Rosas y el monumento La Diligencia. Continuación al Cerro de Montevideo, con su hermosa vista de la Bahía y su antigua Fortaleza. Regreso hacia el Parque Batlle y Ordoñez, pasando por el Obelisco, La Carreta y el Estadio Centenario. Luego zona residencial de Carrasco y retorno a lo largo de su cadena de playas hacia el centro y hoteles.

Viernes 16 de mayo, hora 15 - Salida del lobby del Radisson.

Por Tours opcionales dirigirse a la Agencia de Viajes Oficial Turisport, ubicada en el 3er. Piso de la Sede

PROGRAMA
OFICIAL

TOURS NACIONALES:

City tour Montevideo	U\$S 13
Full day Punta del Este	U\$S 25
Full day Punta del Este c/ almuerzo	U\$S 40
Colonia	U\$S 55
Minas	U\$S 55
Estancia c/ almuerzo	U\$S 95

Nota: Precios netos por pasajero en dólares americanos. Servicios regulares. Consulte para grupos exclusivos.

Full day Punta Del Este

Esta es una oportunidad de pasar todo un día visitando el mejor balneario de América del Sur, Punta del Este, en el Océano Atlántico. Recorrido a través de la cadena de balnearios y playas a lo largo del Río de la Plata. Primera parada en Piriápolis donde, desde la cima del Cerro San Antonio, se puede admirar una hermosa vista. Antes de llegar a Punta del Este, parada en Punta Ballena, para una gran toma fotográfica de Casapueblo, residencia, atelier y museo de Carlos Páez Vilaró, renombrado artista local. El paseo completo por el balneario incluye recorrido a través de sus barrios residenciales tales como Cantegril, San Rafael, Beverly Hills, Golf, la Península – centro comercial y social y La Barra, con su original puente ondulante. En la tarde tiempo libre para disfrutar de la playa o caminar por la avenida principal con sus vidrieras y cafeterías. Al atardecer retorno a Montevideo.

Colonia

Esta antigua Ciudad Portuguesa del siglo XVII ha sido declarada Patrimonio Histórico de la Humanidad por la UNESCO por su bien conservada riqueza arquitectónica. Memorable Paseo de día entero para conocer sus calles de piedra, sus antiguas construcciones, restos de fortificaciones y los museos Español y Portugués. Visitaremos también el Centro, la Zona Portuaria, la Playa de Ferrando y la Reserva Forestal, su hermosa "Rambla" costanera, llegando hasta el Real de San Carlos apreciando en ese lugar la "Plaza de Toros", el Frontón de Paleta Vasca, el Hipódromo y el Antiguo Muelle.

PROGRAMA
 OFICIAL

Minas

Panorámico paseo para conocer el magnífico paisaje de sierras, visitando, el Parque Salus, con la Fuente del Puma entre abundante vegetación, Parque de Vacaciones de UTE-ANTEL, represa de OSE, Salto del Penitente, hermoso torrente de aguas cristalinas que se vierten en una piscina natural, cercana a Villa Serrana, singular pueblito enclavado en un verde y hermoso valle con graciosas construcciones. Visitaremos también su bella Catedral, la Casa de la Cultura y el muy particular Museo del "Comic" de los cuales sólo hay unos pocos en el mundo.

Estancia

Estupendo Tour con múltiples opciones, día completo con asado criollo y paseos por el campo y los cascos de Estancias del siglo pasado con todos los servicios incluidos. Viajes en volanta, carreta o a caballo y la posibilidad de presenciar y participar de las tradicionales tareas rurales, de acuerdo a la época del año. Conozca un bellissimo paisaje natural disfrutando la amabilidad y cordialidad característica del uruguayo y especialmente del hombre de campo.

TOURS REGIONALES

BARILOCHE 5 DIAS

Incluye:

Traslados aeropuerto / hotel /aeropuerto

4 noches de alojamiento con desayuno incluido

Paseos: Circuito Chico y Cerro Catedral (sin ascensos)

Hotel 3 estrellas: (incluye media pensión)

Base single USD 135. Base doble por persona USD 100.

Hotel 4 estrellas:

Base single USD 205. Base doble por persona USD 115.

Hotel 5 estrellas:

Base single USD 405. Base doble por persona USD 205.

PROGRAMA
OFICIAL

14 al 17 de MAYO 16

X Congreso de la SLIPE
XXIV CONGRESO URUGUAYO DE PEDIATRÍA
III JORNADAS URUGUAYAS DE ENFERMERIA PEDIATRICA
I Jornada del Pediatra Joven

EL CALAFATE 4 DIAS

Incluye:

Traslados aeropuerto/hotel/aeropuerto

3 noches de alojamiento con desayuno incluido

Excursión al Glaciar Perito Moreno, con entrada a Parques Nacionales incluida

Hotel 3 estrellas:

Base single USD 120. Base doble por persona USD 90.

Hotel 4 estrellas:

Base single USD 170. Base doble por persona USD 130.

CATARATAS 4 DIAS

Incluye:

Traslados aeropuerto/hotel/aeropuerto

3 noches de alojamiento con media pensión

Paseos: Cataratas Argentinas y Brasileñas con ingreso a Parques Nacionales

Hotel 3 estrellas:

Base single USD 135. Base doble por persona USD 95.

Hotel 4 estrellas:

Base single USD 145. Base doble por persona USD 110.

Hotel 5 estrellas:

Base single USD 395. Base doble por persona USD 255.

PROGRAMA

OFICIAL

Nota : No se incluyen los pasajes aéreos.

Precios sujetos a cambios.

TRASLADO AEROPUERTO /HOTEL USD 12,00 - P/ AUTO

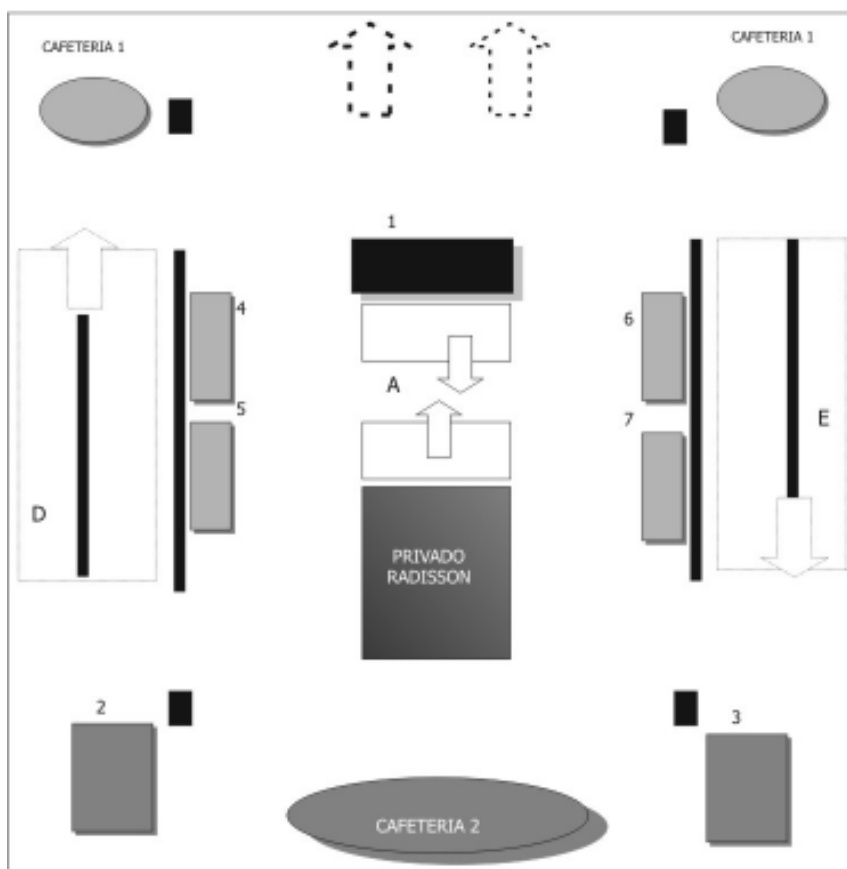
TRASLADO AEROPUERTO / HOTEL / AEROPUERTO USD 20,00 - P/ AUTO

TRASLADO PUERTO / HOTEL USD 8,00 - P/ AUTO

TRASLADO PUERTO / HOTEL/ PUERTO USD 14,00 - P/ AUTO

PLANO del SEGUNDO NIVEL de la EXPOSICION COMERCIAL

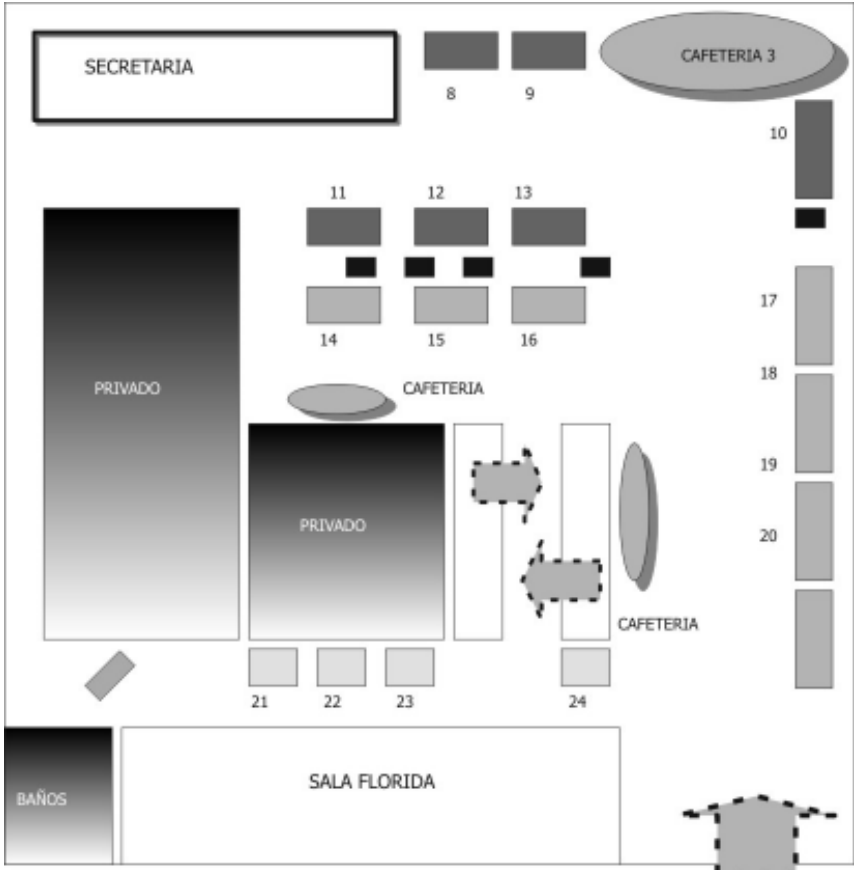
ACCESO A BALL ROOM (Sala Principal)



- 1.- Aventis Pasteur - Clausen
- 2.- Arnaldo C. Castro
- 3.- Gramón Bagó
- 4.- Chiron Vaccines
- 5.- Kimberly Clark
- 6.- GlaxoSmithkline

PROGRAMA
OFICIAL

PLANO del TERCER NIVEL de la EXPOSICION COMERCIAL



**PROGRAMA
 OFICIAL**

- | | |
|----------------------------------|-----------------------|
| 8.- Conaprole | 17.- Roemmers |
| 10.- Agencia de viajes Turisport | 18.- Servimedica |
| 11.- Slipe Sup | 19.- Celsius |
| 12.- Stand de videos | 21.- Editorial Trecho |
| 13.- Fotografía | 22.- Biersdorf |
| 14.- Bibiomédicas Médica | 23.- ACELU |
| 15.- Prensa Médica | 24.- Andrómaco |
| 16.- Editorial Interamericana | Cafetería Nestlé |

ACTIVIDAD CIENTÍFICA

MIÉRCOLES 14 DE MAYO

08.30 A 10.00

BALL ROOM A

MESA REDONDA

Déficit atencional

Coordinadora: *Dra. Mabel González (Uruguay)*

Dra. Marina Torrado (Uruguay)

Presentación clínica del déficit atencional

Dr. Ariel Gold (Uruguay)

Diagnósticos diferenciales y comorbilidad en déficit atencional

Dra. Nora Rodríguez (Uruguay)

Referencias en el aprendizaje del déficit atencional

Psic. Carlos Kachinovsky (Uruguay)

Exploración de la función atencional

08.30 A 10.30

BALL ROOM B

TALLER

Lactancia y desarrollo inmunológico

Coordinadora: *Dra. María Laura Michelini (Uruguay)*

Dra. Verónica Valdés (Chile)

Dra. Joyce Stewart (Uruguay)

Dr. Fernando Barros (Uruguay)

08.30 – 10.00

FLORIDA

MESA REDONDA

Quien debe atender al niño sano

Coordinadores: *Dr. Edmundo Batthyany (Uruguay)*

Dr. Leopoldo Peluffo (Uruguay)

Presidente: *Dr. Andrés Alves (Uruguay)*

Secretaria: *Dra. Claudia Romero (Uruguay)*

10.00 A 10.40

BALL ROOM A

CONFERENCIA

Un enfoque de Oncología para el pediatra general

Dr. Luis Castillo (Uruguay)

Presidente: *Dr. Didier Laborde (Uruguay)*

MIÉRCOLES 14 DE MAYO

PROGRAMA
OFICIAL

14 al 17 de MAYO 20

X Congreso de la SLIPE
XXIV CONGRESO URUGUAYO DE PEDIATRÍA
III JORNADAS URUGUAYAS DE ENFERMERIA PEDIATRICA
I Jornada del Pediatra Joven

10.30 A 12.30

FLORIDA

CONFERENCIA

Electrocardiografía

Dr. José C. Montenegro (Uruguay)

CONFERENCIA

Rx de torax

Dr. Miguel Estevan (Uruguay)

Presidenta: Dra. Leticia Rodriguez de Almeida (Uruguay)

Secreteria: Dra. Rosana Paiva (Uruguay)

11.00 A 12.30

BALL ROOM A

MESA REDONDA

Estrategias en pediatría ambulatoria

Coordinador: Dr. Raúl Jaitov (Uruguay)

Dr. José Portillo (Uruguay)

Mortalidad infantil, un análisis crítico

Dr. Gonzalo Giambruno (Uruguay)

Realidades, propuestas y futuro en el primer nivel de atención

Dr. Diego Estol (Uruguay)

La brecha entre el discurso y la práctica

Dr. Emilio Boggiano (Argentina)

Atención primaria de la salud o atención primitiva?

11.00 A 11.30

BALL ROOM B

PROGRAMA
OFICIAL

CONFERENCIA

Cinematica de las lesiones traumaticas en la infancia

Dr. Jorge Fiorentino (Argentina)

Presidente: Dra. Martha Alberti (Uruguay)

12.30 A 14.30

BALL ROOM A

SESION DE POSTERS

Moderadores: Ivonne Rubio

Alicia Matijasevich

Javier Prego

Osvaldo Martínez

Catalina Pinchak

INFECCIONES

MIÉRCOLES 14 DE MAYO

45

INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS: ANÁLISIS DE LOS INGRESOS AL AREA DE AISLAMIENTOS INFECCIOSOS- CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL.-(ENERO 2001-MARZO 2003).

Galiana A, Pujadas M, Ferreiro B, Lustemberg A, Telechea D, Kenny,J.

Área de aislamientos Infecciosos-Clinica Pediátrica "C".C.H.P. Rossell. Montevideo.Uruguay.

58

MENINGITIS AGUDA BACTERIANA.

Análisis del período 1993-2002 en el Servicio de infecto-contagiosos del Centro Hospitalario Pereira Rossell.

Apolo L, Ruiz E, Gil L, Caracciolo S, Pujadas M, Galiana A.

Servicio Infecto-Contagiosos. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Montevideo-Uruguay.

PATOLOGIA RESPIRATORIA

1

PERFIL DE LA POBLACIÓN DE UNA POLICLÍNICA ESPECIALIZADA EN ASMA Y ENFERMEDADES RESPIRATORIAS.

Análisis de 8 años de actividad

Autores: Souto G., Lapidés M.C.

Policlínica Pediátrica Especializada, Hospital Escuela del Litoral, MSP, Paysandú,ROU

3

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INGRESO DEL NIÑO ASMÁTICO SEVERO EN EL CENTRO DE REHABILITACION.2002-2003.

Autores: Dra Tania Raymond Villena

Especialista de primer grado en Alergia - Especialista de primer grado en Medicina General integral

Dra. Deysi Sánchez Picouto

Especialista de primer grado en Pediatría - Centro Nacional de rehabilitación para niños asmáticos severos y diabéticos insulino dependientes. *Celia Sánchez Manduley.* Hospital Pediátrico Tarara - Ciudad de laHabana, Cuba.

4

TERCER AÑO DEL REGISTRO URUGUAYO DE FIBROSIS QUIÍSTICA. AÑO 2001

S Cabeza; M Saráchaga, D Holgado, V Méndez, G Rutz, G Caballero y C Jasinski. MSP, CASMU, AE1eraSM, BPS, MU, HCFFAA

28

PROGRAMA
OFICIAL

MIÉRCOLES 14 DE MAYO

CARACTERIZACIÓN FISIOPATOLÓGICA DE LAS SECUELAS RESPIRATORIAS EN LA DISPLASIA BRONCOPULMONAR. RESULTADOS PRELIMINARES

De Martini AC, Giachetto G, Estol P, Arcos J.

Clínica Pediátrica "A", Centro Hospitalario Pereira Rossell. Laboratorio de Exploración Funcional Respiratoria, Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina, Montevideo, Uruguay.

29

BRONQUIOLITIS .

ESTUDIO COMPARATIVO DEL TRATAMIENTO DE LOS NIÑOS ASISTIDOS EN EL CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL EN LOS AÑOS 1999 Y 2001

Autores: C Cascino, C Frascheri, C Guosso, G Giachetto, A Montano.

Clínicas pediátricas B yA. Centro Hospitalario Pereira Rosell.

43

FACTORES DE RIESGO DE EMPIEMA PARANEUMÓNICO EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

S Gutierrez, J Stewart, N De Olivera, P Gándaro, C García, A Montano, I Rubio, MJ Saráchaga, MC Pirez. Clínicas Pediátricas A, B y C. Facultad de Medicina. Centro Hospitalario Pereira Rossell.

GASTROENTEROLOGIA Y NUTRICION

Moderadores:

Alicia Montano

Mónica Pujadas

Beatriz Sayaguez

Clara Jasinski

27

RESULTADOS DE UNA INTERVENCION NUTRICIONAL EN NIÑOS OXIGENODEPENDIENTES PORTADORES DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA CRONICA.

P Ferreira, V Reyes, G Giachetto.

Policlínica de asistencia de niños oxigenodependientes. Centro Hospitalario Pereira Rossell, Facultad de Medicina. Montevideo Uruguay.

35

USO DEL BALON NEUMATICO DE DILATACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LAS ESTENOSIS ESOFÁGICAS EN NIÑOS.

Delgado L, Acosta A, Montano A, Iglesias C, Sereno V, Mendez V.

Servicio de Endoscopia del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR). Montevideo Uruguay

36

ESOFAGITIS CAUSTICA.

Complicaciones tardías y su tratamiento.

Delgado L, Acosta A, Montano A, Iglesias C, Tanzi MN, Armas D, Sereno V, Mendez V.

Servicio de Endoscopia.

Centro Hospitalario Pereira Rossell. Montevideo-Uruguay.

39

PROGRAMA

OFICIAL

MIÉRCOLES 14 DE MAYO

OBESIDAD INFANTIL: APORTES DE LA PSICOLOGÍA Y LA DANZA AL TRATAMIENTO GRUPAL.

Informe Preliminar

Ríos L, Arezo M, Sacco G, Szteren L, Ferreira E, Méndez V.

Unidad de Estudio y Tratamiento del Sobrepeso y la Obesidad Infanto-Juvenil. Clínica Pediátrica "A". Clínica de Psiquiatría Pediátrica. Centro Hospitalario Pereira Rossell (C.H.P.R.). Montevideo, Uruguay.

40

OBESIDAD E INSULINO-RESISTENCIA EN UN GRUPO DE NIÑOS QUE SE ASISTEN EN EL CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL.

Tabárez A, Koncke F, Areal R, Pérez F, Méndez V.

Unidad de Estudio y Tratamiento del Niño y Adolescente Obeso. Clínica Pediátrica A. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Montevideo Uruguay

53

FALLA DE CRECIMIENTO EN MENORES DE 24 MESES.

Alonso S Bolioli P Parodi V Lucas J Rebuffo N Rodríguez M Mendez V.

Clínica Pediátrica A Facultad de Medicina. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Montevideo. Uruguay.

55

COLANGITIS ESCLEROSANTE PRIMARIA EN 5 NIÑOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

V Sereno, G Caballero, P Nacif, C Jasinski, L Delgado, C Iglesias, C Gutiérrez, A Montano, V Méndez

Servicio de Gastroenterología .Centro Hospitalario Pereira Rossell. Montevideo Uruguay.

56

ESTUDIO PROSPECTIVO DE UN GRUPO DE NIÑOS CON TALLA BAJA Y/O DISMINUCIÓN DE LA VELOCIDAD DE CRECIMIENTO.

M Rodriguez, R Lang, MJ Lucas, S Alonso, P Bolioli , V Parodi, V Ortega, G Beriao, S Tihista, V Méndez.

Clínica Pediátrica "A". Facultad de Medicina. Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR). Cátedra de Endocrinología y Metabolismo. Hospital de Clínicas. Escuela de Nutrición. Departamento de Nutrición Básica. Hospital de Clínicas.

57

ENFERMEDAD CELIACA: ¿ESTA LA IL-15 IMPLICADA EN EL INICIO Y MANTENIMIENTO DEL DAÑO DE LA MUCOSA INTESTINAL?

Proyecto financiado por CSIC

Méndez MV, Richieri A, Casamayou L, Gutierrez C, Hernández A, Carol H, Gonzalez MV, Jasinski C, Sereno V, Caballero G.

Clínica Pediátrica A, Facultad de Medicina. Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) Laboratorio de Patología Pediátrica MSP y Laboratorio de Patología Clínica MSP, Facultad de Medicina, CHPR
Cátedra de Inmunología .Facultad de Química-Facultad de Ciencias. Universidad de la República Montevideo Uruguay

PROGRAMA
OFICIAL

MIÉRCOLES 14 DE MAYO

14 al 17 de MAYO 24

X Congreso de la SLIPE
XXIV CONGRESO URUGUAYO DE PEDIATRÍA
III JORNADAS URUGUAYAS DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA
I Jornada del Pediatra Joven

12.00 A 14.30

BALL ROOM B

TALLER

Trauma múltiple

Coordinadora: Dra. Amanda Menchaca (Uruguay)

Dr. Jorge Fiorentino (Argentina)

Inst. Fernando Huaier (Argentina)

Inst. Guido Orbe (Argentina)

13.00 A 14.30

FLORIDA

POSTERS

Moderadores: *Lic. Enf. Silvia Techera (Uruguay)*

Lic. Enf. Alicia Fajardo (Uruguay)

22.

ENFERMERÍA EN HOSPITAL DE DÍA DE HEMATO-ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA

L. Berneche, W. González, S. Corrales, S. Alvarez, A. Cammarano, R. Furtado.

Centro Hemato-Oncológico Pediátrico. Centro Hospitalario Pereira Rossell.

Fundación Peluffo Giguens

15

IMPACTO DE MUERTE ENCEFÁLICA Y DONACIÓN DE ÓRGANOS EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Licenciadas Fajardo, A. y Aparicio, S. - Unidad de Cuidados Intensivos del

Niño (UCIN). Centro Hospitalario Pereira Rossell. Montevideo. Uruguay.

48

ATENCIÓN DOMICILIARIA DE NIÑOS OXIGENODEPENDIENTES: PRIMERA EXPERIENCIA EN URUGUAY.

AM Moreno, MA Cabrera-Piastra, EM Ferreira. Clínica Pediátrica " A " Hospital

Pediátrico. Centro Hospitalario Pereira Rossell.

12

"CAMPING POR LA VIDA" Experiencia de 8 años del CHOP (Centro Hemato-Oncológico Pediátrico).

A Dabezies, L Castillo, Y Afonso, M Castiglioni, C Peluffo, L Berneche, A Camarano, S Corrales,

MªJ Laundry, U Fiussa-Lima, M Caminatti, M Arzuaga, J Decia, E Curbelo, M Sanchez

Centro Hemato-oncológico Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell,

Fundación Peluffo Giguens, Voluntarias del Centro Hospitalario Pereira Rossell,

Juventus. Montevideo-Uruguay

PROGRAMA
OFICIAL

MIÉRCOLES 14 DE MAYO

14.40 A 16.10

BALL ROOM A

MESA REDONDA

Soporte nutricional en diversas patologías de la infancia

Coordinadora: *Dra. Renatín Ferreira (Uruguay)*

Dra. Cristina Estefanell (Uruguay)

Nutrición en el niño con cáncer

Dra. Beatriz Sayagues (Uruguay)

Síndrome del intestino corto

Dra. Rosario Satriano (Uruguay)

Nutrición en niños con cardiopatías congénitas

Dra. María del Carmen Morasso (Argentina)

Desnutrición oculta. El déficit de micronutrientes en niños

Dra. Renatín Ferreira

Nutrición en el paciente portador de displasia broncopulmonar

14.40 A 15.20

FLORIDA

PALABRAS DE APERTURA

CONFERENCIA

Rol de enfermería en niño con traumatismo raquímedular

Lic. Enf. Mariela Alamilla (Uruguay)

Presidente: *Lic. Enf. María Inés Abeface (Uruguay)*

15.15 A 15.45

BALL ROOM B

CONFERENCIA

Disminución de la mortalidad por enfermedades infecciosas: un desafío en pediatría

Dr. Yehuda Benguigui (Brasil)

Presidenta: *Dra. Alicia Montano (Uruguay)*

15.30 A 16.10

FLORIDA

CONFERENCIA

Participación de enfermería en la sedo analgesia en procedimientos traumatológicos de urgencia

Lic. Enf. Mariela Alamilla (Uruguay)

Presidente: *Lic. Enf. Ana Moreno (Uruguay)*

15.45 A 16.15

BALL ROOM B

CONFERENCIA

Resistencia antimicrobiana: el aporte de AIEPI

Dr. Yehuda Benguigui (Brasil)

Presidente: *Dra. Ivonne Rubio (Uruguay)*

PROGRAMA
OFICIAL

MIÉRCOLES 14 DE MAYO

14 al 17 de MAYO 26

X Congreso de la SLIPE
XXIV CONGRESO URUGUAYO DE PEDIATRÍA
III JORNADAS URUGUAYAS DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA
I Jornada del Pediatra Joven

16.30 A 18.00

BALL ROOM A

MESA REDONDA

El pediatra frente a algunos problemas del adolescente

Coordinadora: *Dra. Anahí Bato (Uruguay)*

Dra. Laura Viola

Adolescencia etapa de crisis

Dra. Irene García Maggi

Conductas adictivas

Dras. Mercedes Pazos y Adriana Martínez Schiavo

La depresión y sus riesgos

Dra. Mercedes Abreu

Enfermedades de transmisión sexual

16.30 A 17.15

BALL ROOM B

MESA REDONDA

Asma y deportes

Coordinadora: *Dra. Marilyn Valentín Rostán (Uruguay)*

Dra. Silvia Brea (Uruguay)

Asma y Ejercicio

Dr. Natalio Salmún (Argentina)

Experiencia Latinoamericana en Asma y Deporte.

Dra. Marilyn Valentín Rostán (Uruguay)

Asma y Deportes.

16.30 A 18.00

FLORIDA

PROGRAMA
OFICIAL

SESION INTERACTIVA

Concepto de bioética aplicados a una situación

Presidente: *Lic. Enf. Leda Berneche (Uruguay)*

Lic. Enf. Alicia Fajardo (Uruguay)

Lic. Enf. Rina González (Uruguay)

Dra. en Abogacía Margarita Machado (Uruguay)

17.30 A 18.15

BALL ROOM B

MESA REDONDA

Recién nacido de extremo bajo peso

Coordinador: *Dr. Daniel Borbonet (Uruguay)*

Dr. José Cuadro (Uruguay)

Manejo prenatal de la prematuridad extrema

Dr. Raúl Bustos (Uruguay)

Recomendaciones neonatales inmediatas al nacer

Dr. Octavio Failache (Uruguay)

Recomendaciones en el seguimiento del prematuro extremo

MIÉRCOLES 14 DE MAYO

18.00 A 18.45

BALL ROOM A

SESION INTERACTIVA

El sol y la piel

Coordinadora: Dra. Gloria Salmentón (Uruguay)

Dr. Ismael Terzano (Uruguay)

Efectos biológicos de los RUV y fotoprotección

Dr. José Espasandín (Uruguay)

Nevos melanocíticos. Tiene importancia en la práctica pediátrica?

Dr. Marcelo Ruvertoni (Uruguay)

Población pediátrica de riesgo a la exposición solar

Dra. Alda Arévalo (Uruguay)

Sol y piel en la infancia

18.00 A 19.00

FLORIDA

MESA REDONDA

Rol de enfermería en el operativo de donación de órganos

Presidente: Lic. Enf. Mariela Cabaleiro (Uruguay)

Lic. Enf. Maria Inés Abeface (Uruguay)

Lic. Enf. Carlos Pereyra (Uruguay)

Lic. Enf. Shirley Aparicio (Uruguay)

Lic. Enf. Silvia Techera (Uruguay)

Lic. Enf. Diluar Santos (Uruguay)

18.15 A 20.15

BALL ROOM B

ACTIVIDAD ANEP

Hábitos saludables del niño

18.50 a 19.10

BALL ROOM A

CONFERENCIA

Educación médica continua

Dra. Silvia Da Luz (Uruguay)

Dra. Virginia Méndez (Uruguay)

19.10 a 19.30

BALL ROOM A

MINICONFERENCIA

Medicina Darwiniana. Implicaciones clínicas y terapéuticas.

Dr. Fernando Mañe Garzón (Uruguay)

PROGRAMA
OFICIAL

MIÉRCOLES 14 DE MAYO

14 al 17 de MAYO 28

X Congreso de la SLIPE
XXIV CONGRESO URUGUAYO DE PEDIATRÍA
III JORNADAS URUGUAYAS DE ENFERMERIA PEDIATRICA
I Jornada del Pediatra Joven

JUEVES 15 DE MAYO

08.00 A 08.40

BALL ROOM A

DIALOGO CON EXPERTOS

Colestasis neonatal. Un desafío permanente

Coordinadora: *Dra. Virginia Méndez (Uruguay)*

Dra. Mirtha Ciocca (Argentina)

Dr. Daniel D'Agostino (Argentina)

Dr. Héctor Pacheco (Uruguay)

Dra. Carmen Gutierrez (Uruguay)

08.00 A 12.15

BALL ROOM B

TALLER ACREDITADO

EDUCACIÓN MEDICA CONTINUA

Diabetes en el niño y en el adolescente.

Coordinadoras: *Dra. Patricia Falero (Uruguay)*

Dra. Alejandra Protasio (Uruguay)

Dra. Olga Ramos (Argentina)

Dra. Laura Pardo (Uruguay)

Dr. Gabriel Peluffo (Uruguay)

Dr. Juan Rampa (Uruguay)

Dra. Alicia Montano (Uruguay)

Dra. Cristina Belzarena (Uruguay)

Dra. Carmen Pisciotano (Uruguay)

Dra. Mabel González (Uruguay)

Dra. Amalia Muñoz (Uruguay)

PROGRAMA
OFICIAL

08.30 A 10.10

FLORIDA

TALLER

Oxigenoterapia e inhaloterapia

Presidente: *Lic. Enf. Ana Moreno (Uruguay)*

Secretaria: *Lic. Enf. Alicia Fajardo (Uruguay)*

Lic. Enf. Estela Ferreira (Uruguay)

Lic. Enf. Rina González (Chile)

Aux. Enf. Alicia Cabrera (Uruguay)

JUEVES 15 DE MAYO

08.45 A 10.15 BALL ROOM A

MESA REDONDA

Cuando pensar en: enfermedad celiaca, enfermedad inflamatoria intestinal, diarrea crónica inespecífica

Coordinadora: *Dra. Clara Jasinski (Uruguay)*

Dr. Daniel Dagostino (Argentina)
Dra. Daniela Armas (Uruguay)
Dra. Graciela Caballero (Uruguay)
Dra. Laura Delgado (Uruguay)

10.20 A 11.15 BALL ROOM A

CONFERENCIA

Fiebre sin foco. Bacteriemia.

Dr. Sheldon Kaplan (USA)

Presidente: *Dra. Graciela Sehabiague (Uruguay)*

11.00 – 11.45 FLORIDA

CONFERENCIA

Valoración del dolor en el niño con patología quirúrgica

Lic. Enf. Rina González (Chile)

Presidente: *Lic. Enf. Silvia Techera (Uruguay)*

11.30 – 13.00 BALL ROOM A

MESA REDONDA

Trasplante de órganos en el niño: situación en el Uruguay. Indicaciones

Coordinador: *Dr. Ruver Berazategui (Uruguay)*

Dr. Luis Castillo (Uruguay)
 Trasplante de médula ósea
Dr. Felipe Scivoli (Uruguay)
 Trasplante renal.
Dr. José Nozar (Uruguay)
 Trasplante cardíaco
Dr. Mirtha Ciocca (Argentina)
 Trasplante hepático.
Dra. Inés Alvarez (Uruguay)
 Procuración de órganos
Dr. Oscar Giano (Uruguay)
 Fondo Nacional de Recursos. Situación administrativa, económica del trasplante en Uruguay

PROGRAMA
 OFICIAL

JUEVES 15 DE MAYO

14 al 17 de MAYO 30

X Congreso de la SLIPE
XXIV CONGRESO URUGUAYO DE PEDIATRÍA
III JORNADAS URUGUAYAS DE ENFERMERIA PEDIATRICA
I Jornada del Pediatra Joven

11.50 A 12.30

FLORIDA

CONFERENCIA

Medidas de bioseguridad en el trabajo de enfermería

Lic. Enf. Sara Nova (Uruguay)

Presidente: *Lic. Enf. Shirley Arzola (Uruguay)*

12.30 A 14.00

BALL ROOM B

MESA REDONDA

Imagen pulmonar persistente

Coordinadora: *Dra. Silvia Brea (Uruguay)*

Dra. Maria Catalina Pinchak (Uruguay)

Dosificación y clasificación

Dr. Miguel Estevan (Uruguay)

Imagenología

Dra. Maria Catalina Pinchak (Uruguay)

Etapas diagnósticas y tratamiento

Dr. Gabriel Giannini (Uruguay)

Etapas quirúrgica de diagnóstico y/o tratamiento

Dra. Dolores Holgado (Uruguay)

Neumonía recidivante. Experiencia de la policlínica neumológica de CHPR

Dr. Osvaldo Martínez

Casos clínicos

13.00 A 15.00

BALL ROOM A

PROGRAMA
OFICIAL

SESION DE POSTERS

Moderadores:

Ana María Ferrari

Gustavo Giachetto

Gabriel González

Aurora Delfino

CASOS CLINICOS

2

MANIFESTACIONES NEUROLOGICAS Y ORALES EN UN LINFOMA DE CELULAS PEQUEÑAS TIPO B (NO BURKITT)

J Kierszenbaum, L Peluffo, G Glausiuss, A Baraibar, J Ferreira, M Cruz.

Clínica Pediátrica "C". CHPR.

G. Duffort. Servicio de Hemato Oncología. CHPR.

JUEVES 15 DE MAYO

7

ACIDURIA GLUTARICA TIPO 1

Descripción del 1er. Caso clínico nacional

Barreiro A, Rey A, González G *, Lemes A**, Galiana A, Peluffo L*

Pediatría C, Cátedra de Neuropediatría. Hospital Pereira Rossell. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Instituto de Genética. Hospital Italiano Montevideo .Uruguay

19

SINDROME DE TURNER DE PRESENTACION NO HABITUAL: A PROPOSITO DE DOS PACIENTES

S Reyno, C De Almeida, G Amen, C Rivas, C Lopez, S Barillaro, G Maeso

Servicios de Genética Médica, Neonatología, Pediatría, Ecografía y Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Central de las FF.AA.

20

TRISOMIA 18 DE PRESENTACION INUSUAL.

S Reyno, C De Almeida, C Machiñena, G Amen, C Rivas.

Servicios de Genética Médica, Pediatría y Neonatología del Hospital Central de las FFAA.

25

FALLA DEL CRECIMIENTO Y MALFORMACIONES.

Un caso de Síndrome de Smith-Lemli-Opitz.

Lemes A, Nairac A, Roselli MJ, Vaglio A, Quadrelli.*

Instituto de Genética Médica. Hospital Italiano. Servicio de Pediatría. Casa de Galicia*. Montevideo.

NEUROLOGIA – GENETICA – PSIQUIATRIA

5

INCIDENCIA DE EVENTOS OBSTRUCTIVOS EN LACTANTES QUE FUERON ESTUDIADOS POR APNEAS O ALTE (Apparent Life Treating Events)

Scavone C (1), Rodríguez A (2), Chiapella L (2), Criado A. Lorenzo D. (3)

(1)Catedra de Neuropediatría, (2)Escuela de Tecnología Medica, (3) Instituto Estable

6

PARALISIS FACIAL IDIOPATICA EN NIÑOS

Scavone C., Leon A, Bruzzone R, Delfino A.

Cátedra de Neuropediatría –Instituto de Neurología.

Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR. Montevideo.Uruguay

PROGRAMA
OFICIAL

JUEVES 15 DE MAYO

21

NEUROFIBROMATOSIS tipo 1

Análisis de 109 casos

M M Rodríguez, R Gueçaimburú, V Raggio, C Benítez, F Mañé-Garzón

Policlínica de Genética. Sección Clínica del Departamento de Genética. Instituto Nacional de Pediatría. Facultad de Medicina.

26

HIPOCRECIMIENTO Y ANOMALIAS DEL CROMOSOMA X*M. Larrandaburu, A. Vaglio, M. Bernal, A. Lemes, R. Quadrelli.*

Instituto de Genética Médica, Hospital Italiano, Montevideo, Uruguay.

Intendencia Municipal de Montevideo y ANEP Barrio Casabó.

38

ABORDAJE DEL NIÑO CON SÍNDROME DE DOWN A TRAVES DEL ENTRENAMIENTO MATERNO**Estrategias de RBC (Rehabilitación Basada en la Comunidad)***L Suarez, A Severgnini, G Barusso*

41

PSICOPROFILAXIS QUIRÚRGICA EN PEDIATRÍA*Rodríguez M, De Armas A, Sauto S, Techera S, Perillo P, Berazategui R.*

Clínica Quirúrgica Pediátrica de la F. de Medicina. Centro Hospitalario Pereira Rossell.

49

TRAUMATISMO DE CRANEO GRAVE EN NIÑOS**SEGUIMIENTO INTERDISCIPLINARIO***Pérez Walter; Muñoz Silvia; García Alicia (Unidad de Cuidados Intensivos del Niño)**De Castelet Laura; Arigón Estrella, (Cátedra de Fisiatría)**Fuentes Aurora (Cátedra de Psiquiatría Infantil)**González Gabriel; Rey, Andrea (Cátedra de Neuropediatría)**Curbelo Gladis (Asistente Social)*

54

ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES URUGUAYOS.*E Ferreira, H Ripoll, J Maidana, N Fernández, L Diaz, T Melian, R Fossati, E Batovsky,**A Di Menza, L Seoane.*

Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay.

ESTRATEGIAS DE ATENCION PEDIATRICA*Moderadores:**Graciela Sehabiague**Stella Gutierrez**Oswaldo Bello**Mabel González**Tito Pais*

PROGRAMA
 OFICIAL

JUEVES 15 DE MAYO

8
EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO DEL CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL EN EL PERÍODO 1999 – 2002.

Informe del Comité de Auditoría de Fallecidos.

A Santoro, C Hackenbruck, C Gutiérrez, M Repetto, D De Leonardis, I Rubio, M Alberti, AM Ferrari.

Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR). Montevideo. Uruguay

9
**POLICLINICA DE SEGUIMIENTO REUMATOLOGICO DEL CHPR
Casuística de 10 años**

R.Guariglia, S. Franco y R. Jurado

Policlínica de Seguimiento Reumatológico del CHPR

10
**USO DE LA PHMETRIA EN EL CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL.
Beneficios y costos de su aplicación en la práctica clínica.**

Martínez S, Pérez F, Rodríguez A, Giachetto G, Montano A, Ferrari AM

Clínicas Pediátricas «A», «B», «C». Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR).
Facultad de Medicina. Montevideo, Uruguay.

13
AUDITORIA DE HISTORIAS CLÍNICAS: UNA FORMA DE EVALUAR LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA.

A Mata, G Lozano, B Ramos, L Rodríguez de Almeida, S Venturino, T Zipitria, G Giachetto, L Pardo, A Protasio.

Policlínica de Pediatría General de Referencia del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Facultad de Medicina. Montevideo, Uruguay.

14
INTEGRACION DE LAS POLICLINICAS HOSPITALARIAS DE LAS CLINICAS PEDIATRICAS: HACIA LA DEPARTAMENTALIZACION DEL HOSPITAL PEDIATRICO.

L Cetraro, M Jourdan, L Rebollo, G Giachetto G, L Pardo, G Bellinzona, L Seoane.

Clínicas Pediátricas "A", "B", "C", Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR),
Facultad de Medicina. Montevideo, Uruguay.

42
USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS: ¿QUÉ CONOCEN LOS MÉDICOS RESIDENTES SOBRE MEDICAMENTOS DE USO CORRIENTE?

Giachetto G, Speranza N, Camacho G, Telechea H, Wolaj M, Toledo M, Olmos I, Kegel S, Bancharo P, Nanni L.

Centro de Información de Medicamentos, Farmacia del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Dpto. Farmacología y Terapéutica.

PROGRAMA
OFICIAL

JUEVES 15 DE MAYO

11

VALIDEZ DEL SIGNO PALIDEZ PALMAR PARA LA EVALUACION Y CLASIFICACION DE ANEMIA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.

Clínica Pediátrica «B», Centro Hospitalario Pereira Rossell, Facultad de Medicina. Montevideo, Uruguay.

Montano A, Giachetto G, Krivianski N, Osta C, Robuschi F, Rodríguez M, Tourreiles AL. Clínica Pediátrica «B», Centro Hospitalario Pereira Rossell, Facultad de Medicina. Montevideo, Uruguay.

31

ESTRATEGIA AIEPI EN URUGUAY. 2001-2002

Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia. Implementación en Salto

Autores: *A Montano, R Techera, E Ward, M González, T Picón, C Suárez, M Benchín, F Pérez, C Iglesias, Rubio I.*

Convenio Ministerio Salud Pública – Facultad de Medicina Montevideo, Uruguay

32

ATENCION INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA (AIEPI). Evaluación de la Calidad de la Atención Pediátrica Hospitalaria

Autores: *Ward E, Picón T, Ferrari A.*

Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

33

EVALUACION DEL IMPACTO DE LA ESTRATEGIA ATENCION INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA (AIEPI) EN SALTO, URUGUAY.

Autores: *Ward E, Montano A, Rubio I, Grupo AIEPI Uruguay*

Convenio Ministerio Salud Pública – Facultad de Medicina Universidad de la República

PROGRAMA
OFICIAL

34

QUE HACEN Y COMO ACTUAN LOS ADOLESCENTES DE 6° AÑO DEL BARRIO CASABO.

Dra Micheliní ML, RDA. Rodríguez S, Soc. Bogliaccini JA, Ps Arce T.

13.00 A 14.30

FLORIDA

POSTERS ENFERMERIA

Moderadores: *Lic. Enf. Silvia Techera (Uruguay)*
Lic. Enf. Alicia Fajardo (Uruguay)

51

PLAN DE EDUCACION EN EL CUIDADO DE LA TRAQUEOSTOMIA DIRIGIDO A PADRES

L.E. L.Pérez, G.Cuagliatta, E. Silvera. Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal y Servicio de Pediatría Circulo Catolico del Uruguay

24

MUSICOTERAPIA EN SALA DE MEDICACIÓN DEL HOSPITAL DE DÍA

C Sofía, A Goldfarb, M. Hugo. Centro Hemato-oncológico Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell, Fundación Peluffo Giguens

JUEVES 15 DE MAYO

23

HA MUERTO UN ADOLESCENTE . . .

H. Di Trane. Centro Hemato-Oncológico Pediátrico. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Fundación Peluffo Giguens.

50

DURACION DE LOS CATETERES EPICUTANEOS

L.E. Ana Batista, L.E. Eduardo Silvera. Unidad Neonatal Circulo Católico del Uruguay

14.15 A 18.15

BALL ROOM B

TALLER ACREDITADO

EDUCACIÓN MEDICA CONTINUA

FALLA DE CRECIMIENTO. TALLA BAJA.

Coordinadoras: Dra. Mónica Rodríguez (Uruguay)

Dra. Rosa Lang (Uruguay)

Dr. Miguel Martell (Uruguay)

Dra. Virginia Parodi (Uruguay)

Dr. Pablo Bolioli (Uruguay)

Dra. Nilda Rebuffo (Uruguay)

Dra. Virginia Méndez (Uruguay)

Nta. Jaqueline Lucas (Uruguay)

14.35 A 16.10

FLORIDA

TALLER

Como redactar un trabajo científico

Dr. Fernando Ferrero (Argentina)

Dra. Laura Moreno (Argentina)

Presidente: Dr. Ignacio Ascione (Uruguay)

15.10 – 16.10

BALL ROOM A

MESA REDONDA

Prevención del daño renal y su progresión

Estado actual de las técnicas de sustitución

Coordinadora: Dra. Anabela Rebori (Uruguay)

Dra. Mary Velazco (Uruguay)

Población y patología de riesgo

Dra. Marina Caggiani (Uruguay)

Prevención de la progresión de la Insuficiencia renal crónica

Dr. José Grunberg (Uruguay)

Diálisis peritoneal pediátrica

Dra. Aquelina Alvarez (Uruguay)

Hemodiálisis crónica

Dras. Susana Bonelli – Anabela Rebori

Tx renal

PROGRAMA
OFICIAL

JUEVES 15 DE MAYO

16.30 – 18.30

BALL ROOM A

MESA REDONDA

Niños y niñas en situación de calle

Coordinadora: Dra. Gloria Ruocco (Uruguay)

Dr. Jorge Freyre (Uruguay)

Diagnóstico de situación (Gurises Unidos)

Soc. Claudia Romano

Acciones por el Estado (Secret. Presidencia de la República-BID)

Asist. Soc. Laura Chapitel

Maestra Fernanda Cabrera

Acciones en el Interior del país (Centro Abierto)

Edu. Marina Call

Acciones en Montevideo (Intercalle)

Asist. Soc. Roxana González

Metodología en calle (INAME)

Soc. Paula Baleato

Metodología en comunidad (El Abrojo)

Psic. Soc. Fernando Rodríguez

Metodología en refugio (Posada de Belén)

Coord. Adjunto Sergio Alves Levy

Metodología en la región – (Estado de Do Río Grande Do Sul)

(Mov. Nac. Meninos e Meninas de Rua)

16.30 A 18.00

FLORIDA

PROGRAMA
 OFICIAL

CONFERENCIA

Situación actual y perspectivas de posgrados de pediatría

Presidente: Dr. Diego Abdala (Uruguay)

Secretario: Dr. Andrés Lusthemberg (Uruguay)

Presentación de Encuesta

Coordinador: Dr. Gustavo Giachetto (Uruguay)

18.30 – 19.30

BALL ROOM A

CONFERENCIA

Infecciones por *Staphylococcus aureus* meticilino resistente adquiridas en la comunidad

Dr. Sheldon Kaplan (USA)

Presidente: Dr. Alvaro Galiana (Uruguay)

JUEVES 15 DE MAYO

18.30 A 20.00

BALL ROOM B

SIMPOSIO AVENTIS PASTEUR

Vacunas virales y su impacto en América Latina

Coordinador: *Dr. Calil Farhat (Brasil)*

Co- Coordinador: *Dra. María Catalina Pérez (Uruguay)*

Dr. César Mascareñas (México)

Vacuna triple viral y su impacto epidemiológico en América Latina.

Dr. Eduardo López (Argentina)

Hepatitis A: presente y futuro en América Latina

Dr. Michael Decker (USA)

Influenza en pediatría: clínica y prevención

19.30 A 20.15

BALL ROOM A

SESION INTERACTIVA

Niño febril con exantema

Dr. Guido Tata Cumana (Venezuela)

Presidente: *Dra. Ana Maria Ferrari (Uruguay)*

20.30

BALL ROOM A

Ceremonia de Apertura

Palabras de:

Presidenta Congreso SLIPE
Presidenta Congreso Uruguayo
Presidente SLIPE
Decana Facultad de Medicina
Ministro de Salud Pública

Dra. María Catalina Pérez
Dra. Virginia Méndez
Dr. Eduardo Suárez Castaneda

Actuación:

Coro SMU

PROGRAMA
OFICIAL

JUEVES 15 DE MAYO

VIERNES 16 DE MAYO

07.45 – 08.30

BALL ROOM A

DIALOGO CON EXPERTOS

Diarrea con sangre

Moderadora: *Dra. Valeria Prado (Chile)*

Dr. Antonio Arbo (Paraguay)

Dr. Eduardo López (Argentina)

07.45 – 08.30

BALL ROOM B

DIALOGO CON EXPERTOS

Infecciones pediátricas: cual es el diagnóstico

Moderador: *Dr. Xavier Saez Llorens (Panamá)*

Dr. Miguel O'Ryan (Chile)

Dr. Raúl Ruvinsky (Argentina)

08.35 – 10.00

BALL ROOM A

MESA REDONDA

Enfermedades neumocócicas

Coordinadores: *Dra. Gabriela Algorta (Uruguay)*

Dr. Sheldon L. Kaplan (USA)

Presidente:

Dr. Jesús Kumate (México)

Dr. Raul Ruvinsky (Argentina)

Enfermedades neumocócicas en América Latina (SIREVA). Susceptibilidad a los antimicrobianos - Tratamiento.

Dr. Miguel Tregnaghi (Argentina)

Vigilancia de la enfermedad neumocócica en niños menores de 2 años.

Dr. Eduardo López. (Argentina)

Perspectivas en vacunas neumocócicas actuales y futuras en América Latina.

Dr. Sheldon L. Kaplan. (USA)

Futuras vacunas: ¿mas serotipos no basadas en polisacáridos? ¿Vacunas combinadas?

**PROGRAMA
OFICIAL**

VIERNES 16 DE MAYO

08.35 – 10.00

BALL ROOM B

MESA REDONDA

Infecciones en neonatología

Coordinador: *Dr. Daniel Borbonet (Uruguay)*

Comentadores: *Dr. Raúl Bustos (Uruguay)*

Dr. Miguel Martell (Uruguay)

Dr. Ernani Miura (Brasil)

Diagnóstico y tratamiento de la sepsis neonatal de inicio tardío

Dra. Carla Odio (Chile)

Candidiasis neonatal

Dra. Patricia Saltigeral (México)

Enfermedad congénita por citomegalovirus

09.00 – 10.00

MATISSE

PANEL:

Novedades en Terapia Antiretroviral

Dr. Xavier Saez Llorens (Panamá)

10.15 – 11.45

BALL ROOM A

SIMPOSIO AVENTIS PASTEUR

POLIO:

Impacto de la Epidemiología sobre las Estrategias de Vacunación en América Latina. VPI en Vacunas Combinadas

Coordinador: *Dr. Jorge Quián (Uruguay)*

Co- Coordinador: *Dr. Abiel Mascareñas (México)*

Dr. José Brea del Castillo (Rep. Dominicana)

Epidemiología global en América Latina

Dra. Luiza Helena Falleiros (Brasil)

Estrategias de vacunación en América Latina

Dr. Michael Decker (USA)

VPI en Vacunas Combinadas

PROGRAMA
OFICIAL

VIERNES 16 DE MAYO

14 al 17 de MAYO 40

X Congreso de la SLIPE
XXIV CONGRESO URUGUAYO DE PEDIATRÍA
III JORNADAS URUGUAYAS DE ENFERMERIA PEDIATRICA
I Jornada del Pediatra Joven

11.50 A 13.20

BALL ROOM A

MESA REDONDA

Tuberculosis

Coordinadores: *Dra. María Julia Saráchaga (Uruguay)*
Dr. Roger Rolón (Paraguay)

Dr. Napoleón González (México)
Tuberculosis pulmonar en niños
Dra. Mercedes Macías (México)
Tratamiento de tuberculosis en la era de multiresistencia
Dr. Carlos Nesbitt (México)
Meningoencefalitis tuberculosa. Diagnóstico y manejo
Dra. María Julia Sarachaga (Uruguay)
Tuberculosis infantil. Situación en el Uruguay

11.50 A 13.20

BALL ROOM B

MESA REDONDA

Infecciones emergentes y re-emergentes

Coordinadores: *Dra. Alicia Montano (Uruguay)*
Dr. Eduardo Suárez Castaneda (El Salvador)

Dr. Luiz Jacintho Da Silva (Brasil)
Fiebre amarilla
Dr. Roger Rolón (Paraguay)
Difteria: un brote epidémico en el corazón de América Latina.
Dr. José Brea de Castillo (República Dominicana)
Dengue
Dr. Jose C. Russi Cahill (Uruguay)
Síndrome respiratorio agudo severo (SARS)

PROGRAMA
OFICIAL

11.50 - 12.50

MATISSE

PANEL

Infecciones en pacientes con derivación del sistema nervioso central

Moderadora: *Dra. Jeannette Galazka (Uruguay)*
Dr. Sheldon Kaplan (USA)
Dr. Gonzalo Costa (Uruguay)
Dra. Alisse Negrotto (Uruguay)
Dra. Carla Odio (Costa Rica)

VIERNES 16 DE MAYO

13.20 - 14.30

FLORIDA

SESION DE POSTERS 1

Coordinador: Dr. Patricio Herrera (Chile)

Comentadores:

Dr. Miguel Tregnaghi (Argentina) - Dr. Gustavo Giachetto (Uruguay)

Dra. Valeria Prado (Chile) - Dr. Eduardo Verne (Perú)

Dr. Eduardo Suárez Castaneda (El Salvador) - Dra. Mercedes Bernadá (Uruguay) -

Dra. Lucía Ayllón (Cuba)

Dra. Mercedes Macías (México) - Dra. Claudia Di Martín (Uruguay)

Dra. Ana Campuzano de Rolón (Paraguay) - Dra. María Angélica Palomino (Chile)

Dr. Patricio Herrera (Chile) - Dra. Stella Gutiérrez (Uruguay) - Dra. Patricia Saltigeral

(México)

INFECCIONES BACTERIANAS

INFECCIONES VIRALES

INFECCIONES PARASITARIAS Y MICOTICAS

INFECCIONES RESPIRATORIAS

ANTIBIÓTICOS

39

VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS A LA VACUNACIÓN EN CUBA

B Galindo, MA Galindo, A Pérez.

Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí", Dirección Nacional de Epidemiología, Cuba

47

MONITOREO DE EVENTOS TEMPORALMENTE ASOCIADOS A LA VACUNACIÓN EN MÉXICO.

L Almeyda, M Gómez, S Martínez, J Santos, E Monterroso

Centro nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia.

Organización Panamericana de la salud, Representación en México.

65

ESTUDIO DE INMUNOGENICIDAD Y REACTOGENICIDAD DE UNA NUEVA VACUNA RECOMBINANTE ANTI- HEPATITIS B EN LACTANTES EN DOS ESQUEMAS DIFERENTES

A Gentile, A Carro, P Czerniuk, C Man, M Amado, M Imlach, A Rombola, M Lapaco, B Choc.

Hospital de Niños R. Gutierrez.. Secretaría de Salud GCBA. Buenos Aires, Argentina

68

EFFECTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA VACUNA ANTIMENINGOCOCCICA VA-MENGOCC-BC^R

Goyetche R, Pérez A, Giachetto G, Morena G, Pérez G, Montano A, Rubio I.

Clínicas Pediátricas "A", "B", "C". Centro Hospitalario Pereira Rossell. Facultad de Medicina, Montevideo -Uruguay.

PROGRAMA
OFICIAL

VIERNES 16 DE MAYO

81

REACCIONES ADVERSAS DE LAS VACUNAS.**Parálisis flácida aguda post- vaccinal (PFA)***Montano A, Balbi ML, Giachetto G, Peluffo G, Palomino G, Pérez MC*

Clínica Pediátrica "B", Facultad de Medicina. Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) Montevideo, Uruguay.

43

INFECCIONES RESPIRATORIAS A REPETICIÓN (0 A 6 años)*Dr. Miguel Angel Cedrato*

(U.B.A.) Buenos Aires - Argentina

45

PROCEDENCIA DE LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS POR NEUMONIA EN INSTITUCIONES DE 3 DEPARTAMENTOS DEL PAÍS.*H. Benítez^{1,2}, G. Barrios^{1,3}, T. Mesa^{1,4}*

1 OPS-SIREVA-MSP: 2 Centro Hospitalario P. Rossell, Montevideo, 3 Hospital Esc. Litoral, COMEPA, Paysandú, 4 Hospital Regional, Centro Médico, CTI y Sanatorios privados, Salto - Uruguay

52

PORTADORES DE STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE Y HAEMOPHLUS INFLUENZAE EN NIÑOS INGRESADOS POR IRA BAJA, PRESUMIBLEMENTE BACTERIANA.*M González, I Tamargo, D Quiñónez.*

Hospital Pediátrico Docente "William Soler". Ciudad de la Habana

73

INFECCIONES RESPIRATORIAS BAJAS EN NIÑOS NEUTROPENICOS FEBRILES CON ENFERMEDADES MALIGNAS*Devoto S, Rivas N, Hascalovici C, Procopio A, Martínez A, López E.*

Infectología. Unidad 9. Hospital de Niños "R Gutiérrez", Asociado a la Facultad de Medicina - UBA. Buenos Aires. Argentina

79

REEVALUACION DE LA PUNCION PULMONAR COMO METODO DE DIAGNOSTICO ETIOLOGICO EN NEUMONIAS*S. Apodaca, C. Minck, D. Lovera, y A. Arbo.*

Servicio de Pediatría. Instituto de Medicina Tropical (IMT). Asunción, Paraguay

41

CORIORRETINITIS TOXOPLÁSMICA EN NIÑOS.(CUBA)*Jorge Ponce Bittar, Ileana Alvarez Lam, Ida González Núñez, Nivaldo Linares Pérez*
Hospital William Soler. Cuba

PROGRAMA
 OFICIAL

VIERNES 16 DE MAYO

62

NEUMONÍA POR BASIDILOBUS RANARUM.

Presentación de un Caso clínico.

B Barreiros, E Povea, A Cantillo, M González, C Reyes, O Cubero.

Hospital Pediátrico Docente "William Soler". Ciudad de la Habana. Cuba.

71

EVALUACIÓN DE UN PLAN DE CONTROL DE PARASITOSIS INTESTINALES EN JARDINES INFANTILES DE LA CIUDAD DE MONTEVIDEO

E Zanetta, A Acuña, D Da Rosa, A Alfonso, S Saúl, H Colombo, A Lena, A Combol, M Foren, M Gómez Haedo, P Vivas, J Basso y M Fernández

Dpto.de Parasitología y Micología, Instituto de Higiene, Facultad de Medicina, UROU; División Salud, Servicio de Atención a la Salud, Intendencia Municipal de Montevideo - Uruguay

75

HALLAZGO DE MICROSPORIDIOS EN UNA POBLACIÓN INFANTIL DE CONSULTA HOSPITALARIA

Diagnóstico parasitológico en heces.

N Fernández, C Nuñez, E Zanetta, S Fazzio.

Sección de Parasitología. Laboratorio de Patología Clínica. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Montevideo. Uruguay.

87

SARNA COSTROSA: UNA FORMA POCO FRECUENTE DE ESCABIOSIS

Salmontón G.M.; Galiana a; Bonasse J; De Anda G.

Montevideo - Uruguay

57

INFECCIONES RESPIRATORIAS VIRALES (IRV) EN NIÑOS HOSPITALIZADOS.

A Parra¹, P Pellegrino², D Viale², L Casimir², R Bologna¹.

Servicio Infectología¹ y Microbiología². Hospital de Pediatría Dr. J P Garrahan. Buenos Aires. Argentina.

58

INFLUENZA EN NIÑOS HOSPITALIZADOS: Factores de riesgo de mortalidad

A Parra¹, P Pellegrino², D Viale², L Casimir², R Bologna¹.

Servicio Infectología¹ y Microbiología². Hospital de Pediatría Dr. J P Garrahan. Buenos Aires. Argentina.

66

SECUELAS BRONCOPULMONARES LUEGO DE UNA INFECCIÓN RESPIRATORIA BAJA POR VIRUS RESPIRATORIO SINCICIAL. RESULTADOS PRELIMINARES.

Giachetto G, Martínez A, Labadie D, Sismondi R, Almada C, López MJ.

Clínica Pediátrica "A", Policlínica de asistencia de niños oxigenodependientes, Facultad de Medicina, Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo - Uruguay

PROGRAMA
OFICIAL

VIERNES 16 DE MAYO

69

SECUELAS BRONCOPULMONARES LUEGO DE UNA INFECCIÓN VIRAL: SEGUIMIENTO DE UNA COHORTE.

De Martini AC, Moreira I, Giachetto G.

Policlínica de Asistencia de niños oxigenodependientes. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Montevideo, Uruguay.

76

SEVERIDAD DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS POR VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO Y DESARROLLO DE SIBILANCIAS RECURRENTES. Identificación de factores predisponentes y protectores.

Bellinzona G., Ferreiro B., Laffone G., Cetraro L, Robledo M., Barreiro A.

Clínica de Pediatría "C". Centro Hospitalario Pereira Rossell. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.

77

INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA BAJA POR VIRUS RESPIRATORIO SINCICIAL. Características clínicas, radiológicas y evolutivas.

Lafon G. Ferreiro B.; Cetraro L.; Robledo M.; Barreiro A.; Bellinzona G.

Clínica Pediátrica "C". Centro Hospitalario Pereira Rossell. Facultad de Medicina. Montevideo. Uruguay.

63

MERONEM: IMPACTO EN LAS UTI PEDIÁTRICAS. Análisis multicéntrico de dos años en las uti pediátricas de Ciudad de La Habana, Cuba.

Manresa Gómez D.L, Mena Miranda V.R, García Cristiá Y, Jerónimo Álvarez R.

Hospital Pediátrico Centro Habana y Hospital Pediátrico Juan Manuel Márquez, La Habana - Cuba

PROGRAMA
 OFICIAL

67

VIGILANCIA DEL USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO DEL CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL: GASTO Y CONSUMO, Y SUSCEPTIBILIDAD A LOS ANTIMICROBIANA.

Giachetto G, Pérez MC, Algorta G, Nanni L, Martínez A, Camacho G.

Unidad de Infectología Pediátrica, Departamento de Farmacia, Laboratorio de Microbiología. Centro Hospitalario Perereira Rossell, Montevideo, Uruguay.

70

SHIGELLA: EVOLUCIÓN DE LA RESISTENCIA ANTIMICROBIANA E IMPLICANCIAS TERAPEUTICAS.

Montano A, Torres ME, Pérez MC, Algorta G, Schelotto F.

Centro Hospitalario Pereira Rossell y Depto de Bacteriología y Virología. Facultad de Medicina. Montevideo, Uruguay

VIERNES 16 DE MAYO

74

ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO DEL CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSELL

Giachetto G, Camacho G, Speranza N, Telechea H, Olmos I, Kegel S, Banchemo P, Nanni L, Algorta G, Martínez A, Pérez MC.

Clínica Pediátrica "A", Centro de Información de medicamentos, Laboratorio de Microbiología. Centro Hospitalario Pereira Rossell, Facultad de Medicina. Montevideo, Uruguay.

49

COMPORTAMIENTO DE LA MENINGITIS A STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE EN CUIDADOS CRITICOS. ESTUDIO DE 3 AÑOS.

E.M Pleguezuelos, O. Quirós, L.M Fernández.

Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica. Hospital Pediátrico Provincial Universitario de Camagüey. Cuba.

51

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE ENFERMEDAD INVASIVA POR NEUMOCOCO EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS EN EL AREA ESTATAL DE LA CIUDAD DE CORDOBA: HALLAZGOS RADIOLÓGICOS EN DOS HOSPITALES PEDIÁTRICOS.

Tregnaghi M, Oller A*, Robledo H*, Tregnaghi P*, Rodríguez M*, Ceballos A*, Ussher J*, Ruttimann R***

CDEPAP-Roma 1465 -Cordoba*-GSK** Argentina

56

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA ACTIVA DE ENFERMEDAD NEUMOCOCICA EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DE EDAD EN LA CIUDAD DE CORDOBA

*Tregnaghi M. *, Ceballos A. *, Ussher J*. , Ruttimann R. ** Tregnaghi JP*, Rodríguez A*., y Grupo de Estudio de la Enfermedad Neumocócica de Córdoba*.*

*Centro de Desarrollo de Proyectos Avanzados-Roma 1465-Bo.Pueyrredon-Córdoba-Argentina

**GSK-Argentina

59

BACTERIEMIA POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE EN DE LA COMUNIDAD

Tregnaghi J. P. , Ruttimann R**., Tregnaghi M*. , Cevallos A*. , Ussher J*. , Rodríguez M*. , y Grupo de estudio de enfermedad neumocócica.*

*Centro de Desarrollo de Proyectos Avanzados (CDePAP) Córdoba, Argentina

** GSK

80

INFECCIONES POR ESCHERICHIA COLI PRODUCTOR DE TOXINAS TIPO SHIGA (STEC) EN URUGUAY

G. Varela, P. Gadea, A. Sirok, I. Mota, R. Sabelli, M. Bernadá, G. Grotiuz, C. Pérez, G. Algorta, F. Schelotto.

Instituto de Higiene e Instituto de Pediatría, Facultad de Medicina.

Montevideo - Uruguay

PROGRAMA
OFICIAL

VIERNES 16 DE MAYO

14.30 A 16.00

BALL ROOM A

SIMPOSIO PLENARIO GLAXOSMITHKLINE

Nuevas vacunas y estrategias de vacunación para los países en desarrolloCoordinador: *Dr. Calil Farhat (Brasil)*Co-Coordinador: *Dr. Stefan Thoelen (Brasil)**Dr. Calil Farhat (Brasil)*

Bienvenida e introducción.

Dr. Miguel O'Ryan (Chile)

Epidemiología de Rotavirus en América Latina y beneficios económicos de la vacunación universal contra Rotavirus

Dr. Jorge Quian (Uruguay)

Beneficios médicos y económicos de la vacunación universal contra Varicela

Dr. Pío Lopez (Colombia)

Beneficio de las vacunas combinadas

Dr. Calil Farhat (Brasil)

Meningitis C en América Latina

Dr. Sue Ann Costa Clemens (Brasil)

Vacunas contra el HPV, Dengue y Malaria - y más allá

Dr. Stefan Thoelen (Brasil)

Conclusiones

16.10 17.40

BALL ROOM A

PROGRAMA
 OFICIAL

MESA REDONDA / INTERACTIVA

Meningoencefalitis agudas supuradas: Aspectos epidemiológicos y terapéuticosCoordinadores: *Dra. Jeannette Galazka (Uruguay)**Dr. Alvaro Galiana (Uruguay)**Dra. Ana Ceballos (Argentina)**Dra. Jeannette Galazka (Uruguay)*

Introducción

Dr. Eduardo López (Argentina)

Epidemiología de las meningoencefalitis agudas supuradas en Latinoamérica.

*Dr. Alvaro Galiana (Uruguay)*Aspectos epidemiológicos de *Neisseria meningitidis**Dr. Ana Ceballos (Argentina) - Angela Gentile (Argentina)*

Sesión interactiva

Dra. Carla Odio (Costa Rica)

Nuevos aspectos terapéuticos en meningitis bacteriana

VIERNES 16 DE MAYO

16.10 - 17.40

BALL ROOM B

MESA REDONDA

¿Manejaremos la incidencia del insidioso Virus Respiratorio Sincisial (VRS)?

Coordinadores: *Dra. Ivonne Rubio (Uruguay)*
Dr. Luis F. Avendaño (Chile)
Dr. Gustavo Giachetto (Uruguay)

Dra. Ivonne Rubio (Uruguay)

Presentación

Dr. Luis F. Avendaño (Chile)

Epidemiología: del diagnóstico clínico al molecular

Dr. Gustavo Giachetto (Uruguay)

VRS en un hospital pediátrico

Dra. María Angélica Palomino (Chile)

¿Por qué hay infecciones graves por VRS?

Dr. Francesc Asensi – Botet (España)

¿Por qué ha costado tanto prevenir la infección por VRS?

Dra. Ivonne Rubio (Uruguay)

Preguntas

18.00 – 19.00

BALL ROOM A

MESA REDONDA

Un niño con neumonía: decisiones del pediatra

Coordinadores: *Dr. Raúl Ruvinsky (Argentina)*
Dra. María Catalina Pérez (Uruguay)

Dra. María Catalina Pérez (Uruguay)

Introducción

Dr. Raúl Ruvinsky (OPS/SIREVA Argentina)

Diagnóstico clínico–radiológico. Etiología–resistencia bacteriana. Severidad.

Mortalidad

Dr. Sheldon Kaplan (USA)

Neumonía bacteriana complicada

Dr. Luis F. Avendaño (Chile)

Neumonía viral

Dra. María Catalina Pérez (Uruguay)

Bases racionales para el tratamiento antimicrobiano

PROGRAMA
OFICIAL

VIERNES 16 DE MAYO

14 al 17 de MAYO 48

X Congreso de la SLIPE
XXIV CONGRESO URUGUAYO DE PEDIATRÍA
III JORNADAS URUGUAYAS DE ENFERMERIA PEDIATRICA
I Jornada del Pediatra Joven

18.00 – 19.00

BALL ROOM B

MESA REDONDA

Infecciones de transmisión vertical

Coordinadores: *Dra. Stella Gutiérrez (Uruguay)*
Dr. Ernani Miura (Brasil)
Dra. Coralito López (Uruguay)

Dr. Pío López (Colombia)

19.00 A 20.30

BALL ROOM A

ASAMBLEA SLIPE

PROGRAMA
OFICIAL

VIERNES 16 DE MAYO

SABADO 17 DE MAYO

08.00 – 08.45 BALL ROOM A

DIALOGO CON EXPERTOS
Enfermedad por arañazo de gato
Dr. Eduardo López (Argentina)
Dr. Sheldon Kaplan (USA)

08.00 – 08.45 BALL ROOM B

DIALOGO CON EXPERTOS
El Laboratorio en el diagnóstico de las infecciones virales
Moderador: Dr. Hector Chiparelli (Uruguay)
Dr. Luis F. Avendaño (Chile)
Lic. Bioq. Dora Ruchansky

08.00 CONFERENCE

ACTIVIDADES CON LA ASOCIACIÓN CELÍACA DEL URUGUAY

TEMAS

¿Qué es ser celíaco en Uruguay del 2003 ?
¿Qué responsabilidad tenemos frente a?

Serán tratados por técnicos especializados

- Investigaciones científicas
- Educación
- Etiquetado
- Libre de gluten
- Situación regional

08.45 – 09.30 BALL ROOM B

DIALOGO CON EXPERTOS
Infecciones en cirugía
Moderador: Dr. Ruver Berazategui (Uruguay)
Dr. Sheldon Kaplan (USA)
Dr. Eduardo López (Argentina)

PROGRAMA
OFICIAL

SABADO 17 DE MAYO

14 al 17 de MAYO 50

X Congreso de la SLIPE
XXIV CONGRESO URUGUAYO DE PEDIATRÍA
III JORNADAS URUGUAYAS DE ENFERMERIA PEDIATRICA
I Jornada del Pediatra Joven

09.00 – 09.45

BALL ROOM A

DIALOGO CON EXPERTOS

Otitis media

Moderadora: Dra. Gabriela Algorta (Uruguay)

Dra. Ana Campuzano de Rolón (Paraguay)

Dr. Amando Martín (Venezuela)

09.30 – 11.00

BALL ROOM B

MESA REDONDA

Investigación de avanzada en América Latina

Coordinador: Dr. Patricio Herrera (Chile)

Dra. María Catalina Pirez (Uruguay)

Dr. Gustavo Giachetto (Uruguay)

Concentración de antibióticos betalactámicos (ampicilina – penicilina) en suero y líquido pleural de niños hospitalizados por neumonía adquirida en la comunidad

Dra. Valeria Prado (Chile)

Anticuerpos que reconocen fracciones de proteínas de membrana citoplasmática de *E. coli* productor de Shigatoxinas: ¿un marcador de complicación sistémica?

Dr. Eduardo López (Argentina)

Polimorfismo de Shigatoxinas en pacientes con diarrea sanguinolenta y SUH en Argentina.

10.00 – 11.00

BALL ROOM A

PROGRAMA
OFICIAL

MESA REDONDA

Infecciones: ¿no habituales?

Coordinador: Dr. Armando Rentería (México)

Presidente: Dr. Angel Cedrato (Argentina)

Dr. Guillermo Soza (Chile)

Hantavirus

Dr. Luis Calegari (Uruguay)

Enfermedad de Chagas

Dr. Jorge Quián (Uruguay)

Tos Convulsa

SABADO 17 DE MAYO

11.15 - 12.00

BALL ROOM A

DIALOGO CON EXPERTOS

Hepatitis en las Américas

Moderadora: *Dra. Alicia Montano (Uruguay)*

Dra. Themis Da Silveira (Brasil)

Dr. Miguel Tregnaghi (Argentina)

Dr. Eduardo López (Argentina)

11.15 - 12.00

BALL ROOM B

DIALOGO CON EXPERTOS

Haga su diagnóstico

Dr. Sheldon Kaplan (USA)

Dr. Amando Martín (Venezuela)

12.00 - 13.30

BALL ROOM A

MESA REDONDA

Uso racional de antibióticos

Coordinadores: *Dra. María Catalina Pérez (Uruguay)*

Dr. Xavier Saez Llorens (Panamá)

Dra. María Catalina Pérez (Uruguay)

Introducción

Dres. Luciana Nanni, Gustavo Giachetto (Uruguay)

Hospital Pediátrico - Centro Hospitalario Pereira Rossell. Uruguay

Dr. Xavier Saez Llorens (Panamá)

Hospital del Niño de Panamá.

Dr. Sheldon Kaplan (USA)

Texas Children's Hospital. U.S.A.

12.00 - 12.45

BALL ROOM B

DIALOGO CON EXPERTOS

Emergencias infectológicas

Coordinador: *Dr. Osvaldo Bello (Uruguay)*

Dr. Miguel Tregnaghi (Argentina)

Dra. Graciela Sehabiague (Uruguay)

Dr. Javier Prego (Uruguay)

PROGRAMA
OFICIAL

SABADO 17 DE MAYO

12.45 – 13.00

BALL ROOM B

DIALOGO CON EXPERTOS

Antibióticos: ¿cual es el indicado?*Dr. Calil Farhat (Brasil)**Dra. Luiza Falleiros (Brasil)*

13.30 – 15.00

FLORIDA

SESION DE POSTERS

*Coordinador: Dr. Patricio Herrera (Chile)**Comentadores:**Dr. Miguel Tregnaghi (Argentina) - Dr. Gustavo Giachetto (Uruguay)**Dr. Valeria Prado (Chile) - Dr. Eduardo Verne (Perú)**Dr. Eduardo Suárez Castaneda (El Salvador) - Dra. Mercedes Bernadá (Uruguay) -**Dra. Lucía Ayllón (Cuba)**Dra. Mercedes Macías (México) - Dra. Claudia Di Martín (Uruguay)**Dra. Ana Campuzano de Rolón (Paraguay) - Dra. Maria Angélica Palomino (Chile)**Dr. Patricio Herrera (Chile) - Dra. Stella Gutiérrez (Uruguay) - Dra. Patricia**Saltigeral (México)***INFECCIONES BACTERIANAS****INFECCIONES VIRALES****HIV****TUBERCULOSIS****MISCELANEAS**

54

DIAGNÓSTICO TARDÍO DE LA INFECCIÓN HIV PEDIÁTRICA.**Progresores lentos, un alerta para el pediatra.***A Fallo, L Torrado, A Cané, EL López.**Servicio de Infectología. Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez". Buenos Aires, Argentina*

55

EPIDEMIOLOGIA DE ACCIDENTES OCUPACIONALES Y NO OCUPACIONALES*A Fallo, L Torrado, M Amado, N Rossenfeld, V Bonardo, E López.**Servicio de Infectología. Servicio de Hemoterapia. Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez". Buenos Aires. Argentina*

60

EL IMPACTO EN SALUD DE VIRUS RESPIRATORIOS Y DE FACTORES AMBIENTALES SE DIRIME EN SANTIAGO DE CHILE EN EL INVIERNO 2002.*Avendaño LF, Parra J, Padilla C y Palomino MA.**Programa Virología. ICBM. Hosp. Roberto del Río. Dpto. Pediatría. Norte. Facultad de Medicina. Univ. Chile. Santiago. Chile. Proyecto FONDECYT 1010630*

PROGRAMA
 OFICIAL

SABADO 17 DE MAYO

86

ROTAVIRUS: INFECCIÓN INTAHOSPITALARIA EN SALAS GENERALES DEL PEDIATRÍA. Centro Hospitalario Pereira Rossell.

Daniela Sandín, Marcos Delfino, Marie Boulay, María del Carmen Viera, Graciela Pascale, Mariela Alvez, Valeria Lepera, Ana María Sánchez, Maren Karina Machado, María Catalina Pérez, Alicia Montano y Ana María Ferrari.

Clínicas Pediátrica. Departamento de Bacteriología y Virología. Facultad de Medicina.

Sección Virología. Facultad de Ciencias. Montevideo - Uruguay

90

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL SIDA PEDIÁTRICO EN CUBA.

I. González Nuñez, M. Díaz Jidy, J. Pérez Avila.

Instituto Pedro Kourí, Ciudad Habana Cuba.

1 i

CONTROL DE UN BROTE EPIDÉMICO DE ENFERMEDAD MENINGOCOCICA POR NEISSERIA MENINGITIDIS SEROGRUPO B.

Pérez MC; Picón T; Galazka J; Savio M; Rubio I; Montano A; Ferrari AM.

Comité de Infectología de la S.U.P. Facultad de Medicina. Area Vigilancia Epidemiológica M.S.P. Montevideo - Uruguay.

5 i

NIVELES DE ANTITOXINA TETANICA Y DIFTERICA EN RECIEN NACIDOS DE CIUDAD DE LA HABANA.

R Ochoa Azze, JC Martínez Rodríguez, X Ferriol Marchena, E Estrada González, F Sotolongo Padrón.

Instituto Finlay. DACTA. Ave 27 No. 19805. La Lisa, Ciudad de La Habana. Cuba.

6 i

PERSISTENCIA DE ANTITOXINA TETANICA Y DIFTERIA EN PREESCOLARES CUBANOS.

R Ochoa Azze, JC Martínez Rodríguez, X Ferriol Marchena, E Estrada González, F Sotolongo Padrón.

Instituto Finlay. DACTA. Ave 27 No. 19805. La Lisa, Ciudad de La Habana. Cuba.

7 i

SEGURIDAD E INMUNOGENICIDAD DE UNA NUEVA VACUNA DE POLISACARIDO VI DE SALMONELLA TYPHI EN ESCOLARES CUBANOS.

R Ochoa Azze, JC Martínez Rodríguez, J Menéndez Hernández, I Baró Suárez, M Ginebra Iniesta, X Ferriol Marchena, V Rodríguez Alfonso, M Mirabal Sosa, M Armesto del Río, F Sotolongo Padrón.

Instituto Finlay. DACTA. Ave 27 No. 19805. La Lisa, Ciudad de La Habana. Cuba.

PROGRAMA
OFICIAL

SABADO 17 DE MAYO

84
DESARROLLO DE VACUNAS QUE PREVIENEN ALGUNAS ENFERMEDADES QUE AFECTAN AL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

IE Cuevas, J. Hernández, R. Montero, S. Beoto, V. Casanueva, A. Hernández, G. Alfalla, Ch. Fernández

Instituto Finlay, Centro de Investigación-Producción de Vacunas y Sueros. La Habana, Cuba.

85
EXPERIENCIAS EN EL USO DE VACUNA ANTIMENINGOCÓCICA CONTRA EL SEROGRUPO B Y C EN AMÉRICA LATINA: ACTUALIZACIÓN

I.E. Cuevas, V. Casanueva, J. Hernández.

Gerencia Médica, Instituto Finlay, Centro de Investigación-Producción de Vacunas y Sueros.

La Habana, Cuba.

2 i
PORTADORES DE NEISSERIA MENINGITIDIS EN NIÑOS DE UN CÍRCULO INFANTIL

Martínez I, Alvarez N, Sotolongo F, Zamora L, Nuñez N, Izquierdo L, Climent J

Dirección de Asistencia Científico Técnica Aplicada (DACTA), Instituto Finlay. La Habana, Cuba

3 i
PORTADORES DE NEISSERIA MENINGITIDIS EN UNA ESCUELA PRIMARIA

Martínez I, López O, Sotolongo F, Zamora L, Bencomo A, Gutiérrez M, Climent J, Mirabal M

Dirección de Asistencia Científico Técnica Aplicada (DACTA), Instituto Finlay. La Habana, Cuba

PROGRAMA
OFICIAL

46
ENFERMEDAD DE KAWASAKI EN UN LACTANTE DE DOS MESES

B Amorín, M García, L Martínez

Servicio de Pediatría. Hospital Escuela del Litoral. Paysandú. Uruguay

89
ALERGIA E INFECCIÓN

Mejora de la sintomatología alérgica durante los procesos infecciosos.

Bodas A., Barata H., Axenfeld J., Cedrato A.

Buenos Aires - Argentina

82
**ENFERMEDAD DE WEIL (LEPTOSPIROSIS):
Un problema de salud emergente para América Latina.**

IE Cuevas, V Casanueva, J Hernández

Gerencia Médica, Instituto Finlay, Centro de Investigación-Producción de Vacunas y Sueros.

La Habana, Cuba.

83

FIEBRE TIFOIDEA:

Características epidemiológicas en la región de Latinoamérica.

IE Cuevas, V Casanueva, J Hernández

Gerencia Médica, Instituto Finlay, Centro de Investigación-Producción de Vacunas y Sueros.

La Habana, Cuba.

88

MENINGITIS A *Streptococcus pyogenes* COMPLICADA CON GLOMERULONEFRITIS DIFUSA AGUDA POSTINFECCIOSA.

Presentación de un caso clínico

R Machado, T Sabat, G Algorta, J Vidal, W Pérez

Servicio de Pediatría y Laboratorio. Hospital Británico. Montevideo. Uruguay.

4 i

SUSCEPTIBILIDAD A LA PENICILINA DE CEPAS DE NEISSERIA MENINGITIDIS

Martínez I, Alea V, Sotolongo F, Zamora L, Nuñez N

Instituto Finlay, Ave. 27 No. 19805, La Coronela, La Lisa, Habana, Cuba.

48

EFICACIA CLINICA DE LA PENICILINA VERSUS OTROS ANTIBIOTICOS EN EL TRATAMIENTOS DE LAS NEUMONIAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD.

J.J. Marchena, V. Díaz, M. Pérez, E. Pérez

Servicio de Infectología Pediátrica Hospital Pediátrico Docente Universitario Centro Habana Ciudad Habana Cuba

42

TENDENCIAS DE LA TUBERCULOSIS INFANTIL EN CUBA, 1983 – 1999.

J D'fana, E González, L Armas.

Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri". Ciudad de la Habana. Cuba.

78

OSTEÍTIS POR BCG

Dres. Alejandro Cuneo, María Julia Sarachaga, Miguel Karsacian, Alvaro Galiana, Walter Pedreira, Mario Schimchack.

CHLAyEP – Departamento de Traumatología del CHPR.

Montevideo - Uruguay

61

TUBERCULOSIS OSEA EN NIÑOS.

Sarachaga M.J.; Shimchack M.; Palma L.

Comison Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevenibles – Centro Hospitalario Pereira Rossell. Montevideo - Uruguay

PROGRAMA
OFICIAL

SABADO 17 DE MAYO

53
TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR. ¿POR QUÉ NO PENSAR EN ELLA?
Alvarez. I, Borroto JM, Gonzalez.M, Ponce.J, Gonzalez. C
Cuba

50
ESTUDIO CLÍNICO, EPIDEMIOLÓGICO Y DE LABORATORIO DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS. HOSPITAL PEDIÁTRICO PRIVINCIAL DOCENTE "PEPE PORTILLA". DICIEMBRE 2001-DICIEMBRE 2002.
M.A. Méndez Suárez, J.R.López Rodríguez, D. Hevia Bernal.
Hospital Pediátrico Provincial Docente "Pepe Portilla". Pinar del Río. Cuba.

64
INFECCION URINARIA: RESULTADOS DE LA APLICACION DE UNA PAUTA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO EN NIÑOS HOSPITALIZADOS.
Sosa M, Lanza A, Longarela B, Martínez A, Giachetto G, Pirez MC
Clínicas Pediátricas, Centro Hospitalario Pereira Rossell, Facultad de Medicina. Montevideo, Uruguay

44
FIEBRE PROLONGADA EN EL NIÑO.
Estudio de 4 años.
M del C Luis, D. Lobato, M. Morales, F. Seiglie, A. Martínez, O. Pantoja.
Institución: Hospital Pediátrico " William Soler, Ciudad de la Habana. Cuba.

72
IMÁGENES HEPÁTICAS HIPODENSAS COMO MANIFESTACIÓN DE ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO
Galiana A, Pujadas M.
Área de Aislamientos Infecciosos;Clínica Pediatría "C";Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay.

40.
ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO: A PROPÓSITO DE UN CASO
*Ileana Alvarez Lam *, Jorge Ponce Bittar**,Roberto Silva*
* Hospital William Soler, Cuba.
** Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba

PROGRAMA
OFICIAL

15.00 – 16.30

BALL ROOM A

MESA REDONDA

Vacunas: ¿que le interesa al pediatra?

Coordinadores: *Dra. Alicia Montano (Uruguay)*
Dr. Eduardo López (Argentina)

Dr. Eduardo López (Argentina)
Esquemas de vacunación: de lo mínimo al máximo
Dr. Antonio Arbo (Paraguay)
Fracaso de la vacunación individual
Dra. Maria Catalina Pérez (Uruguay)
Situaciones especiales: vacunas anti - meningocócicas
Dr. Xavier Saez Llorens (Panamá)
Varicela : Vacunación universal
Dra. Lilly Tin Weckx (Brasil)
Efectos adversos
Dres. Frankin Sottolongo , Iván Cuevas (Cuba)
Futuro de la producción de vacunas a nivel regional

15.00 – 16.30

BALL ROOM B

MESA REDONDA

Infecciones en la unidad de cuidado intensivo

Coordinadores: *Dra. Martha Alberti (Uruguay)*
Dra. Alicia García (Uruguay)

Dra. Martha Alberti (Uruguay)
Dra. Alicia García (Uruguay)
Insuficiencia respiratoria por infección a adenovirus
Dra. Carla Odio (Costa Rica)
Uso racional de antibióticos en el recién nacido críticamente enfermo
Dra. María Angélica Palomino (Chile)
Infección grave por Virus Sincisial Respiratorio

PROGRAMA
OFICIAL

SABADO 17 DE MAYO

16.40 – 18.10

BALL ROOM A

MESA REDONDA

Infecciones de riesgo para pre-escolares, ¿que hacer?

Coordinadores: Dra. Teresa Picón (Uruguay)

Dra. Valeria Prado (Chile)

Presidente: Dr. Enrique Fanta (Chile)

Dra. Teresa Picón (Uruguay)

Introducción

Dra. Themis Da Silveira (Brasil)

Manejo de un brote de hepatitis A en una guardería.

Dra. Valeria Prado (Chile)

La guardería y las infecciones gastrointestinales: ¿problema inevitable?

Dra. Elena Zanetta (Uruguay)

Enteroparasitosis en los pre-escolares

Dr. Miguel O’Ryan (Chile)

Recomendaciones para el manejo y prevención

Dra. Katia Abarca (Chile)

La mascota, el niño y las infecciones

16.40 A 17.20

BALL ROOM A

PROGRAMA
 OFICIAL

CONFERENCIA

Actualidades en meningitis bacteriana

Dr. Xavier Saez Llorens (Panamá)

18.30

BALL ROOM A

CEREMONIA DE CLAUSURA

Entrega de premios SLIPE

X Congreso de la SLIPE
XXIV CONGRESO URUGUAYO DE PEDIATRIA
III JORNADAS URUGUAYAS
E ENFERMERIA PEDIATRICA
I Jornada del Pediatra Joven
14 al 17 de Mayo de 2003



RESÚMENES - POSTERS

PROGRAMA
OFICIAL

14 al 17 de MAYO 60

X Congreso de la SLIPE
XXIV CONGRESO URUGUAYO DE PEDIATRIA
III JORNADAS URUGUAYAS DE ENFERMERIA PEDIATRICA
I Jornada del Pediatra Joven

PROGRAMA
OFICIAL

RESÚMENES

NUTRICION EN EL NIÑO CON CANCER

Dra. Cristina Estefanell

Los problemas nutricionales que afectan a estos niños, se deben a la afección en sí y a las consecuencias del tratamiento.

Por cada 100.000 niños se detectan 12 con enfermedad hemato-oncológica por debajo de los 15 años. El 50% son leucemias y linfomas y el resto tumores sólidos.

La supervivencia del niño con este tipo de patología va a depender esencialmente del tratamiento con quimioterapia, radioterapia y cirugía, pero el logro de mantener el estado nutricional en las mejores condiciones posibles va a aumentar la tolerancia a la agresión del tratamiento y de las complicaciones determinadas por este.

Los tumores sólidos suelen presentar mayores complicaciones nutricionales, sobre todo en estadios avanzados de la enfermedad.

La desnutrición agrava la depresión inmune provocada, favorece la infección.

Como hecho distinto al adulto el estado nutricional conservado impide la detención del crecimiento y del desarrollo, por lo que es necesario prever las necesidades de nutrientes adicionales.

Complicaciones habituales

En primer lugar la malnutrición frecuente en niños con enfermedad y tratamiento avanzado, 50%. Como hallazgos asociados o determinantes de la primera, la anorexia mediada por numerosos factores humorales, o consecuencia del tratamiento.

La afectación del tracto gastrointestinal comenzando con la disminución de la secreción salival, continuando con la mucositis y la enteropatía mediada por la quimioterapia y la radioterapia determinan, anorexia, alteración en la percepción del sabor de los alimentos y mal absorción intestinal.

Factores que aumentan el riesgo nutricional.

Efecto de gran masa tumoral, administración de corticoides que enmascaran la pérdida de masa magra.

Criterios de malnutrición que determinan intervención nutricional.

Antropométricos: peso para talla por debajo de 90%, pérdida de peso mayor del 5 % con respecto al peso al inicio del tratamiento, pliegues subcutáneos por debajo del percentilo 10 para la edad .registro de ingesta dietética insuficiente

Bioquímicos: albúmina menor de 3.5 grs., aunque son más sensibles las modificaciones de las concentraciones de las proteínas séricas de vida media corta.

Soporte nutricional: con el objetivo de proveer calorías, proteínas, minerales y vitaminas en la concentración adecuada para mantener el mejor estado nutricional posible e intentar que continúe el crecimiento.

Cuando iniciar el soporte nutricional: si hay alteraciones digestivas que se prolongan por 10 días o más, si la ingesta voluntaria es menor al 70 % de los requerimientos para edad y peso.

Como: soporte enteral siempre que este sea posible, intentando primero la ingesta voluntaria con fórmula de baja osmolaridad y residuos. Si la ingesta es mínima por 3 o más días administración de fórmula por sonda.

Si el tubo digestivo está afectado, como consecuencia del tratamiento o de la afección en sí alimentación parenteral por vía periférica si va a ser por menos de 7 días, en caso de lapso mayor por vía central. Se comienza con el 75 % de los requerimientos para peso y edad y se aumenta 10 a 25 % de las necesidades calóricas cada día.

PROGRAMA
OFICIAL

SINDROME DEL INTESTINO CORTO

Dra. Beatriz Sayagues

El síndrome del intestino corto resulta de la malabsorción que queda después de extirpar una parte larga del intestino delgado. Es una definición funcional y no anatómica, ya que depende no solo de la cantidad de intestino reseccionado, que es el factor más importante, sino también si la resección fue de yeyuno o íleon, la presencia o no de válvula ileo-cecal y si hubo resección parcial de colon.

El soporte nutricional en estos pacientes es de fundamental importancia, ya que de realizarse precoz y adecuadamente se evita la desnutrición o carencias específicas de micronutrientes, que frecuentemente acompañan a esta patología y se promueva la adaptación a sus nuevas funciones del intestino remanente.

Por lo tanto, la alimentación enteral y parenteral deben iniciarse rápidamente luego de la resección intestinal y se deben continuar hasta que se logre un crecimiento adecuado del paciente, sin carencias clínicas o bioquímicas de micronutrientes y pueda ser destetado de la alimentación parenteral.

Este proceso puede llevar meses, años y en algunos casos no se logra suspender la alimentación parenteral. Las complicaciones son frecuentes y graves.

El soporte nutricional debe ser continuo, intenso e individualizado para cada niño.

NUTRICION EN EL NIÑO CON CARDIOPATIA CONGENITA

Dra. Rosario Satriano

La valoración del estado nutricional es indispensable en el paciente pediátrico, permite conocer su crecimiento y desarrollo y en los niños con enfermedades crónicas, tiene todavía un interés más destacado por las implicaciones pronósticas que conlleva.

La repercusión del estado nutricional en los niños con cardiopatía congénita, determina una importante morbimortalidad, sobre todo cuando van a ser sometidos a tratamiento quirúrgico.

La desnutrición en el niño cardiopata es una de las primeras manifestaciones clínicas por ello es primordial en la atención primaria la detección precoz de este tipo de patología.

La etiología de la desnutrición y el retraso del crecimiento en este tipo de pacientes es multifactorial, casi siempre relacionada con la repercusión hemodinámica que la cardiopatía determina:

- a) Factores prenatales
- b) Factores postnatales: infecciones respiratorias reiteradas, pérdida intestinal proteica, disminución de la ingesta calórica como consecuencia de la disnea, taquipnea, hepatomegalia, hipoxia aumento de los requerimientos energéticos, etc.
- c) Ingesta de fármacos
- d) Otros factores serían medio socio económico cultural, duración de la lactancia materna, etc.

Cuando se realiza la valoración de un paciente con cardiopatía congénita se debe tener en cuenta el instaurar un tratamiento de soporte nutricional precoz con vistas al tratamiento quirúrgico paliativo o correctivo.

La elección de la fórmula y su vía de administración dependerá de la edad, lesión cardíaca y estado funcional del tubo digestivo debiendo contemplar además entre otras cosas el aumento de la densidad calórica y el aporte de volumen adecuado y micronutrientes fundamentalmente el hierro.

**PROGRAMA
OFICIAL**

DESNUTRICIÓN OCULTA. EL DÉFICIT DE MICRONUTRIENTES EN NIÑOS.

Dra. María del Carmen Morasso.

Introducción: En 1990 se realizó la Cumbre Mundial por la Infancia en la cual los líderes del mundo suscribieron una declaración por la Supervivencia, Protección y Desarrollo de los niños y niñas y un plan de acción para concretar ese compromiso.¹ En ese plan de acción incluyó numerosas referencias a la prevención de carencias de micronutrientes.

En 1991, un conjunto de organismos internacionales, se reunieron a fin de consensuar pautas técnicas para lograr prevenir el Hambre Oculta².

En la introducción del documento precedentemente citado, se expresa: *"Esta es la historia de una vitamina y dos minerales, una historia inconclusa sobre la innecesaria tragedia humana que afecta a millones de personas en el mundo. La vitamina , vitamina A y uno de los 2 minerales , el Yodo son necesarios en la alimentación humana en microgramos diarios y el otro mineral el hierro en miligramos"*.

Con estas pequeñas cantidades, intervienen en procesos claves del metabolismo celular y condicionan el normal crecimiento, desarrollo e inmunidad. "

El término "micronutrientes" hace alusión a esas pequeñas cantidades en las que son diariamente requeridos. No obstante la trascendencia de su función, y las consecuencias que sus déficits producen especialmente en la infancia temprana y en el embarazo ha hecho que se cuestione tal denominación y se propusiera el nombre de "Supernutrientes". (James Grant. Director Ejecutivo de UNICEF 1980)

Durante la década del 90' se sumó a este grupo de micronutrientes críticos al Cinc.

Estas deficiencias comparten algunas de las siguientes características:

- Su prevalencia es alta en algunas regiones del mundo, especialmente en niños pequeños.
- Las consecuencias de estas deficiencias afectan el crecimiento, desarrollo cognitivo, la inmunidad y en algunos casos la supervivencia.
- Comprometen el desarrollo humano de los pueblos en tanto perpetúan la pobreza en varias generaciones.
- Existen medidas eficaces y sustentables para prevenirlas.

Prevalencias de las deficiencias en América Latina

La información disponible fue compilada por Mora³ y puede ser sintetizada como sigue:
Yodo: en 9 países de la Región esta deficiencia es un problema de Salud Pública, 4 han superado la deficiencia y 9 no disponen de información nacional.

Vitamina A: la deficiencia subclínica constituye un problema de salud pública en 11 países de la Región.

Hierro (anemia): a partir de datos de distintos países estima una prevalencia de anemia en la Región para distintos grupos etarios como sigue: niños de 1 a 4 años: 45%, embarazadas: 35% y mujeres en edad fértil 20%.

Consecuencias de las deficiencias.

Vitamina A.

Alteraciones en la regulación genética. Dificulta la regeneración de epitelios. (Kastner 1994). Aumento de morbilidad y mortalidad en áreas con deficiencia severa. Disminución linfocitos T y fagocitosis, (Underwood 1996).

Impide la movilización del hierro de depósitos. (Mejía y Chew 1988)

Hierro

Afecta el crecimiento físico, la atención y memoria, el estado inmunitario, el uso de la energía muscular.

Produce alteración del desarrollo cognitivo en forma permanente si la deficiencia ocurre antes de los 2 años de vida. Walter et al. J of Pediatrics. 1983, Lossof et al. Am J.Clin Nutr. 1989, Soemantri et al. Am. J.Clin Nutr 1985, Pollit et al. Am. J.Clin Nutr. 1989. Pollit et al. Food and Nutrition Bulletin. 1991

PROGRAMA
OFICIAL

Cinc

En poblaciones deficientes, la suplementación con Zc disminuyó la incidencia y prevalencia de diarreas. (Butta, 1999).
 Mejoró el crecimiento en talla en 0.22 DS en niños que tenían retardo. (Brown, 1999).

La situación en Argentina

Dado que en Argentina, el problema prioritario es la anemia por deficiencia de hierro, la presentación se centrará en el análisis de las causas y acciones emprendidas para la prevención de esta deficiencia.

Estudios realizados con muestras probabilísticas muestran a lo largo de más de una década que las prevalencias son similares a las reportadas para América Latina. En los menores de 2 años datos recientes indican que padecen anemia el 48% de los niños del cono urbano bonaerense ⁴ (1999) y 66,4% de los niños de Chaco ⁵ (1998).
 Estos datos revelan la persistencia de un problema en los mismos niveles que se encontraba hace 15 años. ^{6,7}

En embarazadas, en Usuhia se reportó un 31,6% de anémicas en 1994 ⁸. Los datos de Chaco ⁹ indican que 17 % de las mujeres comenzaban el embarazo anémicas y 40% con DH. Estas proporciones aumentaban en el tercer trimestre en el que 36% fueron anémicas y 83% tenían deficiencia de hierro.

Las causas que a lo largo del ciclo vital operan para determinar la alta prevalencia de anemia en los primeros 2 años de vida¹⁰, pueden dividirse en 2 grandes grupos: las que influyen en el tamaño de los depósitos de hierro al nacer: depósitos maternos bajos y ligadura precoz del cordón umbilical y en el período postnatal: lactancia materna exclusiva breve, inadecuada alimentación complementaria, crecimiento acelerado por bajo peso al nacer u otras causas.

La gravedad de la situación requiere la puesta en práctica de estrategias generales y específicas que permitan neutralizar las causas que operan en distintos momentos del ciclo vital.

Estas estrategias han sido sistematizadas recientemente y responden a las causas involucradas en cada etapa. Este esquema ha sido consensuado en nuestro país ¹¹ y es el siguiente:

**PROGRAMA
 OFICIAL**

Niños menores de 2 años	Embarazadas
1- Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y continuar con la lactancia el mayor tiempo posible	1- Utilizar suplementación con hierro y folatos
2- Ligar el cordón umbilical cuando deja de latir	2- Fortificar los alimentos para consumo de la población general (harinas)
3- Utilizar como complemento de la lactancia materna alimentos ricos en hierro y alimentos fortificados con hierro (leche, cereales)	3- Diversificar la dieta
4- Suplementar con hierro	4- Mejorar las condiciones sanitarias y de higiene
Desparasitar periódicamente cuando este problema es frecuente.	

Un aspecto fundamental es la participación comunitaria para que las familias se apropien de las medidas con las que pueden lograr una efectiva protección para mejorar su nutrición, demanden por sus derechos a la provisión de alimentos fortificados o suplementos, cuando corresponda y tengan herramientas para mejorar y diversificar su alimentación. Varias de estas estrategias están en marcha, como la sanción de la ley de enriquecimiento de la harina de trigo con hierro y folatos (2002), la fortificación de la leche con hierro y cinc del programa materno infantil del Ministerio de Salud de la Nación (2001) y la ligadura oportuna del cordón umbilical.

Se presentarán resultados obtenidos en el proyecto Chaco (Ministerio de Salud de la provincia de Chaco / UNICEF) para revertir esta situación. Entre 1998 y 2002 la prevalencia de anemia en niños menores de 2 años se redujo de 83 a 42%. Estos resultados son alentadores y demuestran que el del compromiso de la sociedad en su conjunto puede revertir los efectos de las deficiencias de micronutrientes en la infancia y contribuir de esta manera al pleno ejercicio de todos los derechos para todos los niños.

1 Word Declaration on the Survival, Protection and Development and Plan of Action for Implementing the World Declaration in the 90'. United Nations. New York, 30 September 1990.

2 Ending Hidden Hunger. (A policy Conference on Micronutrient Malnutrition). WHO, UNICEF, World Bank, Canadian International Development Agency, US Agency for International Development, FAO, UNDP. Montreal, 1991.

3 Mora JO. Deficiencias de micronutrientes en America Latina y el Caribe. OPS/USAID/ROCHE/OMNI. 1997

4 Diaz A, Apeztegia M, Jaquenod M, Tarragona S, Rugolo E, Morasso MC. Encuesta nutricional a niños/as menores de 6 años de la provincia de Buenos Aires. Ministerio de Salud provincia de Buenos Aires, PROMIN. XII Congreso Latinoamericano de Nutrición. Bs. As. 2000.

5 Morasso MC, Molero J, Vinocur P, Acosta L, Pacussi N, Rasseli, S, Falivene G. Deficiencia de hierro y vitamina A en niños y niñas de 6 a 24 meses en Chaco. Ministerio de Salud provincia de Chaco y UNICEF. Aceptado para publicación. Archivos Latinoamericanos de Nutrición. 2003.

6 Calvo EB, Gnazzo N. Prevalence of iron deficiency in children aged 9- 24 mo. From a large urban area of Argentina. Am J Clin Nutr 1990 ; 52:534/8.

7 Calvo EB, Islam J Gnazzo N. Encuesta nutricional en niños menores de 2 años en la provincia de Misiones. I Indicadores dietéticos y hematológicos. Arch Arg Pediatr. 1987; 85: 260-69.

8 CESNI. (1995). Proyecto Tierra del Fuego. Diagnóstico basal de salud y Nutrición. CESNI-Fundación Jorge Macri. Buenos Aires.

9 Morasso MC, Molero J, Vinocur P, Acosta L, Pacussi N, Rasseli, S, Falivene G. Deficiencia de hierro y anemia en mujeres embarazadas en Chaco. Ministerio de Salud provincia de Chaco y UNICEF. Aceptado para publicación. Archivos Latinoamericanos de Nutrición. 2003

10 Preventing Iron deficiency in children and women. UNICEF-WHO- UNU- MI Consultation. 1998

11 Ministerio de Salud de la Nación/UNICEF. 2001. Prevención de la anemia por deficiencia de hierro en niños y embarazadas.

NUTRICIÓN EN EL PACIENTE PORTADOR DE DISPLASIA BRONCOPULMONAR

Dra. Renatín Ferreira Bouzas
Comité de Nutrición. Sociedad Uruguaya de Pediatría.

Existen distintas definiciones para la displasia broncopulmonar. En la actualidad se define por la «oxígeno dependencia» del recién nacido a las 36 semanas de edad postconcepcional. Su presencia es un predictor de secuelas respiratorias y de mayor riesgo de secuelas neurológicas. (1) La incidencia aumenta en relación inversa con la edad gestacional y el peso del recién nacido. No se conoce la patogénesis exacta de la displasia broncopulmonar, pero se plantea un origen multifactorial vinculado a: oxigenoterapia, ventilación mecánica, tiempo de las mismas, etc. (2) A nivel del pulmón del prematuro existe una mayor permeabilidad alveolocapilar, menor actividad antioxidante y de antiproteasas, mayor frecuencia de infecciones y déficit de nutrientes como alguno de los elementos traza (hierro, cobre, zinc, selenio y vitaminas como la A). (2) En este sentido existen varios trabajos que demuestran la utilidad de la administración de vitamina A en forma preventiva (5.000 U i/m 3 veces por semana durante 4 semanas). (3)

La nutrición es uno de los puntos más importantes del tratamiento en la broncodisplasia pulmonar, junto con la oxigenoterapia y la ventilación mecánica. La experiencia clínica señala que estos niños no mejoran mientras no aumentan de peso.

El tratamiento nutricional inicial en la broncodisplasia pulmonar constituye un verdadero desafío. El aumento de la demanda calórica está determinada por el aumento del trabajo respiratorio,



consumo de oxígeno y por las drogas utilizadas (aminofilina, corticoides, etc.). Se debe realizar en la etapa inicial un aporte calórico 20 a 40% mayor que en un recién nacido normal. La restricción hídrica es fundamental en la primera etapa de la vida de estos pacientes, ya que están propensos a la formación de edema pulmonar, probablemente por daño endotelial y epitelial.(4) Se ha comprobado una mayor frecuencia de ductus arterioso permeable en relación al aporte excesivo de líquidos. La infección en estos prematuros extremos es un factor agravante y causa de persistencia de ductus arterioso permeable.(5) Los diuréticos, como el furosemide, disminuyen la resistencia pulmonar y mejoran la distensibilidad en la broncodisplasia pulmonar. Pero su uso clínico en esta enfermedad se asocia a los riesgos secundarios a trastornos hidroelectrolíticos, como hipercalcemia, nefrolitiasis, etc.(5) Se ha observado que el oxígeno induce un daño mayor en animales de experimentación sometidos a desnutrición que en controles bien alimentados. Por estos motivos, resulta fundamental la administración de las calorías necesarias lo más precozmente posible.(6) La alimentación parenteral iniciada precozmente es fundamental en estos pacientes en etapa inicial para evitar el catabolismo. También es muy importante el inicio precoz de la alimentación trófica, por el efecto beneficioso que tiene en la retención de nitrógeno, calcio, fósforo, magnesio y zinc.(7) Existen varios trabajos que demuestran en estos pacientes que la alimentación trófica temprana disminuye el tiempo de hospitalización. La nutrición trófica se inicia con un volumen de 10 ml/kg peso, de ser posible con leche materna. Se debe utilizar fortificadores de la leche materna cuando se logra un aporte de volumen adecuado.(8) Si no se dispone de fortificadores se recomienda realizar una mezcla de 50% de leche materna y 50% de leche modificada de prematuro. Si no fuera posible la alimentación con leche materna, se debe utilizar fórmulas de prematuros hasta que el recién nacido alcance los 3 kg. Hay trabajos con seguimiento del crecimiento que señalan que sería ideal continuar con estos fórmulas hasta cumplir el año de edad.() Se pueden utilizar fórmulas de densidad calórica alta (1ml=1 kcal) en lactantes con un peso mayor a 10 kg, agregando en esta etapa 60 ml/kg de agua libre. Se realiza seguimiento con determinación de la densidad urinaria.(9) En los prematuros con broncodisplasia pulmonar se plantean varios problemas con la nutrición. Se debe mantener en estos niños una adecuada oxigenación, ya que tienden a la hipoxemia durante la alimentación. La asociación de reflujo gastroesofágico en estos lactantes pretérmino está determinada por una barrera antireflujo deficiente, con una presión menor del esfínter esofágico inferior. La presión eficaz del esfínter aumenta desde 4 mmHg a las 27-28 semanas hasta 18 mmHg en el embarazo de término.(10) El reflujo gastroesofágico es causa frecuente de vómitos, esofagitis, apnea recurrente y aspiración pulmonar, con exacerbación de la displasia broncopulmonar y alteración del crecimiento. Estos niños asocian además un retardo en la evacuación gástrica.(10) Estos recién nacidos presentan también una hipersensibilidad oral, que determina alteraciones en el comportamiento frente a la alimentación oral una vez que se ha retirado la sonda orogástrica.(1) En estos pacientes hay que realizar desde etapas iniciales controles antropométricos estrictos. Se pueden utilizar las curvas de Wright y cols. El crecimiento teórico ideal sería el equiparable al crecimiento intrauterino, a razón de 14 a 20 g/kg/día, sabiendo que esta meta es difícil de alcanzar en los niños con esta patología tan compleja.(11) Estos gráficos de seguimiento sirven hasta los 30 días de vida. Posteriormente se deben utilizar gráficos peso/edad corregida hasta los 2 años; y longitud/edad corregida hasta los 3 años. Se debe realizar un seguimiento específico de las carencias de hierro. Su carencia sería negativa en el crecimiento de estos niños, por lo que se debe aportar hierro en forma adecuada. Se controlarán asimismo los requerimientos de otros minerales y elementos traza, descartando precozmente osteopenia en el prematuro.(12) Debe considerarse los riesgos que puede determinar la medicación administrada, como por ejemplo, los corticoides con su efecto negativo sobre el crecimiento en longitud y en el perímetro craneano.

**PROGRAMA
 OFICIAL**

Por estas razones, se justifica su uso solo por razones de necesidad en el niño con broncodisplasia pulmonar en quien no se puede disminuir o suspender la asistencia respiratoria mecánica. Existen numerosas evidencias que avalan que las prácticas nutricionales adecuadas influyen en el crecimiento a corto y largo plazo, en el pronóstico del desarrollo de estos niños, y determinan la salud y enfermedad en la edad adulta.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Tapia JL; Sola A. Enfermedad pulmonar crónica. En: Sola A, Rogido M. (eds). Cuidados especiales del feto y el recién nacido. Vol 1. Editorial Científica Americana, Buenos Aires 2001:1170-1186.
- 2- Bancalari E, Sosenko I. Pathogenesis and prevention of neonatal chronic lung disease. *Pediatr Pulmonol* 1990; 8:109.
- 3- Ballabriga A, Carrascosa A. Alimentación del recién nacido de bajo peso. En: Ballabriga A, Carrascosa A. (eds) Nutrición en la infancia y adolescencia. 2ª Ed. Ediciones Ergon, Madrid 2001:227-267.
- 4- Martell M; Machiñena A; Vila MC. Desórdenes hidroelectrolíticos del prematuro. En: Manejo perinatal del bajo peso extremo. Facultad de Medicina. Universidad de la República. *Bibliomédica Ediciones*, Montevideo 2002:69-82.
- 5- Aggeremal R, Decorari A, Paul VK. Fluid and electrolyte management in term and preterm neonates. *Indi Jour Pediatr* 2001; 68(2):1139-1142.
- 6- Uauy R, Mena P. Alimentación del recién nacido. En: Sola A, Rogido M. (eds). Cuidados especiales del feto y el recién nacido. Vol 1. Editorial Científica Americana, Buenos Aires 2001:359-370.
- 7- Malnutrición secundaria: aspectos etiológicos y mecanismos fisiopatológicos que conducen a malnutrición. En: Ballabriga A, Carrascosa A. (eds) Nutrición en la infancia y adolescencia. 2ª Ed. Ediciones Ergon, Madrid 2001:966-996.
- 8- Shamlar RT. Uso de leche humana y amamantamiento en prematuros. *Perinatol Clin North Am* 1999;2.
- 9- Baugrart S, Costanino AT. Metabolismo del agua y electrolitos del lactante con peso extremadamente bajo al nacer. *Perinatol Clin North Am* 2000;1:139-155.
- 10- Neivell ST. Alimentación enteral del lactante con peso extremadamente bajo al nacer. *Perinatol Clin North Am* 2000;1:235-244.
- 11- Kalhan SC, Iben S. Metabolismo de proteínas en el lactante con peso extremadamente bajo al nacer. *Perinatol Clin North Am* 2000;1:29-59.
- 12- Carrascosa A, Yeste D, Audi L. Crecimiento y mineralización del tejido óseo. En: Argente J, Carrascosa A, Gracia R, Rodríguez F. (eds) *Tratado de Endocrinología Pediátrica y de la Adolescencia*. Ediciones Doyma, Barcelona 2000:113-130.

CONCEPTOS DE BIOÉTICA APLICADOS A UNA SITUACIÓN

Lic. Alicia I. Fajardo Sanz

OBJETIVO: Aplicar los principios de la Bioética y algunos conceptos legales al análisis de una situación real, vivida por enfermería en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Desde la perspectiva de la situación real realizamos un estudio de las implicancias legales y posibles consecuencias que podemos enfrentar para responder a la responsabilidad que implica el trabajar cuidando personas.

Recordamos las definiciones de Impericia, Imprudencia y Negligencia, aplicados a la omisión ó comisión, de actos correspondientes al cuidado. De ésta situación se desprenden los conceptos de Responsabilidad, Daño Emergente, Daños Morales.

Kant, manifiesta al hablar de Etica, *“Obra de tal forma, que uses a la humanidad, tanto en tu persona como en la de cualquier otro, siempre como un fin en sí mismo y nunca como un medio”*. Plantea a la luz de entender a las personas como seres racionales que *“por su naturaleza se distinguen como seres en sí mismo, que no deben ser usados nunca como un medio”*. El ser humano posee moralidad, dignidad ó sea un valor interno propio que está por encima de cualquier precio.

Por último cerramos el análisis con conclusiones que tienen el objetivo de mejorar nuestro desempeño como enfermeras dentro del equipo.



PROPUESTA DE CONSENSO DE UN GRUPO DE EXPERTOS CONVOCADOS POR LA ASOCIACION URUGUAYA DE PERINATOLOGIA SOBRE EL MANEJO DEL BAJO PESO EXTREMO (MENOR DE 1000 GRAMOS)

A. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

1. Cumplir con el registro de vigilancia epidemiológica del Ministerio de Salud Pública de los menores de 1500 gramos al nacer y al alta.
2. Promover el completo llenado de los certificados de nacimiento y de defunción perinatal e infantil para poder establecer el vínculo entre ellos y la mortalidad por grupo de peso al nacer.
3. Mantener un foro anual, académico, para la identificación de la mortalidad evitable.
4. Realizar actividades de educación médica continua con concurrencia de expertos nacionales y extranjeros.

B. MEDIDAS PREVENTIVAS

1. Tamizaje obligatorio de la bacteriuria por tirilla o urocultivo en el primer control del embarazo.
2. Detección sistemática por examen genital con espéculo y tratamiento correcto de la infección genital baja como factor de riesgo de corioamnionitis.
3. Administración de corticoides, en un ciclo único y completo en toda amenaza de parto prematuro: Dexametasona 6 mg intramuscular cada 12 horas, total 4 dosis, entre las 24 y 34 semanas.
4. En la amenaza de parto prematuro uso de útero-inhibición breve (primeras 24 horas) para favorecer el efecto de los corticoides antenatales y el eventual traslado a nivel terciario. No es contraindicación la rotura prematura de membranas sin elementos de infección.
5. En todo trabajo de parto de pretérmino debe administrarse ampicilina intravenosa, a la dosis inicial de 2 gramos y luego 1 gramo cada 4 horas hasta el nacimiento, como profilaxis de la infección perinatal por *Streptococo* tipo B.
6. Traslado antenatal especializado a un ámbito del 3er. Nivel asistencial, siempre y cuando las condiciones lo permitan.
7. Las decisiones sobre el manejo perinatal de pretérminos extremos deben ser avaladas por la jerarquía asistencial responsable.

C. MEDIDAS ASISTENCIALES

1. La cesárea es la vía de elección en el nacimiento del bajo peso extremo. Puede permitirse el parto vaginal siempre que sea monitorizado y cuando exista la posibilidad de cesárea inmediata. La decisión del tipo de incisión la tomará el obstetra de acuerdo a las condiciones del útero y el segmento.
2. En todos los casos la asistencia inmediata deberá ser realizada por el neonatólogo o pediatra capacitado en reanimación neonatal con enfermería especializada.
3. Administración de Surfactante en la primera hora de vida en aquellos casos que inicien un síndrome de dificultad respiratoria con requerimientos de una fracción inspirada de oxígeno mayor de 30 % (rescate precoz).
4. Administrar Indometacina intravenosa 0.2 mg /kg dosis en infusión a pasar en más de 30 minutos, en 3 dosis separadas por lapsos de 12 horas, ante la sospecha clínica de persistencia o reapertura de conducto arterioso.
5. Propender a utilizar precozmente el cpap nasal como método de destete de la asistencia ventilatoria mecánica.

**PROGRAMA
OFICIAL**

6. La alimentación parenteral deberá ser iniciada en las primeras 48 horas de vida.
7. Fomentar la alimentación enteral precoz mínima con leche humana como forma de estimular la función trófica digestiva.
8. Fomentar la alimentación exclusiva con leche de su propia madre mediante técnica de gavage cada 2 horas excepto intolerancia digestiva alta.
9. Uso racional de los antibióticos, con sospecha de sepsis. Descontinuarlos frente a: negatividad de la clínica, de los cultivos bacteriológicos y con dos hemogramas y dos PCR normales, con intervalos de 24 horas entre ellos.
10. Promover el tamizaje de retinopatía, de déficit auditivo, de osteopenia del prematuro.
11. Inmunizar según el esquema nacional de vacunación a la edad cronológica adecuada, excepto con la vacuna antipolio oral que debe administrarse al alta.
12. Administración de anticuerpos específicos contra el virus sincicial respiratorio (PALIMIZUMAV) en lactantes portadores de broncodisplasia.
13. Evaluación de la vivienda y del núcleo familiar previa al alta del recién nacido. Promover sistemas de referencia y contrarreferencia, y estimular la creación de programas de seguimiento multidisciplinario para el pretérmino severo.

Estas recomendaciones no pretenden abarcar todos los procedimientos, sino enfatizar aquellos de mayor prioridad en este tema; y están en concordancia con las Normas de Atención Materno Infantil del Ministerio de Salud Pública del año 1999.

Elaboraron dicha propuesta:

Prof. Dr. Raúl Bustos

Depto. de Neonatología

Prof. Dr. José Carlos Cuadro

Director de Clínica Ginecotocológica C

Prof. Dr. José Enrique Pons

Director de Clínica Ginecotocológica A

Prof. Agdo. Dr. Justo Alonso

Clínica Ginecotocológica C

Prof. Agdo. Dr. Jorge Martínez

Clínica Ginecotocológica C

Prof. Agdo. Dr. José Luis Díaz Rossello

Depto. de Neonatología

Centro Latinoamericano de Perinatología

Prof. Agdo. Dr. Octavio Failache

Depto. de Neonatología

Dra. Coralito López

Depto. de Neonatología

Prof. Adj. Dr. Daniel Borbonet

Depto. de Neonatología

Bibliografía

- Normas de Atención Materno - Infantil. Sección Perinatal. 1999.

- Manejo Perinatal del Bajo Peso Extremo. BibioMédica.

Montevideo, 15 de noviembre de 2002.

PROGRAMA
OFICIAL

ROL DE ENFERMERÍA EN EL OPERATIVO DE DONACIÓN DE ÓRGANOS

*Lic. Mariela Cabaleiro
 Lic. Carlos Pereira
 Lic. Silvia Techera
 Lic. Inés Techeira
 Lic. Dilbar Dos Santos*

En la presente mesa se desarrollará el rol de enfermería en todas las etapas que comprende el proceso de donación de órganos, desde el momento en que se diagnostica la muerte encefálica, hasta la re inserción del individuo trasplantado nuevamente en la sociedad..

Para ello dividimos el proceso en cuatro etapas:
 Diagnóstico de muerte cerebral y mantenimiento de órganos.
 Extracción en block quirúrgico y trasplante
 Atención del paciente trasplantado
 Seguimiento del paciente post alta institucional.

ROL DE ENFERMERÍA EN EL OPERATIVO DE DONACIÓN

EL PILAR FUNDAMENTAL PARA DESARROLLAR CON ÉXITO UN PROGRAMA DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS, ES LA EXISTENCIA PARALELA DE UN SISTEMA EFECTIVO DE GENERACIÓN Y MANTENIMIENTO DE DONANTES. ENFERMERÍA ES UNA PARTE IMPORTANTE DE ESTE SISTEMA.

LA IMPORTANCIA DE NUESTRA TAREA

Porque atendemos las necesidades de muchas personas que esperan un órgano para salvar o mejorar su calidad de vida, porque intentamos que accedan al trasplante muchos enfermos que tienen esta opción como la única terapéutica posible. Además porque con la experiencia del equipo y con la capacitación que vamos adquiriendo en los diferentes eventos aumentamos las posibilidades de éxito del operativo. En esta Mesa desarrollaremos los aspectos más relevantes del Rol de Enfermería una vez que el paciente crítico llega a la Emergencia y hay sospecha de un pronóstico inexorable de evolución del paciente hacia una MUERTE CEREBRAL. Describiremos aquí a modo de resumen, nuestra intervención en la realización del diagnóstico, en el mantenimiento del donante y durante el traslado a block quirúrgico.

- El criterio para determinar el DIAGNÓSTICO DE MUERTE ENCEFÁLICA es CLÍNICO, en la gran mayoría de los casos, no siendo necesario realizar otros exámenes complementarios y se basará en los siguientes criterios .

COMA ARREACTIVO
 AUSENCIA DE REFLEJOS DEL TRONCO CEREBRAL
 APNEA

La confirmación del diagnostico es de competencia y responsabilidad medica. Enfermería participa instrumentando y proporcionando el material necesario en la búsqueda de los reflejos y en el test de apnea.

PRUEBAS AUXILIARES Estas no son necesarias si el diagnostico se completó por el método clínico y si deben ser utilizadas cuando :

Hay dudas o alguna imposibilidad para realizar el mismo

En presencia de fármacos depresores
 Acortar estadía, evitar deterioro y pérdida del donante
 Cuando hay lesiones infratentoriales.

Las pruebas auxiliares evalúan la presencia de flujo sanguíneo cerebral y la función neuronal

**PROGRAMA
 OFICIAL**

Es necesario antes de realizarlas, corregir las alteraciones extremas de HIPOTERMIA, NATREMIA, GLICEMIA, ACIDOSIS o ALCALOSIS METABÓLICA, si hubieran.
UNA VEZ QUE EL DIAGNOSTICO ESTÁ CONFIRMADO
 Dar aviso al banco. No hablar aún con la familia, es conveniente realizar una entrevista coordinada y en conjunto con el equipo de Psicólogos.

PARACLÍNICA REQUERIDA

Es necesario realizar algunos exámenes de sangre para valorar el estado de los diferentes órganos y tejidos, para asegurarnos que una vez implantados en los receptores estos podrán cumplir su función, también se valorará, compatibilidad y se procederá a la detección de enfermedades transmisibles como ser: HIV, VDRL, Chagas, Toxoplasmosis, Hepatitis B y C.

También se requieren otros estudios como ser: Rx de tórax, Electro cardiograma, Eco cardiograma

Luego de realizados los exámenes y seguros de encontrarnos ante un donante viable se desencadena el operativo.

Hay que dar aviso a la familia y a los equipos de trasplante, estos consultaran las listas de espera, valorarán y resolverán quién será el potencial receptor.

MANTENIMIENTO DEL DONANTE

Con este paciente a pesar de considerarlo ya Fallecido, se deben mantener todos los cuidados brindados al paciente crítico, con monitoreo de parámetros y administración de tratamientos.

Debido a la demanda de trabajo en este periodo, de ser posible asignar una enfermera exclusiva o con la responsabilidad de atención a otro paciente de baja complejidad. Su accionar esta vinculado en esta etapa a:

Vigilancia de constantes vitales

Debe realizar Paraclínica

Deberá cumplir con el tratamiento indicado, y los ajustes del mismo de acuerdo a los resultados y controles. Atención a la familia del donante, facilitando la entrada a la unidad y el contacto.

RIESGOS

Los momentos más críticos en esta etapa se dan en el momento de enclavamiento encefálico, durante el cual son frecuentes las alteraciones graves del ritmo cardíaco y hemodinámica. Se pueden presentar asistolia, hipotensión o ambas.

Los principales problemas clínicos durante el mantenimiento son la falla hemodinámica, la hipotermia, la poliuria, los trastornos electrolíticos y metabólicos. Enfermería realiza acciones sobre cada uno de ellos a través del control de:

Presión Venosa Central, diuresis, y presión arterial.

Mediante la administración y control, según indicación de drogas vasoactivas (dopadobu- adrenalina - noradrenalina - etc.) y a través de la reposición de volúmenes y electrolitos

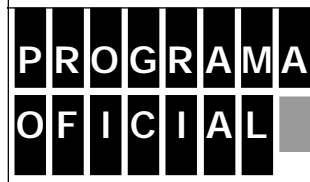
Se realizaran Gasometrías e ionogramas seriados.

Si la Poliuria ya está establecida se requerirá, goteo o inhalación de Desmopresina

EVITAR HIPOTERMIA aplicar medidas físicas tales como: abrigar al donante, calentamiento de infusiones, subir temperatura del humidificador del ventilador, lámparas etc.

Se debe realizar control de temperatura de ser posible por medio de monitor.

PROTECCION OCULAR - Recordar proteger corneas con gotas oftálmicas, o cubrir con gasas embebidas con suero fisiológico.



Traslado al Block - ALGUNAS CONSIDERACIONES

Entendemos por traslado intra hospitalario al desplazamiento del DONANTE dentro de la planta física de una Institución Sanitaria

El traslado debe ser considerado una extensión de la cama de terapia intensiva en cuanto a infraestructura y recursos humanos, brindando el mismo nivel de monitorización, soporte vital y capacidad de intervención y resolución ante situaciones imprevistas. Debe contar con personal médico y de enfermería entrenado y con experiencia en el manejo de paciente crítico, capacitado para resolver situaciones imprevistas, aunque estas se deben minimizar.

PACIENTE DENANTE EN BLOCK QUIRÚRGICO ROL DE ENFERMERÍA

El paciente donante en B.Q. desencadena diferentes sentimientos provocando importante impacto emocional según trabajo realizado en el año 2001. Es por este motivo que creemos necesario recalcar nuevamente la definición de Muerte encefálica (M E)

La definiremos como la consecuencia de una injuria IRREVERSIBLE del SNC.

El objetivo de enfermería en B.Q. será el de colaborar en la extracción de órganos.

ETAPAS DE COORDINACIÓN EN BQ

- 1) Coordinación pre- extracción
- 2) Coordinación en BQ
- 3) Coordinación post-extracción

- 1) -Cuando se tenga conocimiento de un paciente con muerte encefálica comunicar al BQ de una probable donación de órganos.

-Si se confirma coordinar hora

-Conocer órganos y tejidos a extraer

-Tener conocimiento de integrantes de equipos quirúrgicos a ingresar

-Saber tiempo aprox. De ocupación de BQ (donación multiorgánica)

-Preparación de material quirúrgico, diferentes cajas, según el o los órganos a extraer

-Preparación de drogas

- Material especial que pueda utilizarse

-Comunicación constante con el coordinador.

PROGRAMA
OFICIAL

MATERIALES

2 mesas de instrumentación

1mesa para preparación de órganos

Campos estériles

Material blanco

Suturas

Aspiración

Colchón térmico

ANESTESIA

Objetivo: Mantener hemodinamia estable para evitar sufrimiento de órganos

MONITORIZACIÓN

- ECG.
- SATURACIÓN
- PA
- DIURESIS-
- MANTENIMIENTO DE TEMPERATURA (Acción específica en corazón)

PREPARACIÓN DE DROGAS INDICADAS

Verificar que la sutura final esté lo mas estética posible
 Realizar curación igualmente prolija
 Realizar retiro de prótesis (drenajes, vías de acceso venoso, set, etc.
 Higiene del cuerpo
 Realizar trámites administrativos
 Bajar cuerpo a la morgue

El equipo quirúrgico experimenta una sensación de tristeza y pérdida. A pesar de que el paciente haya sufrido técnicamente muerte encefálica antes de su llegada al block, transmite la impresión de estar con vida bajo los efectos de una anestesia general.
 Debemos pensar que los objetivos del trasplante incluyen cambios de aspecto restauración de la función y/o la mejora de la calidad de vida.
DEL BUEN MANEJO DEPENDERÁ LA VIDA DE OTRAS PERSONAS.

Trasplante Cardíaco

Todo paciente trasplantado es un desafío para lo cual debe contarse con un personal humanizado y con la capacitación suficiente para brindar una asistencia oportuna, detectando precozmente cualquier alteración que significara una complicación en la evolución del mismo. Debe contarse además con los recursos materiales y terapéuticos adecuados. .

El equipo multidisciplinario actúa en forma integrada formado por médicos, enfermería, psicólogos, siquiátras, fisiatra.

La familia y el paciente mantienen una comunicación fluida con todo el equipo

La integración de la familia es importante y por lo tanto se trata de que precozmente estén al lado del paciente trasplantado, para que puedan adaptarse a la nueva vida

El objetivo principal es lograr que el trasplantado tenga calidad de vida y digo solo calidad sin adjetivos , considerando que la calidad es tal en sí misma no puede ser parcial , .

Se considerarán

- a) Coordinación
- b) Preparación del área para recepción en el post operatorio inmediato
- c) Aplicación de protocolo
- d) Recepción
- e) Monitorización continua de los diferentes parámetros
- f) Ventilación y cuidados respiratorios
- g) Medicación administración y cuidados
- h) Aislamiento
- i) Inmunosupresión
- j) Paraclínica según protocolo
- k) Parámetros de alerta (hemodinámicos , ventilatorios, diuresis, temperatura
- l) Complicaciones infecciosas, rechazo, digestivas y neurológicas.
- m) Preparación para el alta

(leve reseña del seguimiento domiciliario)

EN SUMA

Enfermería tiene un rol muy importante dentro del operativo de trasplante, en el diagnóstico, en la procuración, en el mantenimiento, durante el traslado, en el block y luego en el seguimiento del trasplantado. También es fundamental en la difusión de los objetivos y las necesidades, es por eso de debemos estar bien informados, y esta será una instancia importante para ello. Este es un resumen de las primeras etapas , que se desarrollarán al igual que las restantes mencionadas en nuestra mesa, durante el evento. Si se generan dudas o se requiere mayor información, se puede solicitar en el BNOT, donde se brindará bibliografía y apoyo.

**PROGRAMA
OFICIAL**

COLESTASIS NEONATAL EL DESAFIO PERMANENTE. DIALOGO CON EXPERTOS.

Coordina: Prof. Agda. Dra. Virginia Méndez

Integrantes: Dras. Mirtha Ciocca (Argentina) - Themis Da Silveira (Brasil)

- ▶ El problema de la referencia tardía de los niños con colestasis al tercer nivel de atención.
- ▶ Causas de colestasis neonatal en la experiencia de los expertos en los centros donde trabajan.
- ▶ Novedades en cuanto a enfermedades metabólicas y otras, que son causa de colestasis y tienen tratamientos que cambian radicalmente el pronóstico.
- ▶ El mejor método diagnóstico para identificar atresia de vía biliar y papel de la colangiografía magnética, colangiografía endoscópica retrograda, ultrasonografía. Significado de la imagen anatomo patológica "hepatitis neonatal"
- ▶ Tratamiento de la colestasis crónica (prurito, falla de crecimiento, osteoporosis, hipercolesterolemia) Indicaciones del uso de ácido ursodeoxicólico y otros coleréticos. Experiencia con otras drogas para tratamiento del prurito.
- ▶ Novedades en el tratamiento quirúrgico de la atresia de la vía biliar
- ▶ Diagnóstico y tratamiento de las colangitis ascendentes en los niños con atresia de la vía biliar en los que se ha hecho portoenterostomía (Kasai)
- ▶ Programas de identificación precoz de los niños con colestasis neonatal. Costo-beneficio y aplicabilidad. Direcciones futuras.

BIBLIOGRAFÍA

Whittington PF Neonatal Cholestasis. 36 th Annual Postgraduate Course Miami Children Hospital. 26/I-2/II 2001, Miami, pag 65-72

Suchy FJ, Burdelski M, Tomar BS, Sokol RJ: Cholestatic Liver Disease Report of the Working Groups of the First World Congress of Pediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition J. Pediatr Gastroenterol Nutr, 35, Suppl 2, 2002

Mieli Vergani G. Colestasis neonatal. Enfermedades metabólicas y familiares En: Simposio Internacional de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica 10-11 mayo 2002, Montevideo pag 19-22

**PROGRAMA
OFICIAL**

TALLER: DIABETES EN EL NIÑO Y ADOLESCENTE

15/5/2003 Hora 08.00-12.15

*COORDINADORAS: Dra. Patricia Falero y Dra. Alejandra Protasio
(Asistentes de Clínica Pediátrica)*

INVITADA: Dra. Olga Ramos.

Jefa de Unidad Nutrición y Diabetes, Hospital General de niños P. De Elizalde, Bs. As.

OBJETIVO GENERAL: Actualizar los conocimientos del pediatra y de otros médicos que trabajan en el primer nivel de atención en el manejo integral del niño y adolescente con diabetes.

La diabetes es una enfermedad crónica cuya incidencia va en aumento y con importantes repercusiones sobre el paciente y su familia.

Su forma de presentación es variable, siendo la cetoacidosis la forma de debut a la que el pediatra se enfrenta más frecuentemente. Éste debe adquirir los conocimientos para diagnosticar más precozmente la enfermedad y prevenir sus complicaciones.

Al terminar el taller el participante será capaz de:

- Diagnosticar en forma precoz y tratar oportunamente la diabetes infantil.
- Realizar el control ambulatorio del niño con diabetes y prevenir complicaciones.

METODOLOGIA EDUCATIVA

Los inscriptos al taller recibirán 3 semanas antes, la bibliografía y materiales para el mismo, así como preguntas de evaluación.

Se trabajará con metodología de taller durante 4 Horas. Los coordinadores de los grupos serán: Dra. Laura Pardo, Dra. Patricia Falero, Dra. Alejandra Protasio, Dr. Gabriel Peluffo y Dr. Juan Rampa.

En el panel de discusión participarán: Profesora Directora de Clínica Pediátrica B, Dra. Alicia Montano, Profesora de la Cátedra de Endocrinología, Dra. Belzarena, Jefe de Servicio de Endocrinología y Diabetes Infantil del C.H.P.R., Dra. Carmen Pisciotano, Pediatra Prof. Agregada Dra. Mabel González, Diabetóloga de niños. Dra. Amalia Muñoz.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Nicolino M, Chatelain P. Diabetes Mellitus infantil: clasificación, diagnóstico, epidemiología y etiología en Tratado de Endocrinología Pediátrica Pombo, Mc Graw Hill – Interamericana 2002, 3ra edición; 64: 1122 – 1129.

Lopez MJ, Oyarzabal M, Rodríguez Rigual M. Tratamiento de la diabetes mellitus en la infancia y la adolescencia en Tratado de Endocrinología Pediátrica Pombo, Mc Graw Hill – Interamericana 2002, 3ra edición ; 65 : 1131 – 1147.

Fernández García JM, Molina JA. Complicaciones crónicas de la diabetes mellitus en Tratado de Endocrinología Pediátrica Pombo , Mc Garw Hill – Interamericana 2002, 3ra edición ; 66 : 1150–1161.

Carrillo A, Escobar O, Lifshitz F. Nutrición y diabetes en Tratado de Endocrinología Pediátrica Pombo , Mc Graw Hill – Interamericana 2002 , 3ra edición ; 67 : 1164 – 1174.

Oyarzabal M, Rodríguez Rigual M , López MJ. Educación diabetológica en Tratado de Endocrinología Pediátrica Pombo, Mc Graw Hill – Interamericana 2002 , 3ra edición ; 69 : 1186 – 1195.

Consenso sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus en el Niño y el Adolescente. ALAD. Editor Olga Ramos, Punta del Este , Uruguay. 1998.

ISPAD Consensus Guidelines for the Management of Type 1 Diabetes Mellitus in Children and Adolescents. Consensus Guidelines 2000.

Sperling MA, Diabetes Mellitus in children. Nelson Textbook of Pediatrics, W.B. Saunders Company 16th edition, 599: 1767-1791.

Rampa J.C.; Rufo R.; Sehabiague G. Descompensaciones Diabéticas. Pediatría Urgencias y Emergencias. O. Bello, G. Sehabiague, J. Prego, D. De Leonardis. Bibliomédica. 24ª edición.; 29: 439-452

FEVER WITHOUT A FOCUS-BACTEREMIA

*Sheldon L. Kaplan, MD
Baylor College of Medicine
Texas Children's Hospital
Houston, TX*

Fever without a focus in the young child is a well described entity that is primarily related to the otherwise normal child 3 to 36 months of age with a fever $\geq 102^{\circ}$ F but without an identifiable source by history or physical examination. In this setting 1 to 5% will have bacteremia; if a white blood cell count is $\geq 15,000/\text{mm}^3$, the likelihood of bacteremia increases to 5 to 10%. *S. pneumoniae* account for ~ 80% of the isolates; *Salmonella spp*, *N. meningitidis*, and *S. aureus* make up most of the remainder. One approach to such infants and children with fever without a source is to obtain a blood culture, urinalysis and urine culture and administer one dose of ceftriaxone IM. The patient is then followed carefully and recalled if the blood is positive or the child's illness progresses. How these children should be managed since the introduction of the pneumococcal conjugate vaccine is not yet clear. If a management strategy includes no cultures or no treatment in those children who have received ≥ 3 doses of the PCV7, documentation of PCV7 administration must be certain.

PROGRAMA
OFICIAL

TALLER: FALLA DE CRECIMIENTO. TALLA BAJA

15/5/2003. Hora 14.15-18.15

COORDINADORAS:

Dra: Mónica Rodríguez (Ex Asistente de Clínica Pediátrica)
Dra. Rosa Lang (Ex Prof. Adj. De la Clínica de Endocrinología y Metabolismo)

INVITADOS:

Prof. Dr. Miguel Martell (Prof. de Neonatología)

OBJETIVO GENERAL: Lograr que el pediatra y otros médicos que trabajan en el primer nivel de atención puedan diagnosticar falla de crecimiento y diferenciar entre las causas orgánicas y no orgánicas de la misma.

La falla de crecimiento puede estar expresada por un bajo peso, una baja talla o un retraso del crecimiento. El retraso del crecimiento es un concepto dinámico ya que expresa una disminución en la velocidad de crecimiento en peso, en talla o en ambos. Es fundamental valorar siempre la velocidad de crecimiento ya que un niño puede tener peso y talla por encima de -2DS pero con una desaceleración de los mismos. El puntaje Z es un equivalente de los DS que al ser expresado en decimales permite una valoración más exacta en el seguimiento evolutivo del crecimiento.

Al terminar el taller el participante será capaz de:

- Familiarizarse con el correcto uso de tablas y curvas para la evaluación del crecimiento del niño ("Tablas y curvas para la evolución del crecimiento en los dos primeros años de vida", de Martell y colaboradores; tablas y curvas para la evaluación del crecimiento de la NCHS; gráficos de velocidad de crecimiento de Tanner).
- Conocer y aplicar el puntaje Z.
- Destacar la importancia de la velocidad del crecimiento y la relación peso/talla y cálculo de la talla diana (métodos) en el diagnóstico etiológico de la talla baja.
- Diferenciar entre recanalización genética y desaceleración del crecimiento de causa patológica.
- Diferenciar las tallas bajas que corresponden a variantes normales de crecimiento y aquéllas que corresponden a tallas bajas patológicas.
- Conocer los algoritmos de estudio del paciente menor y mayor de dos años con falla de crecimiento.

METODOLOGIA EDUCATIVA

Los inscriptos al taller recibirán, 3 semanas antes, la bibliografía y materiales para el mismo. Se trabajará con metodología de taller durante 4 horas. Los coordinadores de los grupos serán Dras Mónica Rodríguez, Rosa Lang, Virginia Parodi y Dr. Pablo Bolioli.

En el panel de discusión participarán: Prof.Dr. M.Martell, Prof. Adj. del Dto.de Nutrición Básica de la Escuela de Nutrición J. Lucas, Ex. Asistente de Clínica Pediátrica y Psiquiátrica Dra.N. Rebuffo y Prof.Agda.de Clínica Pediátrica Dra. V.Méndez

Bibliografía.

- 1- Lejarraga H. Armellini P. Problemas de crecimiento en el primer año de vida. Prolap.Bs.As. Argentina, 1993; pag 87 - 124.
- 2- Cuminsky M. Moreno E. Suarez OjedaE.. Crecimiento y desarrollo. Hechos y tendencias. Publicación científica N° 510. OPS/OMS 1988.
- 3- Zenel. Retraso del crecimiento:una perspectiva para el clínico pediatra. Pediatrics in review, vol 19 N°2. abril, 1998.
- 4- Vogiatzi y Copland. El niño de talla baja. Pediatrics in review. Vol 19, N° 4, junio 1998.
- 5- Mahoney P. Valoración del niño de estatura corta. Clínica pediátrica de Norteamérica. Vol 4, 1987. Pag.885 - 911
- 6- Martell M Gaviria J. Belitzky R. Nueva forma de evaluación del crecimiento postnatal hasta los 2 años de vida. Archivos Dominicanos de Pediatría. Vol 15, N° 2. Mayo - Agosto 1979.
- 7- Lucas J. Y Col. Evaluación Antropométrica del Niño. Escuela de Nutrición y Dietética. Departamento de Nutrición Básica. Oficina del libro. AEM. Setiembre 2000. Página 31.
- 8- Tablas NCHS en desvíos. Medición del cambio de Estado Nutricional.OMS. Ginebra, 1979

PROGRAMA
OFICIAL

NIÑOS Y NIÑAS EN SITUACIÓN DE CALLE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES, ROSTROS DE LA POBREZA EN EL URUGUAY

Gurises Unidos

Acercarnos a la realidad que viven los niños, niñas y adolescentes en situación de calle en nuestro país, nos exige inicialmente comprender el marco de pobreza y vulnerabilidad en la cual se encuentran; así también como poder analizar los quiebres que se vienen produciendo en el tejido social, y de que manera los mismos están incidiendo en los niños / as y en la capacidad del país para poder dar una respuesta integral, universal y equitativa para asegurar las plenas garantías de cada uno de sus derechos emanados de la Convención sobre los derechos del niño, ratificada por nuestro país en 1990.

Desde un marco general se puede afirmar que el 16% de los hogares uruguayos que se encuentran por debajo de la línea de pobreza albergan prácticamente al 50% de todos los niños, niñas y adolescentes del país.

Se deduce fácilmente que la reproducción biológica del Uruguay se da a expensas de los sectores de pobreza, dato de gran trascendencia a tener en cuenta al momento de decidir políticas de infancia en nuestro país.

El número de hijos se incrementa a medida que empeora el nivel de satisfacción de NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas) Al mismo tiempo se visualiza cómo las mujeres pertenecientes a hogares con tres o más NBI maximizan su fecundidad a los 19 años, siendo 29 años para aquellas que presentan NBS.

En relación a los niveles de inequidad existentes, a modo de ejemplo podemos destacar:

- ▶ la tasa de mortalidad infantil ha venido descendiendo en forma significativa, llegando a valores de hasta 14 por mil a nivel nacional, pero mientras que a nivel de la región costa este de Montevideo se sitúa en 4 por mil, en la extensa región periférica oscila entre 34 y 40 por mil.
- ▶ La desigualdad en la adquisición de destrezas y saberes entre niños y niñas pertenecientes a escuelas del sector público o privado y de diferente distribución geográfica, constituye una manifestación más de la reproducción de la inequidad

La ausencia de respuestas a las necesidades y expectativas de miles de niños / as de nuestro país, las fuertes tensiones a que son sometidas las familias pertenecientes a sectores de pobreza, las grandes dificultades que éstas presentan para poder dar respuestas a los roles sociales asignados, así como la construcción de las grandes urbes, son entre otras variables quienes crean el terreno adecuado para que aparezca como emergente la realidad de los niños, niñas y adolescentes en situación de calle.

Estos niños y niñas deambulan por las calles, van y vienen de sus barrios de origen buscando, entre otras cosas y de distintas formas, recursos para apoyar a sus familias. La relación del niño con la calle no se instaura de un modo abrupto, sino por el contrario constituye un proceso paulatino, denominado como "callejización". Esta situación conlleva implícitamente un debilitamiento de los lazos familiares, que promueve el comienzo de un desprendimiento del niño hacia la calle. Aquí, en el nuevo escenario, comenzará el establecimiento de relaciones y prácticas que lo integran progresivamente a esta nueva situación. Este acercamiento al mundo de la calle los expone a su vez, a un alejamiento progresivo de los centros de formación y capacitación siendo frecuente la deserción y el rezago escolar.

La relación del niño con la calle no sólo significa un reporte económico, sino que también él / ella desarrolla su aprendizaje, su estrategia de supervivencia.

PROGRAMA
OFICIAL

El niño convierte a la calle en su espacio de recreación, de interacción con otros, que brinda referencia, afecto y conocimiento, a pesar de que simultáneamente la calle, como escenario, presenta un accionar dinámico y heterogéneo, donde la violencia es parte de la vida cotidiana. Viven el maltrato social, incluso a veces institucionalizado, en sus diferentes manifestaciones, situaciones de rechazo e incluso agresión por el mundo adulto, situaciones de explotación así como de temor y desvalorización.

Podemos expresar que en el diario vivir en la calle, se compromete a toda la personalidad del niño, dificultando su maduración en relación de equilibrio con su entorno y por ende se transforma en un serio obstáculo para su desarrollo integral.

Es en este acercamiento prematuro al trabajo y en esta estrecha vinculación con el "mundo de la calle", que el niño se va alejando paulatinamente de los servicios y recursos básicos existentes para la infancia (escuela, servicios de salud, vivienda, entre otros.)

De esta situación se entiende la comprensión sobre el alejamiento y la desvinculación que viven que no les da las oportunidades necesarias para adquirir los elementos básicos que los apoye en una armónica y respetuosa inclusión social.

Los factores de riesgo visualizados de la permanencia del niño y la niña en la calle son:

- ▶ Lazos familiares deteriorados por parte de su familia o núcleo de referencia.
- ▶ Baja autoestima generada a partir de una imagen negativa producto de una devolución social desvalorizada.
- ▶ Utilización y explotación por parte de los adultos (maltrato, prostitución y trabajo infantil, consumo de inhalantes.
- ▶ Espacio físico-social (la calle) que da respuestas parciales en la búsqueda de soluciones a demandas afectivas - económicas.
- ▶ Actitud inmediatista.
- ▶ Soledad, desprotección frente a situaciones de violencia diversas.
- ▶ Horarios prolongados de permanencia en la calle.
- ▶ Trabajo infantil, desprotección laboral y explotación.
- ▶ Alejamiento de los servicios de protección y atención a la infancia.
- ▶ Maltrato físico y psicológico.

**PROGRAMA
 OFICIAL**

Cuando uno hace una compilación de todas las publicaciones realizadas en torno al tema infancia existente en nuestro país, que son muchas y provenientes de distintas áreas y fuentes de información, llama mucho la atención y cuesta comprender como puede ser: que un país, en donde ya desde 1990, a partir de técnicos calificados en el tema y con amplia difusión de los resultados, vienen alertando de la situación de vulnerabilidad que viven los niños y niñas, que ya sea por lo explicitado a través de encuestas de opinión, o por lo difundido en los medios de prensa, la problemática de la niñez forma parte de los temas de gran sensibilidad para la opinión pública, que siendo hoy día, uno de los temas que por lejos es el primero en congregarse la participación voluntaria y desinteresada del ciudadano común uruguayo

A pesar de ello, aún no se cuenta con una política social nacional integral para la infancia y adolescencia, que oriente, complemente y atienda adecuadamente el tema, así como con la adecuación jurídica correspondiente a la Convención sobre los Derechos del Niño.

Es pertinente y necesario aclarar que sí existen iniciativas provenientes de diferentes instituciones públicas y privadas que cubren áreas temáticas y geográficas en forma francamente adecuada y exitosa, así como nuevos proyectos que buscan revertir la situación tal cual hoy se presenta. No queda claro, aún que se pueda revertir la problemática desde una visión país, que actúe claramente sobre las raíces del problema y vaya sentando las bases para la construcción de una democracia que respeta y garantiza el pleno goce de todos los derechos para todos los niños, niñas y adolescentes del Uruguay.

Acciones que se realizan

Centro Abierto

En los 14 años de funcionamiento de Centro Abierto, la flexibilidad ha caracterizado la dinámica institucional, acordando que las estrategias deben cambiar y adecuarse a las realidades, pero los principios y valores que las sustentan son innegociables.

A nivel interno, las estrategias actuales se refieren a:

1. la generación e implementación de oportunidades educativas
2. la apuesta al trabajo como camino de dignidad
3. la integración social como derecho de todos los ciudadanos de este país

Las estrategias mencionadas se sustentan en una práctica afectiva, apostando al potencial transformador de los vínculos afectivos honestos.

1 - Educación

Conceptualmente se inspira en las declaraciones de UNESCO, organismo que en el "Marco de Acción de Dakar" (2000) en su punto No.3 propone:

"Todos los niños, jóvenes y adultos, en su condición de seres humanos tienen derecho a beneficiarse de una educación que satisfaga sus necesidades básicas de aprendizaje en la acepción más noble y más plena del término, una educación que comprenda aprender a asimilar conocimientos, a hacer, a vivir con los demás, y a ser. Una educación orientada a explotar los talentos y capacidades de cada persona y desarrollar la personalidad del educando, con objeto de que mejore su vida y transforme la sociedad."

2- Trabajo

La situación de calle de los niños/adolescentes de Rivera -común a otras realidades- surge principalmente como estrategia de generación de ingresos o recursos para sí y para su familia. Desde este punto de vista, hemos considerado que es una práctica laboral que involucra otras dimensiones.

Así es que esta estrategia intenta no desconocer las urgencias sino por el contrario buscar alternativas presentes y futuras más dignas y adecuadas a la etapa de sus vidas.

Recordamos entonces el artículo 32 de la Convención sobre Derechos del Niño que dice:

"Los Estados reconocen el derecho del niño a estar protegido contra la explotación económica y contra el desempeño de cualquier trabajo que pueda ser peligroso o entorpecer su educación, o que sea nocivo para su salud o para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral, social."

3- Integración Social

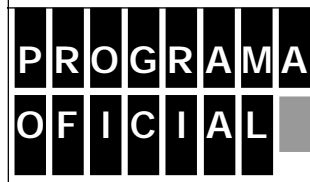
La utopía integradora a través de la superación progresiva de la exclusión social ha sido un pilar estratégico en Centro Abierto.

En este sentido, en los últimos años se ha incorporado una línea de acción preventiva a través de la implementación de actividades en las escuelas llamadas de contexto crítico, de los barrios de donde provienen los niños que permanecen en el centro de la ciudad. El acercamiento al centro educativo para fortalecer vínculos se propone evitar la deserción y la segregación de los más pobres.

Esta estrategia además apuesta a la formación o profundización del sentido de ciudadanía tan trabajado en nuestra frontera por los vecinos brasileños, entendiéndola como el conjunto de derechos y responsabilidades individuales y colectivos que tenemos las personas que habitamos en el mismo territorio. Para nosotros, el territorio se constituye en un espacio físico transfronterizo ya que las situaciones trascienden los límites políticos

A nivel macro acordamos con los técnicos que plantean la necesidad de generar una estructura de oportunidades que efectivamente genere las condiciones de superación de la pobreza y la exclusión social.

Institucionalmente se hace necesario -cada vez más- buscar incidir en las tres dimensiones involucradas: el Estado, el Mercado y la Sociedad Civil.



En relación al Estado, las políticas sociales asistencialistas limitan la adhesión a proyectos transformadores como el nuestro. No obstante, Centro Abierto intenta participar en los ámbitos colectivos que se convocan intentando generar propuestas promocionales, participativas, habilitantes de la población y evitar la concepción de acciones para la "población carente".

El convenio con INAME ha sido desafiante ya que se busca trabajar en forma articulada desde concepciones a veces coincidentes, otras veces discordantes.

En relación al Mercado, la estrategia motivadora hacia la responsabilidad social de las empresas aún es tenue. La gestión cotidiana es agobiante; igualmente se han implementado algunas acciones en este sentido.

En relación a la Sociedad Civil, la convocatoria al compromiso compartido ha sido un pilar histórico en Centro Abierto. En momentos críticos de defensa de la ciudadanía de los niños se ha logrado la participación activa de varios sectores. Sin embargo, se ha evaluado que debe ser una estrategia continua, que no permite distracción en una sociedad "bombardeada" de mensajes frívolos. Esta dimensión es relevante ya que somos los ciudadanos del país los que definitivamente estamos dispuestos o no a favorecer la integración social a través de la aceptación cotidiana de lo diverso, el sentido de justicia en nuestros vínculos, la asunción de la responsabilidad social de lo que vive "el otro".

En relación a las Organizaciones de la Sociedad Civil, la búsqueda de alianzas y el trabajo en redes en torno a proyectos e iniciativas comunes resultan imprescindibles en el marco de procesos de desarrollo local.

La vinculación y la acción conjunta con las Organizaciones de Infancia de Rivera y de Livramento (el Movimiento de meninas e meninos de rua, por ejemplo) resultan siempre de mayor impacto.

Los niños/niñas y adolescentes participantes de Centro Abierto presentan algunas características comunes -en general difíciles- que se potencian o se inhiben según las estructuras personales y sus historias de vida.

**PROGRAMA
 OFICIAL**

- ▲ Predominio importante del número de varones en las situaciones de calle. " Edades que oscilan entre 5 y 17 años de edad.
- ▲ Ausencia o insuficiencia de cobertura de sus necesidades básicas (materiales y afectivas)
- ▲ Frecuente desarrollo de actitudes reactivas agresivas, con poco espacio para lo proactivo reducida capacidad de propuesta o de proyección).
- ▲ Identidad y autoestima frágiles que se constituyen con escasas vivencias gratificantes.
- ▲ Ausencia de límites precisos y permanentes
- ▲ Fuertes lazos de solidaridad y protección entre pares. " Pocos vínculos positivos, con escasa presencia de adultos significativos.
- ▲ Inestabilidad en los vínculos con los adultos, oscilando entre fuertes expresiones de afecto a la hostilidad.
- ▲ Referencias familiares presentes en todos los casos.
- ▲ Conflictividad que se establece al asumir algunas responsabilidades adultas en una etapa de desarrollo infantil o adolescente.
- ▲ Proceso de callejización que modifica posturas o actitudes que le imprime la inmediatez y la competencia por la sobrevivencia.

Las familias de las cuales provienen los niños/niñas y adolescentes caracterizados anteriormente presentan también situaciones, condiciones y factores que delinear en su vulnerabilidad:

- ▲ Situación de pobreza crónica o reciente.
- ▲ Integración familiar numerosa
- ▲ Exclusión del sistema formal de empleo
- ▲ Estado permanente de inmediatez para sobrevivir
- ▲ Precariedad en sus condiciones de vida (vivienda, servicios básicos)
- ▲ Utilización dificultosa de los recursos institucionales y a la vez dependencia de ellos para la sobrevivencia
- ▲ Escasez de espacios para la convivencia (viviendas precarias y reducidas)
- ▲ Dificultades en el desempeño de los roles asignados en las familias.
- ▲ Estructura familiar basada en el desempeño materno.
- ▲ Modalidad de comunicación intrafamiliar agresiva, y en algunos casos violenta.

Intercalle

Transcurridos 8 años desde su fundación, Intercalle ha podido consolidarse como espacio y trascender su dimensión metropolitana, para intentar lograr un alcance nacional, manteniendo instancias periódicas de coordinación con proyectos en las ciudades de Salto, Paysandú, Rivera, Maldonado así como espacios de asesoramiento con emprendimientos en los departamentos de Cerro Largo, Rocha, Canelones, San José y Florida.

Desde su constitución al momento actual se han realizado diversas actividades, entre las que destacan:

Encuentros de Educadores a nivel de Montevideo, con integración de los programas oficiales INAME, en los que se ha compartido y reflexionado sobre diversos temas: las prácticas educativas de cada programa, el abordaje de la Familia y la Escuela en la Problemática de Niños en Situación de Calle, el rol de los Educadores Sociales de Calle

Encuentros Nacionales de Educadores

Debates y Mesas Redondas con la participación de especialistas en diversas temáticas (Psic. Jorge Ferrando, en el año 1995, Mesa Redonda: Violencia, Control Social y Situaciones de Calle con la participación de el Dr. Carlos Uriarte y el Lic. Pablo Martini- 1997, Taller de formación sobre la Convención Internacional de los Derechos del Niño, la legislación nacional y sus implicancias en el trabajo con situaciones de calle, con el asesoramiento de la Dra. Martha Herrera, 1998

Actividad recreativa conjunta con grupos de niños participantes en los distintos programas y en consonancia con el Seminario de Discusión del Anteproyecto del Código de niñez y Adolescencia que organizara UNICEF en 1997)

Participación con niños y adolescentes en Encuentro Internacional en Brasil (Santana do Livramento)

Gestiones de Presentación conjunta ante Juzgado de Menores y Comisaría de Menores Presentaciones conjuntas ante Medios de Prensa

Integración de la Comisión Interinstitucional del Niño en Situación de Calle, en conjunto con Consejo de Educación Primaria, INAME, Poder Judicial, Administración Nacional de Educación Pública (y sus tres consejos), Ministerio Público, Ministerio del Interior, Secretaría de Deporte Comunitario, Ministerio de Salud Pública.

Coordinaciones puntuales ante situaciones individuales concretas

Coordinación conjunta con distintas autoridades y operadores del INAME.

Constitución de un espacio de trabajo en el marco del Programa Infancia y Familia de Presidencia de la República

Integración de un espacio permanente de trabajo con División Convenios INAME



El punto de unidad de Intercalle, lo constituye un compromiso activo con la Defensa de los Derechos del Niño, enmarcándose cada uno de los programas en el Paradigma de la Protección Integral que vertebra la Convención Internacional de los Derechos del Niño, ratificada por nuestro país en el año 1991.

Este compromiso es acompañado por una tarea educativa profesionalizada, que equipos técnicos multidisciplinarios, implementan con grupos de niños y adolescentes en situación de calle y que aborda las diferentes dimensiones de la problemática, interviniendo en los distintos espacios de socialización del niño, tales como la Familia, la Escuela (y centros educativos) y por la situación particular: el escenario de la CALLE: ámbito en el que los niños despliegan diversas estrategias de sobrevivencia, vinculados a su propio sostén ó al de sus familias.

La mayor parte de estos programas se implementan a través de la modalidad de convenio con el INAME, recibiendo además, en algunas instituciones, apoyo de la Cooperación Internacional y aportes del sector privado.

Metodología de trabajo en el Uruguay

INAME

La realidad de la niñez en situaciones de calle, sujeta a determinaciones del contexto socio económico, político y cultural, se presenta como dinámica y cambiante en lo que se refiere a las modalidades y estrategias de sobre vivencia que los niños, niñas adolescentes y sus familias van adoptando.

Dicha realidad exige a las propuestas educativas que se plantean su abordaje, un alto nivel de profesionalización en el logro de respuestas adecuadas, así como la capacidad de visualizar que los procesos de exclusión social , no son reversibles desde la acción de un único actor.

En este sentido, se considera que el alejamiento progresivo de niños, adolescentes de sus referencias familiares, educativas y barriales denominadas "Proceso de callejización", implica necesariamente un alejamiento de las posibilidades de ejercicio de sus derechos. Este proceso, se encuentra determinado por factores que trascienden al niño y su familia, por lo cual, la acción desde los equipos deberá necesariamente estar dirigida a incidir sobre esos múltiples factores causales, representados por agentes institucionales, actores particulares y colectivos.

La metodología supone: Un que hacer en relación a sujetos que viven una determinada realidad social y la tarea se sustenta en los lineamientos de la Convención de los derechos del Niño, al reconocerlo como sujeto de derechos, portador de valores propios, que deben ser respetados . Desde esta perspectiva el derecho de identidad y de participación resultan pilares sustantivos de la tarea.

El reconocimiento de la calle como espacio de trabajo. Calle, arteria, pasaje, travesía, espacio físico que delimita y organiza la circulación. Calle que en los barrios albergó el juego infantil cotidiano de los niños, como espacio comunitario compartido, pasa a ser un escenario de encuentro, un lugar de conocimiento. La calle exige presencia, sistematicidad, flexibilidad y solidez para poder observar, pensar, actuar, integrar, estando permanentemente en contacto no solo con los niños sino también con su medio al que agrega un "plus" de variables y dinámicas que confluyen en el momento de la convocatoria. Establecimiento de una relación basada en el mutuo respeto que oficia de herramienta educativa.

Trabajo en equipo; la tarea enmarcada en el accionar de un equipo, tendrá por objetivo implementar acciones de prevención y asistencia, siendo concientes de que dentro del mapa de factores de riesgo en que se hallan los niños, existen diferentes niveles de deterioro, así como de factores de protección que imponen propuestas generales y también focales.

La construcción de una demanda que implica la aceptación por parte de las familias y de los niños de ciertos niveles de necesidad y de la posibilidad de revertirlos desde un

**PROGRAMA
 OFICIAL**

accionar que implica la autonomía, se torna como un punto clave, ya que muchas veces no media una demanda explícita para el acercamiento. Complementariamente el equipo deberá realizar abordajes comunitarios e institucionales a fin de abrir y habilitar espacios para la recepción y respuesta a dichas demandas, lo que en definitiva implica, abrir espacios para la inclusión social.

La existencia de un recurso no garantiza la utilización del mismo, máxime si los requerimientos para la utilización no están puestos al alcance de la gente.

Proyecto individual familiar. La concepción de un trabajo individualizado se nutre en que cada niño/familia posee una historia de vida que lo hace único e irreplicable. Esta forma de abordaje solo es viable desde la creación de un vínculo niño, familia educador. Desde un rol profesional se intenta generar un espacio que permita visualizar demandas e ir encontrando juntos las posibles respuestas.

El Abrojo

Las acciones que El Abrojo implementa dirigidas a niños en situación de calle, se inscriben en su Programa Infancia, Adolescencia y Juventud, que tiene como misión: "Optimizar las posibilidades de Integración y Circulación Social de niños, Jóvenes y Familias en situación de Exclusión y Vulnerabilidad Social a la vez que generar transformaciones significativas en las Políticas Públicas dirigidas al sector."

De este modo, El Abrojo desarrolla diversos programas orientados a esta problemática, ubicados algunos en el escenario de la calle, propiamente en las zonas comerciales de nuestra capital en las que los niños y adolescentes despliegan diversas estrategias de sobrevivencia y construcción de referencia.

Otras acciones están ubicados en los barrios y comunidades en las que estos mismos niños y familias viven y en la que transcurre gran parte de su cotidianeidad, en la que se cimantan los procesos de construcción identitaria y en donde están instalados los diversos recursos y servicios sociales, sanitarios, educativos, estatales y privados.

Para situar conceptualmente la intervención es necesario diferenciar la noción de barrio, de la de comunidad, ya que no las entendemos como sinónimos y esto tiene implicancias en la orientación de las intervenciones pedagógicas.

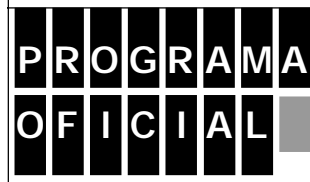
Sin entrar a un análisis exhaustivo del tema:

Por barrio nos referimos básicamente al territorio geográfico. Territorio que podrá contener dentro de sí, varias comunidades. El concepto de comunidad es entendido como unidad de sentido, las personas pertenecen a un grupo con el que comparten determinados patrones de actividad, generando pautas de socialización, potencializando el aprendizaje de formas de pensar y actuar en el mundo en que viven. Comparten lo que sociológicamente podemos llamar una misma "Sensibilidad" en tanto cosmovisión.

La comunidad entonces, entendida tanto como "contexto de desarrollo primario" en el que los niños pueden observar y asimilar patrones de actividad en uso, progresivamente más complejos bajo la guía de otras personas que poseen conocimiento y destrezas, cuanto como "contexto de desarrollo secundario", será fundamental para incorporar modelos y roles alterativos (tal el de la propuesta socio-educativa) que impliquen rupturas con el "curso natural" e introduzca nuevos elementos en los procesos de socialización de los sujetos.

La intervención socio-educativa con Niños en Situación de Calle en Comunidad, reconoce 4 dimensiones básicas de intervención, a saber: a) el trabajo socio-educativo directo con niños y adolescentes, b) el abordaje familiar, c) las redes socio-comunitarias y d) las redes interinstitucionales.

Con los niños se trata de potenciar la adquisición y desarrollo de habilidades y competencias sociales que le permitan una inclusión social integrada, a nivel de sus grupos de pares,



de las instituciones de referencia (fundamentalmente familia y escuela) y una activa participación como protagonista en su comunidad. Estos abordajes se realizan tanto a través de proyectos educativos individuales como en ámbitos grupales. Con las familias, se inicia un trabajo de empoderamiento y fortalecimiento de las capacidades de continentación afectiva y psico-social de sus niños. Si bien pueden existir situaciones conflictivas muy específicas, en general se apuesta a un proceso de acompañamiento de la familia en la asunción de sus responsabilidades de crianza, con recursos técnicos, materiales y/o económicos y en intensa articulación de recursos y servicios con diversas entidades.

A nivel de las redes socio-comunitarias, se apuesta a fortalecer los entramados locales, integrados por vecinos individuales, organizaciones de base y diversas expresiones organizadas ó no del ámbito local, de modo de potenciar recursos, saberes, y generar un entorno protector y amigable con los niños. Se trabaja en torno a la responsabilidad social y ciudadana y al hecho de que la temática en cuestión no es sólo para especialistas. Es decir, los vecinos tienen a su alcance elementos para hacer de su barrio un entorno más saludable para adultos y niños y en particular tornarlo menos expulsivo de los más jóvenes. Se realizan cursos de capacitación de agentes comunitarios y el acceso a los servicios sociales fundamentales /documentación, salud, educación y alimentación) ha sido un eje de trabajo.

Cada una de las dimensiones indicadas reconoce la formulación de objetivos de logro, indicadores y técnicas específicas para su implementación.

Los equipos de campo están integrados por profesionales universitarios ó de nivel terciario, con una composición interdisciplinaria, centrando su accionar en 3 pilares:

- a. una actitud activa de diálogo de culturas: partimos del reconocimiento de formaciones culturales diferenciadas y del respeto por la diversidad cultural. En este sentido, la acción educativa toma iniciativa por el intercambio de saberes, de sentirse, de sensibilidades diversas, para iniciar en conjunto un camino de transformaciones,
- b. el posicionamiento del técnico como aprendiz. Aprendiz de una cultura que les es ajena, de códigos comunicacionales, de experiencias de vida que no conoce y debe estar dispuesto a hacerlo para iniciar un proceso de trabajo conjunto y c. u n a postura de optimizar las posibilidades y recursos instalados en personas, familias y comunidades para generar los cambios. Por tanto la visión y los diagnósticos intentan resaltar en su análisis los componentes de posibilidad presentes en niños, adultos y grupos, ya que sin posibilidad no hay cambios.

Posada de Belén

Desde 1999, la Iglesia Anglicana del Uruguay, lleva adelante las acciones del refugio Nocturno Posada de Belén. El Centro atiende a niños y madres con niños en la misma situación de calle, durante el período horario de las 18 horas y las 08. O sea que la propuesta contempla la situación de calle en las noches.. Procuramos favorecer la construcción de un Proyecto personal que incluya, la reinserción educativa, la comunicación y la cooperación para el logro de aprendizajes, la búsqueda conjunta de alternativas a la situación de calle y la valorización del ámbito de la vida cotidiana y sus experiencias. Tanto las actividades dentro de la casa como las que se desarrollan en el propio ámbito en donde los niños desarrollan sus actividades previo al ingreso a la casa, apuntan al desarrollo de las habilidades de los niños, niñas y adolescentes, fortaleciendo su capacidad de superar las dificultades con el apoyo educativo y social de la propuesta.

Las actividades principales son: Talleres de plástica y manualidades, actividades lúdicas recreativas en espacios cerrados y al aire libre. Talleres grupales de sensibilización con

**PROGRAMA
 OFICIAL**

madres y familiares. Los adolescentes mayores de 15 años, además del apoyo en la casa, reciben orientación en programas educativos-laborales, trabajo en la adquisición de habilidades sociales y laborales, abriendo el camino para un "egreso sustentable" a través de una reinserción social que le permita continuar desarrollando su ciudadanía. El programa desarrolla una perspectiva metodológica de articulación en redes sociales como herramienta para fortalecer el esfuerzo que hacen las distintas organizaciones que atienden esta situación.

Como herramienta pedagógica se trabaja sobre la construcción del "proyecto personal" sobre el cual se acuerda con el adolescente o la madre los elementos necesarios a lograr en la relación educativa con el programa para superar la situación de emergencia y construir juntos la posibilidad de lograr un "egreso sustentable".

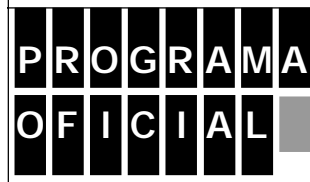
Como estrategia de intervención desde el momento de ingreso se trabaja el egreso y se explicitan los acuerdos necesarios para medir el logro de los mismos. Se trabaja el concepto de "transitoriedad", de la intervención del programa, transitoriedad que esta ligada estrictamente a la situación de la persona, a las condiciones en las que llega al programa y a los tiempos personales. La propuesta incluye un fuerte trabajo individualizado y de acompañamiento personal para superar en el menor tiempo posible las condiciones que hacen que la persona este en la calle.

Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua

Para trabalhar com crianças e adolescentes em situação de rua o MNMMR utiliza a seguinte metodologia:

1. Paquera - Fase em que ocorre o primeiro contato, é realizado previamente um levantamento dos locais e horários onde existe maior concentração de crianças e adolescentes na rua. Os educadores deslocam-se para estes locais (praças, logradouros, porta de mercados etc), em duplas, observam os meninos(as), anotam quantos são, que tempo permanecem na rua, o que fazem. Procuram estabelecer conversação com eles, uma vez aceitos por alguns, propõem outros encontros com jogos e brincadeiras, marcam dia e hora. Nesta fase tem início uma relação que deverá evoluir para formação de vínculos, baseados no respeito mútuo e na confiança, embora as crianças e os adolescentes ainda testem os educadores para saber se podem confiar neles.
2. Namoro - Neste estágio os educadores aprofundam o relacionamento com os meninos(as), agora além das brincadeiras são introduzidos temas de relevância como saúde, direitos e deveres, trabalho etc; os educadores são considerados amigos e eles lhes contam seus dramas, suas dúvidas e medos, conversam sobre a volta à família e à escola.
3. Aconchego - É a fase mais difícil, nesta etapa ou o menino (a) vence as barreiras ou retorna para a rua mais magoado e revoltado. Os vínculos entre educador e menino(a) estão formados, existe uma relação de confiança e uma expectativa de futuro, está na hora de ajudá-lo a construir seu projeto de vida. Partindo do Projeto do menino(a) o educador irá auxiliá-lo na concretização do mesmo, fazendo encaminhamentos, mostrando caminhos possíveis. O Educador pode convidar o(a) menino(a) para participar de uma entidade, no caso do MNMMR de um Núcleo de Base.

O QUE É NÚCLEO DE BASE? Espaço criado para provocar discussões, brincadeiras que promovem momentos criativos e coletivos importantes no processo da organização dos meninos e meninas - AONDE É PERMITIDO SER CRIANÇA, SER ADOLESCENTE é nele que meninos e meninas exercitam o processo de protagonismo.



COMO SE ORGANIZAM OS NÚCLEOS DE BASE ?

Local: O ESPAÇO FÍSICO NÃO É O MAIS IMPORTANTE. O IMPORTANTE É SE ENCONTRAR EM GRUPO. PODE SER UMA PRAÇA PÚBLICA UMA ESCOLA, UM SALÃO DE IGREJA, UMA LONA DE CIRCO, UM GALPÃO. PODE SER TAMBÉM DENTRO DE PROGRAMAS, INSTITUIÇÕES OU ESPAÇOS DE OFICINAS.

Organização: Composto por meninos, meninas e educadores que se reúnem uma ou duas vezes na semana, em dia e horário previamente acertado, para discussões de temas relevantes, jogos, brincadeiras, atividades educativas e culturais. Propõem atividades, fazem reivindicações, MARCAM SEU ESPAÇO DE REPRESENTAÇÃO E PARTICIPAÇÃO NO MNMMR.

COMISSÃO NACIONAL DE ANIMAÇÃO (CNA):

O QUE É ?

Peça fundamental na organização de meninos(as), por ser a voz dos mesmos, é uma comissão formada por 01 representante, menino(a) de cada estado, com reuniões periódicas. Os representantes têm uma gestão de 02 anos podendo haver reeleição.

QUEM COMPÕE A CNA ?

um menino ou menina de cada Estado, eleito em seus núcleos de base. A IDADE MÁXIMA PARA PARTICIPAR NA CNA É 16 ANOS.

PAPEL DA CNA

Promover intercâmbio entre os estados tanto na parte política como cultural.

Buscar sempre integração dos(as) meninos(as) dos núcleos de base.

Animar e fortalecer a organização de meninos(as).

Estar em articulação com os(as) meninos(as), educadores e coordenação e preparar em conjunto com estes os encontros nacionais de meninos e meninas.

ESCOLHA DOS REPRESENTANTES DA CNA

Os representantes são eleitos pelos meninos(as) nos estados.

EDUCADORES

A CNA é acompanhada por 1 educador(a) de cada região escolhido pelo conselho nacional a partir de indicações dos estados.

PROGRAMA
OFICIAL

Protagonismo:

O que significa a palavra protagonismo - vem do grego. Proto significa o primeiro, o principal; agon significa luta, a palavra agoniste significa lutador.

Protagonismo na Grécia significava O LUTADOR PRINCIPAL DE UM TORNEIO. Depois o teatro passou a chamar de protagonistas seus atores principais da trama.

OS MOVIMENTOS SOCIAIS fizeram surgir a expressão "atores sociais", que são aqueles que estão atuando na cena social. Estes assumem o papel principal num processo de transformação social.

AS AÇÕES DO MENINO E DA MENINA NÃO PODEM SER FRUTO DA MANIPULAÇÃO DO MUNDO ADULTO SOBRE ELE.

O menino e a menina não são um OBJETO, pra gente colocar coisas na cabeça dele, ele é sim a FONTE.

FONTE DE QUE? Fonte de iniciativa, fonte de ação, fonte de liberdade e fonte de opção. PROTAGONISMO- JUVENIL é quando o menino e a menina atuam como parte da solução e não como parte do problema.

O PROTAGONISMO é a participação do menino e da menina, e esta participação tem que ser verdadeira.

Como assim participação verdadeira? Porque ela tem que ter iniciativa, compromisso e discussões, planejamento, execução e avaliação das ações. Isso é PROTAGONISMO AUTÊNTICO.

Como se constrói o Protagonismo - Meninos e meninas, através da liberdade de expressão, promovem, participam e se posicionam nas discussões e reflexões, ampliando seus horizontes, construindo uma maior consciência sobre dignidade, direitos, sentido de vida e visão de mundo. Tendo a oportunidade de ter um melhor entendimento de si mesmo e da sociedade e se posicionar marcando o seu lugar e a sua cidadania.

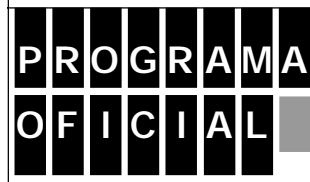
Através da arte os meninos e meninas expressam o que sentem. As crianças organizam suas próprias idéias desenhando, fazendo música, jogando capoeira, etc. Assim aprendem a falar e a ouvir o outro. Ao conhecer os problemas dos colegas, cada qual passa a compreender que não está só no mundo, com seus problemas e só unindo forças pode-se chegar a uma solução.

O QUE ESPERAMOS?

Fazer com que meninos e meninas reconheçam sua força, seu poder e passem a exercer cada vez mais o papel de protagonistas na defesa de seus direitos.

Bibliografía

- Centro Abierto, una experiencia para compartir - Serie Promoción de CLAEH - No. 13 - 1997 - As. Soc. Laura Chapitel - As. Soc. Rosana Casal
- CEPAL/Oficina de Montevideo, PNUD - Uruguay, "DESARROLLO HUMANO EN URUGUAY 2001, Inserción Internacional, empleo y desarrollo Humano", Ed. Ma. Cristina Dutto, Mdeo., 2001
- Comité de los Derechos del Niño - Uruguay, "LA INCORPORACIÓN DE LOS DERECHOS DEL NIÑO EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN EL URUGUAY. INFORME NO GUBERNAMENTAL SOBRE APLICACIÓN DE LA CONVENCION DE LOS DERECHOS HUMANOS DEL NIÑO EN EL URUGUAY - PERÍODO 1996 - 2000", s/d, Mdeo., 2000
- Curso Básico de Educador Social - Polígrafo de Formação
- Facultad de Ciencias Sociales y Comunicación, Universidad Católica Del Uruguay, "PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN SOBRE INTEGRACIÓN, POBREZA Y EXCLUSIÓN SOCIAL" (IPES), s/d, Mdeo, s/d
- Gurises Unidos, UNICEF - Uruguay, Programa de Atención al niño de la calle/INAME. "NIÑEZ Y ADOLESCENCIA EN SITUACIÓN DE CALLE: APORTES A LA REFLEXIÓN EN EL MARCO DE LAS ACTUALES REFORMAS", Ed. Taller de Comunicaciones, Mdeo., 1996 Gurises Unidos- UNICEF- INAME Proyecto Pasacalle- 1997- Modelo de Intervención " IDES (Instituto de Investigación y Desarrollo) - Área de Desarrollo Territorial y Ambiental. (Coord) Soc. Eduardo de León, (Asist. Téc.) Giorgina Garibotto "INFORME TÉCNICO. RESUMEN EJECUTIVO MARZO DE 2000, JUVENTUD, ACTIVOS Y RIESGO SOCIALES EN LA REGIONALIZACIÓN ESPACIAL DE MONTEVIDEO", s/d, Mdeo, 2000
- Iname Documentos Programa Calle. Educador para Programas de niños en situación de calle.
- Kaztman, Ruben - Filgueira, Fernando "PANORAMA DE LA INFANCIA Y LA FAMILIA EN URUGUAY", UCUDAL, Mdeo., 2001
- Meninos e meninas de rua: Vida pasión y muerte-Carlos Gomez
- Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua - Estatuto
- PNUD - Uruguay, "DESARROLLO HUMANO EN URUGUAY, 1999", Ed. Impresores Asoc./ Fotosistemas, Mdeo., 1999 " Programa Educación UNESCO - Educando para transformar Montevideo - 2002 - As. Soc. Laura Chapitel
- Revista de Formação do MNMMR - Mundo da Rua
- Revista do MNMMR - Pé- de- Moleque "II Encuentro de Educadores - Niños y niñas en situación de calle - Una mirada desde la exclusión social- Ximena Baraibar
- UNICEF, "ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA 2003", s/d, USA, 2003
- Victor Giorgi -Niños y adolescentes en situación de calle



COMMUNITY-ACQUIRED METHICILLIN-RESISTANT STAPHYLOCOCCUS AUREUS INFECTIONS

Dr. Sheldon Kaplan

Methicillin-resistant *S. aureus* isolates causing community-acquired infections (CA-MRSA) in children is major problem in several areas of the United States as well as in many areas around the world. These isolates have a unique chromosomal cassette that carries the antibiotic resistant genes and is lower in molecular weight than the cassette carried by the typical nosocomial MRSA isolates. CA-MRSA generally are susceptible to clindamycin and trimethoprim-sulfamethoxazole. CA-MRSA are associated with both skin and soft tissue infections and invasive infections. Recurrent soft tissue infections and infections within the family caused by CA-MRSA isolates are common. CA-MRSA *S. aureus* isolates containing gene coding for PVL have been associated with serious staphylococcal pneumonia. Treatment of superficial skin and soft tissue infections involves surgical drainage followed by an oral agent such as TMP-SMX or clindamycin. Empiric vancomycin is typically administered for more serious and invasive infections such as osteomyelitis, septic arthritis or suspected Staphylococcal pneumonia. Clindamycin is efficacious in treating CA-MRSA infections caused by susceptible organisms. Linezolid is another option in selected circumstances.

HEPATITIS A: EPIDEMIOLOGÍA Y PREVENCIÓN.

Dr. Eduardo L. López

La hepatitis A es causada por un virus del grupo picorna, que tiene la característica de transmitirse por vía fecal-oral, contaminando agua y alimentos, el virus persiste viable en bajas temperaturas por largo tiempo y es viable en materia fecal seca por semanas, La mayoría de las infecciones en niños menores de 5 años son asintomáticas pero al eliminar el virus por materia fecal, diseminar el virus por la comunidad. En cambio los niños mayores, adolescentes y adultos padecen la enfermedad en forma sintomática en más del 75% de los casos. En América Latina la mayor tasa de seroprevalencia se observa en los trópicos. especialmente América Central y Caribe. Así se observa tasas del 50% en los primeros cinco años de vida mientras que en países de América del Sur estos porcentajes se reducen al 15 25%. A los 10 años de edad América Latina presenta una seroprevalencia entre un 40 al 80%, lo que revela el impacto que las condiciones ambientales y sanitarias varían entre los distintos países. Las medidas de prevención y disminución de tasa de ataque de esta enfermedad depende de las mejoras en la red de agua potable y adecuada cloración, red cloacal, detectar precozmente los comienzos de los brotes, la vacunación, etc. Hay cuatro vacunas disponibles, todas ellas son de virus inactivados por formol y obtenidas en cultivo de tejidos, son altamente inmunogénicas y confieren protección de larga duración (años). Nuestro grupo ha efectuado estudios de inmunogenicidad y seguridad con la vacuna de 160 U y 80 U de origen francés, demostrando una seroconversión en niños de más del 95% luego de la primera dosis con títulos protectores en el 96% de los casos dentro de los primeros 14 días posteriores a la primera dosis. Una segunda dosis de refuerzo efectuada a los 6 meses produjo una respuesta de anticuerpos, de tipo anmestica con títulos de > 1000 mU/ml de anticuerpos séricos, lo que indicaría niveles de protección de larga duración. Las reacciones locales y generales no superaron el 10% y fueron leves. Además estudios recientes demuestran que la vacunación precoz al inicio de un brote da protección a los susceptibles y puede abortar el brote. Las indicaciones de la vacuna son múltiples: desde la vacunación universal a todo niño > 1 año, vacunación a susceptible en lugares de endemicidad intermedia (20 al 40% de seroprevalencia), todo individuo que le interese estar protegido, personal a riesgo laboral, como personal de guarderías, maestras, manipuladores de alimentos, personal carcelario, etc. También es altamente recomendable en individuos con hepatopatías crónicas como los cirróticos, inmunosuprimidos, etc. Es aconsejable su utilización en individuos que viajen a áreas endémicas. Debe recordarse que la vacuna no reemplaza las necesidades de las condiciones sanitarias que deben efectuarse en las poblaciones y áreas con alta y moderada endemicidad.

PROGRAMA
 OFICIAL

PREVENTION OF PNEUMOCOCCAL DISEASE

Dr. Sheldon Kaplan

The current licensed conjugate pneumococcal vaccine (Prevnar®, PCV7) is composed of the capsular polysaccharide or oligosaccharide from seven of the most common pneumococcal serotypes in children from North America causing invasive infections (4, 6B, 9V, 14, 19F, 18C and 23F) chemically conjugated to the protein CRM₁₉₇, a mutant nontoxic diphtheria toxin. Compared to the plain pneumococcal polysaccharide vaccine, PCV7 is more immunogenic in young children, especially those < 2-years-old. PCV7 has been shown to be quite safe. In the United States the PCV7 is routinely administered to infants at 2, 4, 6, and 12-15 months of age. The impact of the PCV7 after licensure on the epidemiology and serotype distribution of invasive pneumococcal isolates from children in the Kaiser Permanente program was reported in a follow-up study. Compared with the pre-licensure period, for serotypes in the vaccine there has been an 87% reduction in cases among children < 1-year-old, a 58.1% reduction for children < 2-years-old and a 52.4% reduction for those < 5-years-old. The CDC has also shown in a preliminary report that there has been a decline in invasive pneumococcal disease in the United States following licensure of the PCV7. In 1998 and 1999, the mean number of cases per year for children < 2 years-old or 2-4 years-old was 708 and 197, respectively. In 2000 there were 531 and 158 cases for these age groups, respectively. This represented a 25 % reduction in the number of cases for the age group < 2 years-old and a 20% reduction for those 2-4 years old. Interestingly, there was also an 18% reduction in the number of cases for the age group 5-39 years old, suggesting that household contacts of the children who have received the PCV7 were less likely to develop invasive pneumococcal infection. Development of 9- and 11-valent pneumococcal conjugate vaccine is underway as are attempts to detect vaccine candidate antigens that are common among all pneumococcal serotypes and would lead to protective antibodies following immunization.

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SEPSE NEONATAL DE INÍCIO TARDIO

Dr. Ernani Miura.

*Professor de Pediatria da Faculdade de Medicina
da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.*

*Médico Assistente do Serviço de Neonatologia d
o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Brasil.*

Grças aos avanços tecnológicos e de treinamento da equipe de saúde nos cuidados de terapia intensiva neonatal houve um substancial aumento na sobrevivência dos recém-nascidos de muito baixo peso, embora a sepse neonatal de início tardio continue sendo uma importante causa de morbidade e mortalidade. O risco de infecção aumenta com a redução do peso ao nascer e idade gestacional. É recomendado manter uma vigilância e controle das doenças infecciosas através do serviço de vigilância de infecção hospitalar porque a infecção neonatal continua aumentando devido ao aumento de nascimentos de neonatos imaturos em terapia intensiva, necessitando de hospitalização prolongada e que superam a doença básica e sua associação com germes de alta resistência aos antibióticos.

A incidência da sepse de origem hospitalar varia de 20% até 50% nos <1500 gramas que sobrevivem após o 3º dia de vida. A variação na incidência de sepse hospitalar pode ser devida a diferentes práticas médicas, de enfermagem, cuidados na ventilação respiratória e tipos de procedimentos que podem aumentar o risco de infecção. A implementação de boas práticas no cuidado intensivo para reduzir a infecção hospitalar como por exemplos a lavagem das mãos, cuidados na nutrição, cuidados de pele e respiratório, acesso vascular, métodos diagnósticos e uma "cultura" de intensivista neonatal podem reduzir a incidência de sepse hospitalar.

Recente análise da rede neonatal nos Estados Unidos detectou entre 1998 a 2000, 1313/6215 de RN <1500 g de sepse provada (21%), sendo a maioria (70%) causados por cocos gram-positivo com 48% dos casos devido ao Staphylococcus coagulase-negativo.

PROGRAMA
OFICIAL

Staphylococcus aureus respondeu por 7,8% dos casos e Cândida albicans por 5,8% dos casos. Os bacilos gram-negativos corresponderam a 17,6% dos casos e a distribuição foi semelhante entre E. coli, Klebsiella, Pseudomonas, Enterobacter e Serratia. Houve um aumento de sepse nas seguintes complicações da prematuridade: ducto arterioso patente, ventilação prolongada, acesso intravascular prolongado, displasia broncopulmonar e enterocolite necrosante. A sepse aumentou de forma significativa o tempo de hospitalização (média de 79 vs 60 dias) e a taxa de mortalidade foi superior nos infectados (18% vs 7%), sendo maior quando a infecção foi por bacilos gram-negativo (36%) e por fungos (32%). Em relação ao diagnóstico, 62% dos RN (3856/6215) tiveram uma ou mais hemoculturas executadas, sendo que 45% dos casos tiveram mais de 4 hemoculturas. A incidência de sepse hospitalar variou de 10,6% em um centro até 31,7% em um outro centro. 58% de todos os RN receberam pelo menos um curso de antibióticos. Os antibióticos mais usados foram vancomicina, gentamicina, cefotaxime, ampicilina e tobramicina. 44% (2772/6215) dos casos receberam vancomicina e seu uso foi inversamente proporcional ao peso do nascimento. A maioria dos casos de sepse hospitalar receberam vancomicina (93%), embora em 30% dos casos não houvesse infecção comprovada. 9% dos casos (578/6215) receberam antifúngico, sendo a anfotericina B a droga de eleição (85%) e o fluconazole (10%). Numa outra recente avaliação em 16 centros neonatais da Índia mostrou que a Klebsiella pneumoniae foi o germe predominante com boa sensibilidade para amicacina, ciprofloxacina e ceftazidime e baixa resposta para gentamicina e cefotaxime.

O diagnóstico inicial é clínico e retrata-se o RN com mudanças caracterizadas pela má aparência, que não está bem e que não quer se alimentar. Os sinais aceitos como significativos é quando ocorrem uma ou mais manifestações em três de diferentes sistemas determinados pela sepse: respiratório: apnéia, taquipnéia, cianose, gemidos; cardíaco: taquicardia, bradicardia, má perfusão periférica, hipotensão arterial; sistema nervoso central: irritabilidade, letargia, hipotonia, convulsão; gastrointestinal: recusa alimentar, distensão abdominal, vômitos, diarreia, icterícia inexplicável, hepatomegalia; hematológico: sangramento, petéquias e instabilidade térmica: febre, hipotermia. O diagnóstico laboratorial é realizado com os seguintes exames: hemocultura (bacteremia), exame de líquor (meningite), urocultura (infecção do trato urinário), leucograma, proteína C reativa, interleucina-6, fator de necrose tumoral- α , RX de tórax e de abdome (enterocolite necrosante). A sepse provada é quando ocorre uma cultura positiva de secreção ou líquido orgânico nas primeiras 24-48 horas de incubação. A maioria dos casos ficam com o diagnóstico de sepse provável com cultura negativa. Os sinais cíclicos de sepse associado a presença de dois ou mais testes diagnósticos aumentam de forma significativa a sensibilidade (S) e o valor preditivo negativo (VPN) auxiliando o pediatra na tomada de decisão. Exemplos: IL-6 e PCR elevadas com 0 e 48 h S= 98% e VPN 98%; qualquer dois ou mais testes positivos: I:T > 0,2, leucopenia (< 5000/c), PCR, VSG, haptoglobina S=96% e VPN= 99%. Com estes testes cerca de 10% dos casos de sepse não serão detectados e 5% de pacientes sadios terão positividade nos testes.

Várias enfermidades próprias do prematuro podem se confundir com a sepse e ainda estas enfermidades podem se complicar pela aquisição de uma infecção hospitalar. Além destas situações a hiperplasia adrenal congênita, persistência do ducto arterioso e enfermidades devido aos erros inatos do metabolismo podem mostrar sintomatologia parecida com a sepse.

O tratamento de escolha é a antibioticoterapia empírica, buscando atingir os germes prevalentes da instituição e sua sensibilidade. Atualmente, é freqüente o uso da vancomicina associada a amicacina ou cefotaxime, para cobrir cocos gram-positivo (S. aureus e coagulase-negativo) e bacilos gram-negativo. Há outros esquemas usando metilicilina com amicacina, meropenem, aztreonam, ciprofloxacina, piperacilina-tazobactam, cefipime. Na enterocolite necrosante associa-se ao esquema empírico uma droga para combater anaeróbios tipo metronidazol.

É importante os cuidados intensivos de suporte principalmente fazendo a detecção e o tratamento adequado do choque séptico. Manter a volemia, controlar o equilíbrio metabólico e ácido-básico, ventilar adequadamente para manter o suporte cardio-respiratório e evitar sangramentos repondo fatores de coagulação, sangue e plaquetas.

PROGRAMA
OFICIAL

A inmunoterapia é promissora no tratamento adjuvante da sepse neonatal e podemos citar a gamaglobulina endovenosa e os fatores estimuladores de colônias de granulócitos (G-CSF e GM-CSF) que podem melhorar a resposta contra a infecção tanto na morbidade quanto na mortalidade. O tempo de tratamento deve ser de 10 dias na sepse provada e por mais tempo no choque séptico. Na meningite trata-se por 14 dias no caso de Streptococcus do grupo B e por 21 dias na meningite por gram-negativo. E, se o paciente estiver assintomático com exames de cultura negativos, deve-se suspender os antibióticos. Todos os casos de sepse devem ser acompanhados por longo tempo porque 20% dos recém-nascidos evoluem com alterações no seu neurodesenvolvimento.

Bibliografía recomendada:

1. Stoll BJ et al. Late-onset sepsis in very low birth weight neonates: the experience of NICHD neonatal research network. *Pediatrics* 2002;110:285-91.
2. Franz A et al. Reduction of unnecessary antibiotic therapy in newborn infants using interleukin-8 and C-reactive protein as markers of bacterial infections. *Pediatrics* 1999;104:447-53.
3. Miura E et al. A randomized double-masked, placebo-controlled trial of recombinant granulocyte colony-stimulating factor administration to preterm infants with clinical diagnosis or early-onset sepsis. *Pediatrics* 2001;107:30-5.
4. Bernstein HM et al. Administration of recombinant granulocyte colony-stimulating factors to neonates with septicemia: a meta-analysis. *J Pediatr* 2001;138:917-20.

ESTRATÉGIAS VACUNALES CONTRA POLIOMIELITIS EN AMÉRICA LATINA

Luiza H. Falleiros (Brasil)

Estratégias vacinales en la era tras-eradicación representan en la actualidad el grande desafío. A través de un plan muy bien sucedido propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), de una incidencia de 350.000 casos anuales de poliomiélitis en el año de 1988 se pudo obtener una cifra inferior a 500 casos de poliomiélitis reportados en el año 2001. Aunque tres grandes regiones de la OMS ya tengan obtenido su Certificado de Eradicación (América, Pacífico Oeste, Europa), unos países de Asia (Subcontinente Indio) e África (Corno Africano, Oeste e Región Central) siguen siendo países reservorios. A despecho que los países con polio endémica tengan disminuído de 10 para 7 en 2002, hubo un incremento en el número de casos (7 veces más en el Continente Indio), llegando a cifras aproximadas de 1500 de diciembre de 2001 hasta diciembre de 2002. Como parte de las Estrategias Generales de Eradicación final, la manutención de altas tasas de cobertura vacunal es fundamental, sea con OPV, o IPV, tanto para inmunizar contra el virus salvaje, como para proteger contra la re-introducción del virus o exposición a el VDPV(virus de la poliomiélitis derivado de la vacuna OPV), así como el mantenimiento de la Vigilancia Epidemiológica Activa de la Parálisis Flácida Aguda. Después de la obtención del Certificado Global de Eradicación del Virus Salvaje, muchas opciones deben ser analizadas, tanto para las regiones que dispongan de IPV, como en aquellas que no dispongan de IPV para aplicación a nivel público. Aunque la vacuna IPV pueda ser parenteral y, al principio, considerada más costosa, las vacunas combinadas permiten una sola aplicación, disminuyendo su costo y llevando a una mayor adhesión. Son muchas las ventajas de la vacuna IPV : permiten también una protección de rebaño ("herd immunity"). Tiene buena termo-estabilidad. No genera poliomiélitis paralítica por el virus vacunal, además de la excelente experiencia de los países que solamente utilizaron IPV, administrando con éxito la eventual importación de casos. Para los países que solamente dispongan de OPV, esta debe ser mantenida para utilización a nivel público. Sin embargo, esta opción significa aceptar que se mantenga la eliminación del poliovirus vacunal después de la aplicación de la OPV, o sea, continuación de los casos de VAPP y los riesgos de cVDPV y de iVDPV. Significa también aceptar los resultados sub-óptimos de algunos países tropicales y de una inmunogenicidad no uniforme, por la termo-labilidad y interferencias intestinales. Concluyendo, es también importante el enfoque a nivel privado, en donde el uso racional de la IPV se hace cada vez más presente en la protección individual, además de las ventajas de las vacunas combinadas.

**PROGRAMA
OFICIAL**

DOTS-PLUS. DEFINICIÓN EN PROGRESO.

Dra. Mercedes Macías (México)

DOTS-PLUS es una iniciativa bajo desarrollo diseñada para manejar la MDRTB con drogas de segunda línea dentro del marco de la estrategia DOTS o TAES

Acciones Necesarias para el control de la MDRTB

- Incrementar el Acceso a las Drogas para MDRTB
 - reducir los costos y aumentar los esfuerzos de control
 - consolidar la estrategia a corto plazo para procurar las drogas con MSF
 - establecer estrategia para procurar a largo plazo
- Construir la Capacidad Técnica para el DOTS-PLUS
 - los "puntos calientes" requieren atención urgente
 - envolver los expertos para aumentar la capacidad local
- Construir la Capacidad de Laboratorio
 - integrar el mundo en desarrollo con el desarrollado
- Promoción
 - mantener el momentum
 - incrementar la visibilidad mediante las asociaciones publico-privadas

Problema #1: Costos

- Regimen estandar de la OMS: hasta USD 50
- Regimenes para MDRTB: hasta USD 15,000
- Cuatro drogas absorben la mayoría de los costos
- Dilema para los Jefes de Programas
 - no tratar
 - modificar regimenes
 - reducción de las dosis/división
- La MDRTB necesita ser tratada para poder controlarla

Problema #2: Proveer el Tratamiento

- Aspecto critico: prevenir la emergencia de formas incurables de TB o "la super MDRTB"
 - cepas de MTB resistente a todas las drogas existentes hoy en día
- Realmente "no existen" drogas de tercera línea
- No habra drogas nuevas en el futuro cercano
- Los países están comprando y usando drogas de 2nda línea
- El riesgo para crear la MDRTB no es nada mas que el uso inadecuado de las drogas de 1ra línea
- El riesgo para crear la "super MDRTB" no es nada mas que el uso inadecuado de las drogas de 2nda línea

Visión mas alla del siglo XXI

- Optimizar las operaciones del GLC: rapidez & calidad
- Estrategia a largo plazo para procurar las drogas, ademas de transferencia de tecnologia
- Manejar la MDRTB apropiadamente
- Investigación para el desarrollo de nuevas herramientas incluyendo: diagnostico, vacuna, y drogas a precios accesibles para nuestros países

**PROGRAMA
OFICIAL**

MENINGOCEFALITIS TUBERCULOSA. DIAGNOSTICO Y MANEJO

Dr. Carlos Nesbitt Falomir

La meningocefalitis es la compilación extrapulmonar más temida del paciente tuberculoso. Es más frecuente en el niño, y de estos es más frecuente en menores de 5 años. La gran mayoría de los casos se presentan en pacientes desnutridos o inmunocomprometidos.

La vacuna BCG disminuye notablemente la frecuencia de complicaciones graves de la TB. Posibilidad de TB miliar o Meningoencefalitis es de 50 a 90% más baja en pacientes vacunados, sin embargo el 25% de nuestros casos estudiados tenían cicatriz de BCG. Se presentan resultados de 29 casos de MTB diagnosticados en 676 pacientes indígenas con tuberculosis de diferentes formas clínicas. La complicación extrapulmonar más frecuente fue la MTB (34%) seguida de la miliar (19%) la vertebral (Mal de Pott 15%) ganglionar (14%) y articular, renal, osea, cerebral, laríngea y cutánea en frecuencia menor.

El 91% de nuestros casos tenían desnutrición de II y III grado.

El diagnóstico clínico es difícil por la ambigüedad y variabilidad de sus signos y síntomas, sobre todo al inicio del padecimiento. Es indispensable investigar antecedentes médicos y epidemiológicos como estado de nutrición, etnia, contacto con Tb, antecedentes de BCG o de inmunodeficiencias.

El cuadro clínico se puede analizar por grupos de signos y síndromes.

Síntomas generales: Fiebre, cefalea, anorexia, malestar general, astenia, alteraciones de personalidad, vómito, rigidez de nuca, omnebelación y letargia.

- Signos de irritación meníngea: Kering y Brudzinski
- Signos de Hipertensión endocraneana: cefalea, diplopia, irritabilidad, crisis convulsivas, edema de pupila en retina, fontanela abombada y ventrículos cerebrales dilatados.
- Daño a pares craneales II-III-IV-VI-VIII
- Crisis convulsivas generalizadas o focales
- Alteraciones neurológicas: Mistagmus, ataxia, trastornos de l habla y personalidad y pérdida de conciencia progresiva.

La prueba de tuberculina es un auxilio importante pero debe de evaluarse de acuerdo a los antecedentes epidemiológicos.

La prueba es negativa entre 40 y 80%. No invalida diagnóstico.

El estudio de LCR por punción lumbar habitualmente nos revela proteínas elevadas, glucosa baja y celularidad elevada de 100 a 500 cel.cm predominio mononuclear.

La presencia de BAAR en LCR es diagnóstica pero solo se logra en un 20 al 60%. Buscar BAAR en esputo y lavado gástrico.

Los cultivos para micobacterias tienen un aislamiento muy bajo en LCR y en otros líquidos o tejidos. Resultados muy lentos.

La imagenología juega un papel muy importante en el diagnóstico.

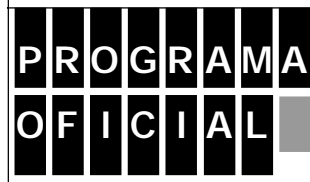
Rx de torax puede dar datos claros o sugestivos pero con frecuencia es normal. La TAC y la RMN del encefalo nos brindan los datos más útiles para diagnóstico y pronóstico: Dilatación de ventrículos, engrosamiento de meninges, aracnoiditis basal y a veces imágenes de vasculitis y microtrombos.

El tratamiento inicial debe hacerse siempre con cuatro antituberculosos RIF, INH, PZA, STM.ETB+Esteroides.

El tratamiento posterior dependerá de la evolución y la resistencia del micobacteria a los antimicrobianos.

La hidrocefalia progresiva es de extrema gravedad y es la causante del deterioro neurológico y secuelas o muerte. Se recomienda prácticas derivación ventrículo peritoneal inmediata al establecer diagnóstico e iniciar quimioterapia.

Brindar otras medidas de apoyo como manejo de líquidos, apoyo respiratorio, apoyo nutricional, medicamentos anticonvulsivos y rehabilitación.



TUBERCULOSIS EN LA INFANCIA. SITUACIÓN EN URUGUAY.

Dra. María Julia SARACHAGA.

*Comisión Honoraria Para La Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes.
 Montevideo. URUGUAY.*

Uruguay en tuberculosis está en un nivel de incidencia media. La tasa para el año 2001 fue de 20.38 por 100.000 habitantes. Si consideramos el grupo de 0 a 14 años, la tasa es de 2.07 por 100.000. No hubieron meningitis por BK en el año. No se han comprobado resistencia a drogas en este grupo etario. Una niña coinfectada con HIV y BK. No hubieron fallecidos.

El tratamiento de la tuberculosis es gratuito en Uruguay. Se cumplen normas nacionales de tratamiento con una duración total de 7 meses. Se administra durante 2 meses, en fase diaria con tres drogas: Isoniazida; Rifampicina y Pirazinamida. Luego durante 5 meses en forma bisemanal con 2 drogas: Isoniazida y Rifampicina. La administración de las drogas es supervisada directamente por el personal de salud o alguien entrenado especialmente para la supervisión. La eficacia del tratamiento, considerado globalmente, es del 98.9%, en tanto la eficiencia es del 85.2%. En la población de pacientes pediátricos no hay abandonos.

Los contactos de enfermos tuberculosos son controlados con radiografía de tórax y PPD. Se hace quimioprofilaxis a todos los contactos convivientes con Isoniazida .

La vacunación con BCG es obligatoria al nacer y a los 5 años. La cobertura al nacer es del 98%. Desciende en el grupo de 5 años.

FEBRE AMARELA

Luiz Jacintho da Silva¹

Conceito

Doença viral sistêmica, febril, aguda, de gravidade variável. De enorme importância na história da África e da América, ainda hoje é um sério problema de saúde pública. A febre amarela é o arquétipo da febre hemorrágica viral.

História

As epidemias de febre amarela trouxeram pânico às cidades das Américas desde o século 16 até o início do século 20. A primeira epidemia norte-americana teria sido em 1690, em Nova Iorque, e última foi em Nova Orleans em 1905.

Etiologia

O vírus da febre amarela é um RNA vírus de filamento simples e senso positivo pertence à família Flaviviridae. Não existem sorotipos, mas já foram identificados dois genótipos na África e dois na América, não havendo diferenças de virulência ou imunidade entre eles. A família Flaviviridae tem mais de 68 vírus diferentes, dos quais cerca de 29 causam doença humana, ainda que nenhum deles seja primariamente um vírus humano. A maioria é transmitida por artrópodes, mosquitos ou carrapatos, nenhum é transmitido de humano a humano.

Os vírus desta família foram anteriormente agrupados como arbovírus do grupo B e determinam diferentes quadros clínicos: febres hemorrágicas, doença exantemática com artralgia, doença febril indiferenciada ou doença do sistema nervoso central (encefalite ou meningo-encefalite). O vírus da febre amarela pode causar qualquer um desses quadros, exceto o de doença exantemática com artralgia.

PROGRAMA
 OFICIAL

Epidemiologia

A febre amarela é uma zoonose de macacos que existe em áreas silvestres da África e da América do Sul, transmitida por mosquitos culicídeos. Diferentes espécies de macacos mantém a doença na natureza, a susceptibilidade à infecção varia conforme a espécie de macacos, podendo ocorrer epizootias com elevada letalidade. Se a infecção for introduzida numa região infestada por *Aedes aegypti*, pode ocorrer transmissão inter-humana, mês sempre através do vetor. Existem, portanto, dois contextos de transmissão da febre amarela, o silvestre, em que humanos são acometidos incidentalmente, e o urbano, em que humanos fazem o papel de reservatórios.

Vetores da febre amarela

O vetor da febre amarela urbana é o *Ae aegypti*, o mesmo da dengue. Não se conhece outro vetor da febre amarela urbana. Os vetores silvestres são muitos e variam conforme a paisagem natural e, mesmo dentro de uma mesma paisagem, diferentes vetores são encontrados conforme a altura das árvores em que se faz a captura.

América do Sul:

Haemagogus spp. e *Sabethes spp.* No Brasil as espécies mais freqüentemente associadas à transmissão da febre amarela silvestre são o *H. janthinomys* e o *H. leucocelaneous*.

África:

Na floresta, o vetor mais freqüente é o *Ae. africanus*, já nas savanas e matas ciliares temos:

África ocidental: *Ae. furcifer*, *Ae. vittatus*, *Ae. luteocephalus*, *Ae. africanus*

África oriental: *Ae. africanus*, *Ae. bromeliae*.

Transmissão

A transmissão é sempre vetorial e se inicia com a ingestão de sangue do reservatório mamífero que esteja na fase virêmica, pela fêmea do mosquito. O limiar de infecção para o mosquito é uma concentração viral de aproximadamente $3,5 \log_{10}$ vírus por mL de sangue. A ingestão de sangue com vírus leva à infecção do epitélio do intestino médio do mosquito, de onde se dissemina para a hemolinfa e atinge outros órgãos, notadamente as glândulas salivares e o sistema reprodutivo.

O período entre a ingestão de sangue contaminado e a eliminação de vírus pela saliva é de sete a 10 dias, sendo inversamente proporcional à temperatura ambiente. Este é o chamado período de incubação extrínseco.

O mosquito é capaz de transmitir o vírus congenitamente. Isso se demonstra pelo encontro tanto de machos como ovos de infectados. A importância epidemiológica dessa transmissão congênita não é bem determinada.

Patogenia e imunidade

A patogênese da febre amarela é resultado de lesão celular direta pelo vírus e pelo processo inflamatório decorrente.

A infecção natural confere imunidade protetora e duradoura

Quadro clínico

O espectro de manifestações clínicas da febre amarela é bastante amplo, indo de infecções subclínica, doença inespecífica com quadro gripal até formas sistêmicas, graves, com febre, icterícia, insuficiência renal e hepatite fulminante.

Classicamente, a evolução clínica da febre amarela é dividida em três fases, que se iniciam após um período de incubação de três a seis dias, porém essa evolução parece ocorrer em apenas 15% dos pacientes infectados, os demais apresentam doença leve, oligossintomática ou um quadro febril indiferenciado.

Período de infecção:

Corresponde ao período de viremia e dura cerca de três dias. O início é abrupto e caracteriza-se por febre, calafrios, cefaléia intensa, mialgia generalizada, náuseas, vômitos, dor lombo-sacral, mal estar intenso e prostração.

PROGRAMA
OFICIAL

Período de remissão:
 Ocorre melhora significativa, o paciente chegando mesmo a ficar afebril. Este período é curto, não mais do que 24 horas.

Período de intoxicação:
 Essa denominação é atávica, remontando a uma época em que se acreditava haver uma toxina circulante, o que não ocorre. Nesta fase temos o retorno da febre, uma piora progressiva e o surgimento de icterícia, albuminúria, oligúria, manifestações hemorrágicas (vômito negro), delírio, estupor, coma e mesmo choque. Nos pacientes ictericos a letalidade é de 20% a 50%, o óbito ocorrendo entre o sétimo e o décimo dia. A morte se dá por falência múltipla de órgãos, geralmente entre o sétimo e o décimo dia após o início das manifestações clínicas.

Quando há sobrevida, não há seqüela

Diagnóstico laboratorial e diagnóstico diferencial

O diagnóstico específico se faz através do isolamento viral e da detecção da presença de anticorpos específicos. É freqüente ocorrer reação cruzada com outros flavivírus ("pecado antigênico original").

O isolamento viral se faz por inoculação em animal de laboratório ou em cultivo celular. Como a viremia é de curta duração, não é um bom meio diagnóstico.

Os métodos mais utilizados para a detecção de anticorpos são os de ELISA e ELISA de captura de IgM (MaC-ELISA).

Outros métodos, bastante sensíveis e específicos, porém trabalhosos, são os de neutralização, inibição da hemaglutinação, fixação do complemento, e imunofluorescência indireta, atualmente utilizados apenas em situações especiais.

Tratamento

Não existe tratamento específico. A ribavirina já foi testada in vitro, mas a concentração necessária para a inativação inviabiliza seu uso in vivo.

Os pacientes que desenvolvem icterícia têm pior prognóstico, com uma letalidade de 20% a 50%, estes pacientes devem sempre ser hospitalizados e mantidos sob observação e ter possibilidade de rápida remoção para uma unidade de terapia intensiva caso necessário.

Profilaxia e controle

A vacina contra a febre amarela foi a primeira vacina de vírus vivo atenuado a ser empregada em humanos. Introduzida em 1937, seu uso, principalmente no Brasil, em outros países da América do Sul e na África sub-saariana, contabiliza-se em centenas de milhões de doses aplicadas. Somente no Brasil, desde 1937 e principalmente nos últimos anos, já foram aplicadas mais de 100 milhões de doses (Datusus, 2002).

Apesar de ter sido desenvolvida há quase 70 anos, é uma vacina extremamente eficaz e bastante segura (Monath & Cetron, 2001; Osinusi, 1990).

Produzida a partir da cepa 17D, obtida originalmente de um paciente com febre amarela no Senegal, em 1927, atualmente existem duas cepas sendo utilizadas mundialmente, a cepa 17DD e a cepa 17D-204. A primeira é disponibilizada em frascos de cinco e 50 doses da vacina liofilizada, é empregada em doses de 0,5 ml, após a reconstituição com solução salina. A aplicação é subcutânea, nunca em menores de seis meses. Em dose única, a validade do certificado internacional de vacinação é de 10 anos, mas sabe-se que a proteção de uma única dose é de mais de 20 anos (Monath & Cetron, 2001; Poland et al, 1981).

A eficácia da vacina é muito boa, sendo superior a 95% (Lang et al, 1999), não se conhecendo casos de falha vacinal com vacinas aplicadas sob condições recomendadas. Reações colaterais são comuns, principalmente dor local, mialgia, febre e cefaléia. Reações adversas eram tidas, até recentemente, como incomuns, havendo alguns raros casos de encefalite registrados na literatura internacional, particularmente em lactentes (Monath, 2001). Ainda que não recomendada, a vacinação na gravidez não apresenta problemas para o feto ou para a gestação (Robert et al, 1999). A maneira a vacinação de pacientes

**PROGRAMA
OFICIAL**

infectados pelo HIV pode levar a complicações, não sendo recomendada (Kengsakul, 2002). Não há contra-indicação ao uso simultâneo de outras vacinas, mesmo de vírus vivo (Lhuillier et al, 1999; Adu et al, 1996; Stefano et al, 1999).

Desde 1999, no entanto, diversos casos de óbito secundário à vacinação foram notificados e comprovados, parecendo ser uma resposta não usual do vacinado, ocorrendo a visceralização do vírus vacinal levando a um quadro de febre amarela vacinal (Anon, 2001; Chan et al, 2001; Martin et al, 2001; Vasconcelos et al, 2001).

A recomendação atual do uso da vacina contra a febre amarela é de incluir a vacina na rotina para todas as crianças a partir do seis meses de idade nas áreas consideradas endêmicas (ocorrência usual) ou de transição (ocorrência eventual) para febre amarela silvestre, assim como manter a população adulta vacinada. Nos demais locais, a vacina deve ser aplicada apenas em pessoas que se dirigem a locais de risco de aquisição da febre amarela silvestre (Ministério da Saúde. FUNASA, 2002).

Referências bibliográficas

1. Datasus. Informações de Saúde. Imunizações – Doses aplicadas. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pni/dpnimap.htm> [obtido em 24.08.2002]
2. Monath TP, Cetron MS. Prevention of yellow fever in persons traveling to the tropics. Clin Infect Dis 2002; 34:1369-78
3. Osinusi K, Akinugbe FM, Akinwolere OA, Fabiyi A. Safety and efficacy of yellow fever vaccine in children less than one-year-old. West Afr J Med 1990; 9:200-3.
4. Monath TP. Yellow fever: an update. Lancet Infect Dis 2001; 1:11-20
5. Poland JD, Calisher CH, Monath TP, Downs WG, Murphy K. Persistence of neutralizing antibody 30-35 years after immunization with 17D yellow fever vaccine. Bull World Health Organ 1981; 59:895-900.
6. Lang J, Zuckerman J, Clarke P, Barrett P, Kirkpatrick C, Blondeau C. Comparison of the immunogenicity and safety of two 17D yellow fever vaccines. Am J Trop Med Hyg 1999; 60:1045-50
7. Robert E, Vial T, Schaefer C, Arnon J, Reuvers M. Exposure to yellow fever vaccine in early pregnancy. Vaccine 1999; 17:283-5.
8. Kengsakul K, Sathirapongsasuti K, Punyagupta S. Fatal myeloencephalitis following yellow fever vaccination in a case with HIV infection. J Med Assoc Thai 2002; 85:131-4.
9. Lhuillier M, Mazzariol MJ, Zadi S, Le Cam N, Bentejac MC, Adamowicz L, Marie FN, Fritzell B. Study of combined vaccination against yellow fever and measles in infants from six to nine months. J Biol Stand 1989; 17:9-15
10. Adu FD, Omotade OO, Oyedele OI, Ikusika O, Odemuyiwa SO, Onoja AL. Field trial of combined yellow fever and measles vaccines among children in Nigeria. East Afr Med J 1996; 73:579-82.
11. Stefano I, Sato HK, Pannuti CS, Omoto TM, Mann G, Freire MS, Yamamura AM, Vasconcelos PF, Oselka GW, Weckx LW, Salgado MF, Noale LF, Souza VA. Recent immunization against measles does not interfere with the sero-response to yellow fever vaccine. Vaccine 1999; 17:1042-6
12. Anon. Fever, jaundice, and multiple organ system failure associated with 17D-derived yellow fever vaccination, 1996-2001. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2001;50(30):643-5
13. Chan RC, Penney DJ, Little D, Carter IW, Roberts JA, Rawlinson WD. Hepatitis and death following vaccination with 17D-204 yellow fever vaccine. Lancet 2001; 358:121-2
14. Martin M, Weld LH, Tsai TF, Mootrey GT, Chen RT, Niu M, Cetron MS; GeoSentinel Yellow Fever Working Group. Advanced age a risk factor for illness temporally associated with yellow fever vaccination. Emerg Infect Dis 2001;7:945-51
15. Vasconcelos PF, Luna EJ, Galler R, Silva LJ, Coimbra TL, Barros VL, Monath TP, Rodrigues SG, Laval C, Costa ZG, Vilela MF, Santos CL, Papaïordanou PM, Alves VA, Andrade LD, Sato HK, Rosa ES, Froguas GB, Lacava E, Almeida LM, Cruz AC, Rocco IM, Santos RT, Oliva OF, Papaïordanou CM; Brazilian Yellow Fever Vaccine Evaluation Group. Serious adverse events associated with yellow fever 17DD vaccine in Brazil: a report of two cases. Lancet 2001 Jul 14;358(9276):91-7
16. Ministério da Saúde. FUNASA. Imunizações. Calendário básico de imunizações 2001/2003. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/imu/imu02.htm> [obtido em 24.08.2002].

1 Professor Titular, Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp (Campinas, SP, Brasil)
Superintendente, Superintendência do Controle de Endemias, Secretaria Estadual da Saúde, SP (São Paulo, SP, Brasil)

PROGRAMA
OFICIAL

EPIDEMIOLOGÍA: DEL DIAGNÓSTICO CLÍNICO AL MOLECULAR.

Dr. Luis F. Avendaño

“Los virus VRS” se pasean todos los años por todo el mundo. Actualmente hay muchas maneras de detectarlos, en los niveles epidemiológico, clínico y virológico. Si bien el diagnóstico específico de laboratorio otorga la certeza, hay muchos indicadores epidemiológicos y antecedentes clínicos que delatan su presencia, con alto grado de seguridad. Primero se detecta un aumento significativo de las consultas ambulatorias, en consultorios y servicios de urgencia, por infección respiratoria aguda (IRA). Luego aumentan las hospitalizaciones por IRA baja. Clínicamente aumentan los diagnósticos de síndrome bronquial obstructivo (¿bronquiolitis?) en lactantes, además de bronconeumonías y otras IRAs altas. Basta detectar unos pocos VRS en el laboratorio, por cualquier técnica (IF, ELISA, aislamiento, RT-PCR, etc.) para saber que empezó la “temporada de VRS”.

EL VRS es un virus ARN de hebra negativa, en cuya envoltura destacan las glicoproteínas G (adsorción) y F (fusión), importantes en la adsorción y penetración del virus a la célula. La “infidelidad” de la ARN polimerasa origina variantes del virus. Primero se definieron los grupos A y B, que se trató de asociar a aspectos epidemiológicos y clínicos. Luego, con paneles de anticuerpos monoclonales contra F y G se determinaron nuevas variantes. Posteriormente se pudo analizar el genoma usando endonucleasas para cortar algunos de los 10 genes estructurales del virus (RFLP) y se determinaron “lineajes” especialmente analizando los genes G y N; se estudió así la distribución geográfica y estacional de las cepas. Finalmente se secuenció el gen G para definir los genotipos, que tienen alguna coincidencia en nomenclatura con los lineajes.

¿En todo esto dónde me ubico yo? Se supone que hay una “vigilancia local”. Si soy epidemiólogo o administrativo, cuando empiezan a aumentar las consultas, pregunto al laboratorio qué se está detectando. Si soy clínico, analizo los factores de riesgo de severidad del huésped y puedo hacer el test diagnóstico que tenga al alcance (\$); si es un enfermo grave o fallece, me gustaría que alguien caracterizara el virus. Si soy virólogo, voy a querer saber si es A o B, y luego caracterizar algunas cepas...para saber a qué está jugando la naturaleza. Por mientras, que muchos investigadores (como en el SARS) se coordinen para hacer una vacuna, y que los adultos y viejos también se cuiden en invierno....

**PROGRAMA
OFICIAL**

¿POR QUÉ HAY INFECCIONES GRAVES POR VRS?

Dra. María Angélica Palomino M

El VRS aparece en epidemias invernales todos los años y es la causa más frecuente de bronquiolitis y neumonía en niños menores de dos años. El 66% de los lactantes se contagia durante su primer año de vida. En Chile la tasa de hospitalización se ha estimado en 2%; un 5.6% de los ingresos por esta causa requiere ventilación mecánica. La tasa de letalidad por neumonías en lactantes fue de 0.5% entre 1998 y 2000; en 40% de las autopsias se detectó VRS. ¿Qué factores influyen en una evolución más severa?

Existen factores dependientes del huésped, de la cepa viral y del ambiente. Factores dependientes del huésped son los más clásicamente descritos. Cardiopatías congénitas, displasia broncopulmonar (DBP), prematuros, inmunodeficientes y fibrosis quística son reconocidos. En una cohorte de 71 prematuros con DBP observamos una tasa de hospitalización de 45% en los dos primeros años de seguimiento; 41% fueron infecciones por VRS y 5.4% de las muertes se asoció a este virus. No queda claro porqué algunos

niños sanos presentan mayor severidad. La edad es un factor preponderante. Un 25 a 40% de lactantes menores de 6 meses con una primoinfección tiene una IRA baja. El menor de 6 semanas puede presentar apneas. El rol de los anticuerpos en la protección es incierto. El tipo de respuesta inmune (Th) es poco claro. El sexo masculino, algunas razas y malnutrición se han asociado a mayor severidad. Tampoco está claro si la infección severa por VRS identifica aquellos niños con función pulmonar disminuida al nacer o con predisposición genética a desarrollar asma.

Existen variaciones antigénicas del virus, grupos A y B y genéticas cuya significación clínica y epidemiológica está en estudio.

Entre los factores ambientales más importantes destacan el tabaquismo materno, en niños sanos o con factores de riesgo clásico. El hacinamiento, mayor número de hermanos, mayor cantidad de virus en secreción nasal se asoció a mayor severidad. La temperatura y la contaminación ambiental (PM10) no han mostrado una asociación directa con severidad

PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES POR EL VIRUS RESPIRATORIO SINCICIAL

Francesc Asensi Botet

Hospital Infantil Universitari La Fe - Sección de Infectocontagiosos - Valencia

En gran medida las infecciones por el VRS pueden prevenirse. La profilaxis de exposición es eficaz: evitar el contagio a base de extremar las medidas higiénicas con lavado de manos antes y después de tocar al niño infectado y evitar la masificación de niños en un espacio reducido.

Por lo que respecta a la profilaxis de disposición se ha de hablar de la inmunización activa con vacunas, hasta ahora sin grandes éxitos, y de la pasiva con anticuerpos monoclonales.

VACUNAS CONTRA EL VRS

A pesar de los numerosos intentos realizados, hasta ahora todavía no disponemos de una vacuna eficaz frente a las infecciones por el VRS.

Uno de los obstáculos que presenta la preparación de una vacuna anti-VRS es la exigencia de que ha de ser eficaz en los niños menores de tres meses, que es cuando la infección tiene más elevada incidencia y mayor gravedad. En estas edades pueden persistir algunos anticuerpos transmitidos desde la madre que neutralizarían la acción de la vacuna. Otro inconveniente sería la muy probable necesidad de administrar repetidas dosis de vacuna dada la brevedad de la persistencia de los anticuerpos con la consiguiente facilidad de reinfecciones.

Los primeros intentos de vacuna anti-VRS se hicieron en los años 1960 a base de inactivar el virus con formalina. Los resultados fueron muy negativos: los niños vacunados que se infectaron sufrieron unas formas de enfermedad más graves que los no vacunados. Obviamente esta vacuna no llegó a utilizarse de forma masiva. La explicación de unos resultados tan negativos no está clara, pero parece relacionada con la liberación de mediadores inflamatorios en el pulmón con el consiguiente daño pulmonar.

PROGRAMA
OFICIAL

En la actualidad se están siguiendo cuatro líneas de investigación en búsqueda de una vacuna eficaz:

1. **Vacunas con virus vivos** atenuados por pases a baja temperatura y mutagénesis química. Así se obtiene un virus que se replica con dificultad a la temperatura corporal. Estas vacunas se administran por vía intranasal y estimulan tanto la inmunidad local secretora como la sistémica. Los pocos ensayos realizados con esta vacuna están dando resultados prometedores. La respuesta inmunológica es equilibrada humoral, celular y secretora, muy semejante a la de la infección natural y se da también en presencia de los anticuerpos de origen materno.
2. **Vacunas de subunidades** preparadas con la glicoproteína F, la glicoproteína G o ambas. La más ensayada ha sido la preparada con la proteína de fusión purificada (PFP) adsorbida en hidróxido de aluminio. Se han preparado presentaciones para su aplicación intranasal e intramuscular. También se ha ensayado la protección del recién nacido vacunando a la mujer gestante. En todos los casos los resultados son esperanzadores.
3. **Vacunas preparadas por ingeniería genética y asociadas a vectores.** Están aun en fases iniciales de investigación y no se ha ido más allá de la experimentación animal.
4. **Vacunas basadas en el VSR bovino** con substitución de las glicoproteínas F y G por las del VRS humano. También están aun en fase de experimentación.

IMMUNIZACIÓN PASIVA

Los primeros métodos de inmunización pasiva se realizaron con **gammaglobulina policlonal anti-VRS** para uso endovenoso. Se consiguieron unas gammaglobulinas con una capacidad neutralizante seis veces superior a la de las gammaglobulinas endovenosas inespecíficas. Se administraban a dosis de 750 mg/kg una vez al mes durante la estación epidémica. Con esta gammaglobulina se consiguió disminuir un 40 % las hospitalizaciones por el VRS y un 50 % los días de hospitalización y el número de días con oxígeno. Tiene el inconveniente de requerir la vía endovenosa, a parte de todos los problemas que supone el uso de inmunoglobulinas humanas. Gran parte de estos inconvenientes se han visto superados con el uso de anticuerpos monoclonales murinos.

A la espera de una buena vacuna, la medida preventiva más eficaz frente a las infecciones por el VSR es la aplicación del anticuerpo monoclonal murino humanizado específico frente a la proteína F conocido con el nombre de 'Palivizumab'. Se administra una vez al mes a dosis de 15 mg/kg por vía intramuscular y tiene unos efectos similares a los de la gammaglobulina policlonal, sin muchos de sus inconvenientes. La principal indicación son los niños con riesgo de padecer la infección por el VSR: grandes prematuros, displásicos broncopulmonares y cardiopatas congénitos no cianógenos.

Respecto a la gammaglobulina tiene la ventaja de la administración intramuscular una sola vez al mes con lo cual se evita la sobrecarga de líquidos y los riesgos inherentes al uso de hemoderivados humanos.

Estos medios de inmunización pasiva no disminuyen la mortalidad ni la necesidad de ventilación mecánica, aunque que reducen los días de hospitalización y las necesidades de oxígeno. Su utilización rutinaria es muy discutible y ha de ser valorada en cada caso, sobre todo teniendo en cuenta su elevado precio. Actualmente se discute su aplicación en otros grupos de riesgo como pueden ser los niños con fibrosis quística o los infectados por el VIH.

**PROGRAMA
OFICIAL**

CHILD WITH COMPLICATED PNEUMOCOCCAL PNEUMONIA

Dr. Sheldon Kaplan

S. pneumoniae is the most common cause of serious bacterial pneumonia in children. Pleural effusions and empyema have increasingly complicated the management of children hospitalized with pneumococcal pneumonia over the past several years in the United States. The reason for this are not certain, but may be in part related to serotype 1 pneumococcal strains that are unusual causes of invasive disease among children in the US but accounted for 25% of complicated pneumococcal pneumonias in one multicenter study. Serotype 3, another unusual cause of systemic pneumococcal infections in children in the US, was responsible for almost 10% of the complicated pneumococcal pneumonias in this same study. Antibiotic susceptibility was not a risk factor in this study. Compared with children who do not develop complicated pneumococcal pneumonia, those children who do tend to be older, are more likely to complain of chest pain, and have prolonged fever after appropriate therapy has been instituted. Chest CT or ultrasound is very helpful in assessing the character of the pleural reaction; pleural fluid with a positive Gram stain or LDH concentrations > 7500 IU/L is predictive of the need for surgical drainage of the pleural infection. Video-assisted thoracoscopy (VATS) is generally the preferred surgical approach to managing the empyema.

NEUMONÍA: BASES RACIONALES PARA EL TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO.

Dra. María Catalina Pérez.

La neumonía adquirida en la comunidad es una de las enfermedades infecciosas más frecuentes en los niños. El pediatra frente a la decisión de indicar antibióticos se encuentra con dificultades como la resistencia bacteriana, "el temor a la evolución desfavorable", los efectos adversos y los costos de los antimicrobianos. La indicación y/o selección inapropiada de los antibióticos, puede crear una falsa seguridad, impidiendo reconocer o tratar precozmente complicaciones graves.

Es habitual la publicación de guías para facilitar la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas. Estas recomiendan considerar la edad del paciente, hallazgos clínico-radiológicos, factores epidemiológicos, vacunaciones y estudios paraclínicos para presumir la etiología. Los virus, especialmente VRS seguido de adenovirus e influenza, son la causa más común de neumonía en los niños menores de dos años. A medida que avanza la edad aumenta la frecuencia de **Streptococcus pneumoniae** seguido de **Mycoplasma pneumoniae**.

El diagnóstico etiológico es difícil de establecer; aún utilizando diversas técnicas (detección de antígenos virales, hemocultivo, cultivo de líquido pleural, serología para Mycoplasma pneumoniae o Chlamydia trachomatis u otras) la elección de la terapéutica en general es empírica. La mayoría de los autores coinciden en que los hallazgos clínico-radiológicos son los más útiles al momento de tomar la decisión.

Hay coincidencia en no indicar antibióticos en casos de neumonía no grave presuntamente viral y utilizar amoxicilina o macrólidos cuando se sospecha neumococo o micoplasma. En los pacientes hospitalizados con neumonía de gravedad moderada o severa existen recomendaciones variadas. Frente a la sospecha clínico-radiológica de infección viral o su confirmación por detección de antígenos, se recomienda no indicar antibióticos, a menos que se presuma coinfección bacteriana. En el tratamiento empírico de la neumonía adquirida en la comunidad de probable etiología bacteriana debe tenerse en cuenta la resistencia de neumococo en cada región. Penicilina o ampicilina son los antibióticos de elección para el tratamiento de la neumonía neumocócica. Se requieren altas dosis de estos antibióticos por la eventualidad de cepas con CIM \geq 2mg/ml para penicilina. En Uruguay se recomiendan dosis de 300-400 mgr/kg/día de ampicilina o 200.000 UI/kg/día de penicilina. En dos años

PROGRAMA
 OFICIAL

en los que se evaluó la aplicación de esta pauta, esta se cumplió en 1730/1850 niños hospitalizados. La mayoría eran menores de 5 años (77%) y tenían consolidación radiológica (84 %). Presentaban empiema 170 niños. Se confirmó etiología bacteriana en 134, correspondiendo a *S. pneumoniae* 126. Fallecieron 13 niños. En un estudio que incluyó 205 niños con neumonía neumocócica, se determinó la susceptibilidad a penicilina en 182 cepas. Las concentraciones inhibitorias mínimas (CIM) fueron: $\leq 0,1\text{mg/ml}$ en 124, entre $0,12 - 1\text{mg/ml}$ en 47, de 2mg/ml en 14 y $\geq 4\text{mg/ml}$ en 3. Estudios farmacocinéticos han demostrado que con las dosis recomendadas se alcanzan concentraciones en suero y líquido pleural por encima de 4mg/ml . Las concentraciones séricas están por encima de este valor, al menos durante el 40 a 50% del intervalo interdosis en la mayoría de los pacientes.

Quando la cepa de neumococo tiene una CIM $\geq 4\text{mg/ml}$ o se sospecha la posibilidad de cepa resistente, se recomienda utilizar cefuroxime, cefotaxime o ceftriaxona. Vancomicina se reserva para cepas con elevada resistencia a cefalosporinas de tercera generación. *S. aureus* es una causa excepcional de NBAC y en estos casos se recomienda asociar vancomicina. La clindamicina puede ser una alternativa cuando las cepas de neumococo o *S. aureus* son sensibles a este antibiótico. Las quinolonas son de uso restringido en niños. Nuevos antibióticos como linezolid se ensayan para tratar niños con NBAC.

Bradley JS. *Pediatr Infect Dis J* 2002; 21(6): 592-8. Gendrel D. *Arch Pediatr* 2002;9:278-88. McIntosh K. *N Engl J Med* 2002; 346 (6): 429-37. McCracken Jr. GH. *Pediatr Infect Dis J* 2000; 19:373-7. Nelson JD. *Pediatr Infect Dis J* 2000; 251- 53. Deeks et al. *Pediatrics* 1999; 103:409-13. Pirez MC et al. *Pediatr Infect Dis J* 2001; 20:283-89; Ferrari et al. *Rev Saude Pública* 2002; 36 (3):292-300. Pirez MC et al. Aceptado para su publicación en *Arch Pediatr Uruguay*, marzo 2003. Algorta et al. ISPPD Anchorage, Alaska 2002. Heffelfinger JD. *Arch Intern Med* 2000; 160: 1399 - 1408. Kaplan et al. *Pediatr Infect Dis J* 2001; 20 (5): 488-494

NEUMONÍA VIRAL

Dr. Luis F. Avendaño

Prefiero referirme a la Infección Respiratoria Aguda Baja (IRAB) de etiología viral, sin entrar a la discusión semántica de neumonía, neumonitis, bronconeumonía, bronquiolitis, etc. La histórica introducción de técnicas de diagnóstico viral específico nos ha confirmado la preponderante participación viral en las IRAB, donde los aspectos clínicos y epidemiológicos han sido claves en sospechar etiología viral; estudios de hemogramas y Rx torax en grupos VRS (+) y (-) no mostraron diferencias, de modo que si es necesario, debe hacerse estudio viral específico. Hay 4 virus respiratorios clásicamente importantes. Las presentaciones clínicas pueden ser semejantes, con algunos matices diferenciales. Influenza y parainfluenza causan el 2 a 5% de las hospitalizaciones pediátricas por IRAB; el diagnóstico se sospecha por el "momento epidemiológico", muy nítido en influenza. "Todos los años" esperamos la visita masiva del VRS y la aparición de los primeros casos de síndrome bronquial obstructivo en la comunidad autoriza a extrapolar su etiología a la gran mayoría de las IRAB prevalentes. Muchos trabajos muestran la ineficacia de los antibióticos, lo que ilustra la baja frecuencia de infecciones mixtas VRS-bacteria. Se enfatiza considerar los factores de severidad clásicos dependientes del huésped (prematuridad, enfermedad crónica subyacente, etc.) en su manejo, pues ellos son los que se mueren. La infección por adenovirus (AD) es un gran problema. Se detecta durante todo el año en baja frecuencia (4 - 8%) en hospitalizados por IRAB, pero es temible por ser fuente frecuente de infección intrahospitalaria. Proponemos definir 3 formas de presentación. Posiblemente la mayor parte de las infecciones por AD evolucionan como una IRAB corriente, y no son diagnosticadas, pues tienen inmunofluorescencia (IF) negativa y se detectan por aislamiento viral o PCR. Unos pocos casos hacen una evolución más prolongada, con fiebre importante, y son diagnosticados (IF+, Rx con lesiones progresivas), aislados y tratados con antibióticos; finalmente se recuperan.

**PROGRAMA
OFICIAL**

Quizás los menos hacen una evolución progresiva, refractaria a tratamiento, fatal o que deja importantes secuelas; estos casos corresponden en 80% a pacientes con afecciones crónicas previas y a contagio intrahospitalario. Actualmente se está detectando la cepa AD genotipo 7h, que es la más prevalente, pero no necesariamente la más virulenta. En el Hospital Roberto del Río, Santiago de Chile, la autopsia de lactantes fallecidos por neumonía mostró VRS o AD en el 70% de los casos, el 80% de los cuales tenía factores de riesgo de patología subyacente o contagio nosocomial. Esto es lo que deberíamos evitar primero.

ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE NIÑOS DE BUENOS AIRES.

López El, Contrini MM, Escoms S, Squasi IR, Plat FJ, Viña A.

La Enfermedad por Arañazo de Gato es un síndrome cuyo signo predominante es la linfadenopatía regional, de curso subagudo o crónico, en un huésped inmunocompetente, transmitida por arañazo o mordedura de gato y que usualmente evoluciona de forma espontánea a la curación. Sin embargo, entre sus manifestaciones atípicas pueden ocurrir: Síndrome Oculoglandular de Parinaud, abscesos hepato-esplénicos, enfermedad del Sistema Nervioso Central, vasculopatías, artritis y enfermedades óseas, si bien la enfermedad diseminada ocurre en menos del 1% de los pacientes.

El aislamiento de *Bartonella henselae* de la sangre de gatos infectados naturalmente y la demostración de que en ellos la bacteriemia puede persistir por varios meses los ha definido como el reservorio zoonótico de este organismo.

Se cree que la EAG es una enfermedad relativamente común, aunque la incidencia cierta de la misma es desconocida.

La detección de anticuerpos séricos para antígenos de *B.henselae* mediante Inmunofluorescencia Indirecta (IFI) es considerado uno de los test más útiles para el diagnóstico de esta enfermedad, debido a la dificultad de obtener el microorganismo por cultivo en medios microbiológicos, dado su escaso desarrollo.

En el Hospital de Niños de Buenos Aires desde Enero de 2001, han sido estudiados 125 pacientes por sospecha de EAG. La presencia de anticuerpos IgM y/o la detección de IgG con título >1:50 utilizando IFI, permitió confirmar el diagnóstico en 83/125 (66.4%); 42/83 (50.6%) fueron varones; la edad promedio en las mujeres fue 83.6 (\pm 43.1) meses y en los varones 107.4 (\pm 43.9) meses; la mayoría de los pacientes fueron tratados en forma ambulatoria (72%); en el 88.6% de los casos surgió el antecedente de contacto con gatos (68.6% de ellos eran cachorros).

El 80% de los niños habían recibido tratamiento antibiótico previo al diagnóstico de EAG, siendo los más usados: Cefalosporinas de primera ó segunda generación, Claritromicina y Rifampicina. Las principales manifestaciones clínicas fueron: linfadenopatía en el 97.5% de los casos; con localización cervical en 35%; axilar: 27.1%; inguinal: 21.4% y otras: 15.7%. Las manifestaciones de enfermedad diseminada diagnosticadas incluyeron: Abscesos hepatoesplénicos (5 pacientes); Síndrome Oculoglandular de Parinaud (7 pacientes); Sacroileítis con Absceso Epidural (1 paciente). Una vez realizado el diagnóstico de EAG la duración del tratamiento antibiótico fue dependiente de la localización, generalmente de 10 a 14 días en los casos de linfadenopatía sin otras localizaciones pero se extendió hasta 4 a 6 semanas en los pacientes con manifestaciones atípicas, según la localización. Los antibióticos más utilizados fueron nuevos macrólidos en asociación con Rifampicina o Trimetoprima-Sulfametoxazol. Conclusiones: 1) La EAG fue una causa frecuente de adenopatía entre niños que consultan por adenomegalias. 2) Si bien son infrecuentes, las formas diseminadas de la enfermedad deben ser investigadas ante un niño con diagnóstico de EAG, dado que de lo contrario pueden pasar desapercibidas. 3) No se ha podido determinar aún fehacientemente la respuesta al tratamiento antibiótico.

PROGRAMA
OFICIAL

LA TOMA DE MUESTRA PARA ESTUDIO VIROLÓGICO

Dr. Luis F. Avendaño

El diagnóstico viral de certeza se realiza con laboratorio específico, pues los antecedentes clínicos o epidemiológicos sólo sugieren una etiología. La investigación requiere de diagnóstico basado en técnicas internacionalmente aceptadas. Deben organizarse laboratorios de diversa complejidad a nivel local y nacional, dependiendo de las necesidades. La primera acción en diagnóstico viral es tomar una muestra adecuada. ¿Se hace por razones clínicas, epidemiológicas o de investigación? ¿Se requiere un simple diagnóstico genérico o llegar hasta "las últimas consecuencias" caracterizando el virus? ¿Se tratará de investigar un solo virus o una gran gama de posibilidades? ¿Qué muestra(s) tomar, cuándo, cómo transportarla y a dónde enviarla? Actualmente hay una gran variedad de técnicas disponibles, que varían en sus características de especificidad, sensibilidad, factibilidad, costo, etc. Sólo los que trabajan en los laboratorios pueden aconsejar la mejor manera de estudiar cada caso, a no ser que haya experiencia en el tema o un protocolo pre-establecido. La solución es una buena comunicación.

En general deberían organizarse dos tipos de laboratorios: a) laboratorios generales que realicen localmente técnicas rápidas de diagnóstico (inmunofluorescencia, ELISA, aglutinación, etc.), para rotavirus, virus respiratorios, HIV, IgM/IgG para varios antígenos, etc. b) laboratorios virológicos (de referencia, nacionales) que agreguen a lo anterior la capacidad de aislar virus y hacer técnicas más complejas (PCR, antigenemia, carga viral, western-blot, secuenciación, etc.).

Un eficiente trabajo cooperativo de este sistema permitirá solucionar las inquietudes clínicas individuales (ej. encefalitis herpética, neumonía severa, caso de TORCH, síndrome febril causa no determinada, etc), colectivas nacionales o transnacionales (ej. hantavirus, HIV/SIDA, dengue, SARS, etc.) y las de investigación.

CONCENTRACIÓN DE ANTIBIÓTICOS BETALACTÁMICOS EN SUERO Y LÍQUIDO PLEURAL DE NIÑOS HOSPITALIZADOS POR NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD.

Trabajo financiado por la beca SLIPE 2001.

*Giachetto G, Pérez MC, Nanni L, Martínez A,
 Montano A, Algorta G, Kaplan Sh L, Ferrari AM.*

La neumonía bacteriana adquirida en la comunidad (NBAC) es una causa importante de morbimortalidad en niños. El desarrollo de resistencia de *S. pneumoniae* a diversos antibióticos constituye un problema en la elección del tratamiento empírico. En Uruguay, desde que se incorporó la vacuna anti *Haemophilus influenzae* tipo b al esquema de vacunación obligatoria, *S. pneumoniae* es el principal agente etiológico. En 1996 el 40 % de las cepas de neumococo tenían algún grado de resistencia a penicilina; 20% de estos aislamientos mostraban susceptibilidad disminuida para cefalosporinas de 3ª generación. Desde 1997 se aplica una pauta de tratamiento para los niños hospitalizados con NBAC, que recomienda la administración de dosis elevadas de penicilina o ampicilina como estrategia de tratamiento empírico de neumonía por *S. pneumoniae* resistente. Niños con neumonía neumocócica con cepas con CIM de 2 y de 4mg/ml han sido tratados exitosamente con este plan.

Objetivo: Establecer si la administración intravenosa de ampicilina a 400 mg/Kg/día y de penicilina a 200.000 UI/kg/día cada 4 horas, logra concentraciones en suero y líquido pleural por encima de 4mg/ml o concentraciones séricas por encima de este valor, al menos durante el 40% a 50% del intervalo interdosís.

PROGRAMA
 OFICIAL

Materiales y métodos: Población: niños de 1mes a 14 años, previamente sanos, hospitalizados en el Centro Hospitalario Pereira Rossell por NBAC con o sin empiema, tratados según la pauta.

Dosis y toma de las muestras: para ampicilina y penicilina se obtuvieron muestras de sangre 30 minutos (C_1) y 3 horas (C_2) luego de una dosis de antibiótico. Las muestras de líquido pleural se obtuvieron del tubo de drenaje, 1 hora (C_1) y 4 horas (C_2) después de la dosis.

Técnica analítica: la concentración total de antibióticos en suero y líquido pleural se midió por cromatografía líquida de alta resolución (HPLC) con columna de fase reversa C18 y detección ultravioleta a 201 nm. Se validó la técnica para un rango de concentraciones de 1.8 a 268 mg/ml (límite de detección 1.0 mg/ml, límite de cuantificación 1,5 mg/ml).

Estudio farmacocinético: Se calcularon: $t_{1/2}$ (vida media de eliminación), t_c (tiempo después de una dosis de ampicilina en que se alcanza una concentración sérica de 4mg/ml) y $T > CIM$ (porcentaje del intervalo interdosis durante el cual la concentración sérica se mantuvo por encima de 4mg/ml).

Resultados: Entre mayo de 2001 y marzo de 2003 se estudiaron 30 niños; 17 tratados con ampicilina y 13 con penicilina. La edad media fue 3 años 11 meses; 16 eran varones. La duración de la enfermedad previa al ingreso fue en promedio 5.2 días (rango 1 a 10). En 8 niños se aisló Streptococcus pneumoniae de sangre y/o líquido pleural, las cepas fueron sensibles a penicilina y cefotaxime.

La mayoría de los pacientes ($n=22$) recibieron más de 6 dosis de antibiótico previo a la extracción de las muestras. La media de las concentraciones séricas de ampicilina fue C_1 37.3 \pm 19 mg/ml, C_2 10.9 \pm 9.8 mg/ml; y de penicilina C_1 21,8 \pm 16.4, C_2 3.87 \pm 2.2mg/ml. La $t_{1/2}$ de la ampicilina en esta población fue 1.5 \pm 1 hora y de la penicilina 1.2 \pm 1 hora. En los pacientes en que se pudo determinar, la media de las concentraciones en líquido pleural fue C_1 25.8 \pm 9.5 mg/ml ($n=12$), C_2 16.2 \pm 6.7 mg/ml ($n=9$) para ampicilina y C_1 10.91 \pm 2.2mg/ml ($n=4$), C_2 7.72 \pm 3.4mg/ml ($n=4$) para penicilina. En 6/13 pacientes tratados con penicilina la C_2 sérica fue inferior al límite de detección de la técnica (0.4 mg/ml). En 4/17 pacientes tratados con ampicilina y en 4/13 tratados con penicilina las C_2 fueron superiores al límite de detección pero inferiores a 4 mg/ml; en estos pacientes el $T > CIM$ fue mayor al 40% del intervalo interdosis.

La duración media de la estadía hospitalaria fue 14 días (rango 3 a 306). Ninguno de los pacientes falleció. En 2 se observaron complicaciones que requirieron toracotomía.

Conclusiones: Las dosis recomendadas alcanzan concentraciones en suero y líquido pleural por encima de 4 mg/ml. Las concentraciones séricas están encima de este valor, al menos durante el 40 a 50% del intervalo interdosis en la mayoría de los pacientes.

PROGRAMA
OFICIAL

IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACION AVANZADA EN AMERICA LATINA.

Dr. Patricio Herrera.

Subrayar la importancia de realizar investigación avanzada es innecesario pues el concepto cae por su propio peso. ¿Qué puede entenderse por investigación avanzada?. Un primer alcance debe referirse al adjetivo de especificidad que decidamos adosarle a "investigación": Clínica, microbiológica, epidemiológica, etc. Dadas las circunstancias que todos conocemos, "avanzada" debe implicar, esencialmente, "bien hecha", de acuerdo a los avances de la epidemiología y su metodología. Debería, además, implicar que se desarrolle en temas que van más allá de lo simplemente convencional. Específicamente, el paso de la investigación descriptiva a la analítica y, al mismo tiempo, la transición de lo meramente informativo a lo con alcances operacionales. En Infectología, en gran medida gracias a SLIPE, se produce una percepción multidisciplinaria que sí enriquece la noción de investigación avanzada, siempre que el objetivo sean los problemas próximos, inmediatos, lo más apremiantes, ya sea por su gravedad, peso económico o preocupación

social. Quizás uno de los aspectos más conflictivos en la tarea de avanzar hacia una mejor investigación, la "avanzada", es la muy frecuente confusión entre lo estereotipado de los recursos, técnicas e, inclusive, métodos analíticos, en perjuicio de la utilidad concreta que pueda tener en la solución de los problemas de nuestras comunidades en particular. Hay impresionantes ejemplos, en nuestra región, de cómo el cumplir todas estas exigencias es posible si existe la voluntad no sólo de hacer, sino de "hacer bien" la tarea. SLIPE concreta durante 2003, ocho años de un esfuerzo específico continuo por lograr "investigación avanzada". Pero sabemos que se requiere esfuerzo, tenacidad, paciencia y, muy especialmente dentro de SLIPE, hermandad y apoyo.

POLIMORFISMO DE SHIGA TOXINA EN PACIENTES CON DIARREA SANGUI- NOLENTA Y SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO EN BUENOS AIRES.

López EL, Contrini MM, Escoms S, Furmanski S.

Las infecciones por *E.coli* productor de Shiga Toxinas (STEC) pueden manifestarse por Diarrea Aguda, Diarrea Sanguinolenta y su complicación más temida, el Síndrome Urémico Hemolítico (SUH). Existen dos tipos principales de Shigatoxinas: la Shiga Toxina -1 (Stx-1) y la Shiga Toxina - 2 (Stx-2). Se sabe que la Shigatoxina es el principal factor de virulencia de las cepas de STEC y particularmente la Stx-2 es el principal tipo de toxina involucrado en la enfermedad en humanos. Dado que también han sido descritas variantes genotípicas de Stx-2, se considera que la identificación de estas variantes génicas de *stx-2* puede ser un paso crucial en la búsqueda de una estrategia terapéutica o de prevención en infecciones por STEC.

El método de detección de alelos ó variantes de *stx-2* es un ensayo de Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR) en asociación con RFLP (Polimorfismo de restricción). En el Hospital de Niños de Buenos Aires, fueron estudiadas 330 cepas de *E.coli* productoras de Stx-2 aisladas de pacientes con Diarrea Sanguinolenta y 198 cepas aisladas de 46 pacientes con Síndrome Urémico Hemolítico, a fin de detectar por PCR y RFLP variantes de *stx-2*: *stx-2_a*, *stx-2_b*, *stx-2_d*. También se realizó ensayo de PCR para la detección de otros genes de virulencia: *eae* (Attaching and effacing gen) y *hly* (gen de enterohemolisina). En pacientes con Diarrea sanguinolenta los genotipos identificados fueron: *stx-2* + *stx-2_a* en 204/330 (61.8%) de los aislamientos; *stx-2* en 101/330 (30.6%); *stx-2* + *stx-2_b* en 16/330 (4.9%) y *stx-2_b* en 9/330 (2.7%). En pacientes con SUH los genotipos identificados fueron: *stx-2* + *stx-2_a* en 143/198 (72.2%) aislamiento y *stx-2* en 55/198 (27.8%). El genotipo *stx-2* + *stx-2_a* fue más frecuentemente aislado en cepas de *E.coli* O157 (diarrea sanguinolenta: 95.6% y SUH:79%) que en las cepas No-O157 (Diarrea sanguinolenta: 4.4% y SUH: 21%). El genotipo *stx-2* fue prevalente en aislamientos No-O157 de pacientes con diarrea con sangre (94.1%). Los otros factores de virulencia *eae/hly* estuvieron presentes en 73/94 (77.7%) en el genotipo *stx₂* salvaje y en 200/220 (90.9%) en las cepas con el genotipo *stx-2*+*stx-2_a*. El gen *eae* fue negativo en 81.3% y 100% de los genotipos *stx-2* + *stx-2_b* y *stx-2_b* respectivamente. Conclusiones: 1. El genotipo *stx-2* + *stx-2_a* fue el más frecuente en pacientes con diarrea sanguinolenta como en niños con SUH ($p=0.1$). 2) El genotipo *stx-2* + *stx-2_a* fue estadísticamente más frecuente en aislamiento de cepas O157 tanto en pacientes con diarrea sanguinolenta ($p<0.0001$) como en niños con SUH ($p<0.005$). 3) El genotipo *stx-2* fue prevalente en cepas No-O157 en pacientes con diarrea sanguinolenta ($p<0.0001$). 4) El gen de virulencia *eae* estuvo fuertemente asociado al genotipo *stx-2* +*stx-2_a* ($p<0.000001$). 5) Una terapia potencia, tal como anticuerpos monoclonales en nuestro medio debería estar dirigida contra los genotipos *stx-2* y *stx-2* + *stx-2_a* de Shiga Toxina.

**PROGRAMA
OFICIAL**

INFECCIÓN POR BORDETELLA PERTUSSIS.

Profesor Agregado Dr. Jorge Quiñan.

La infección por Bordetella Pertussis (BP), que característicamente provoca la tos convulsa o tos ferina o tos de los 100 días, ha cambiado su forma de presentación.

Antes de la introducción de las vacunas, la infección afectaba sobre todo niños y escolares, que se contagiaban entre sí.

Luego de varios años de inmunizaciones sistemáticas, se ha descrito en muchos países, cambios en la epidemiología. En primer término se enferman muy frecuentemente los menores de un año, sobre todo aquellos que aún no han recibido la totalidad de las inmunizaciones correspondientes a su edad.

También se menciona cada vez con mas frecuencia, que los adultos son la fuente de contagio. En estos la tos puede no tener ninguna característica especial, salvo su prolongación en el tiempo, no son investigados etiologicamente ni tratados, y contagian a los menores. En Uruguay desde 1985 no se hacían estudios sobre infección por BP.

La clínica característica de la infección por BP, puede no estar presente. Al mismo tiempo, el cuadro "típico", puede ser provocado por otros gérmenes (adenovirus, B.parapertussis) ; también las manifestaciones de la infección por BP pueden no ser orientadoras (apneas, bradicardia).

La paraclínica inespecífica (leucocitosis, RX de tórax) es de baja sensibilidad y en general poco orientadora.

Los elementos de laboratorio específicos de BP que se pueden investigar son :

- a) Toxina pertussis en sangre (TP), que parece ser de las toxinas en sangre, la mas fiel. Requiere sin embargo de mas de una extracción de sangre (con 4 a 6 semanas de diferencia).
- b) Cultivo de BP. Es el gold standard de la investigación, pero sus rendimientos son muy bajos (se incrementan en las primeras etapas de la enfermedad que es la menos característica) requiere medios especiales (Bordet-Gengou) y el crecimiento de las colonias es lento (7 o mas días de incubación).
- c) PCR (reacción en cadena de polimerasa). En el momento actual es el examen de elección. Tiene como inconvenientes el requerir laboratorios de alta tecnología, con áreas específicas para su desarrollo, y además es cara. En 48 horas se puede tener el resultado.

Importancia del Tema.

La infección por BP se ha transformado en la enfermedad prevenible por vacunas mas frecuente en los menores de 5 años.

Se ha planteado que dado que los adultos pueden ser la fuente de contagio, y al disponerse en la actualidad, vacunas acelulares que no son neurotóxicas, debiera realizarse junto a las dosis "booster" de difteria y tétanos, también un recuerdo inmunológico de pertussis. Para evaluar los costo-beneficio de estas políticas, es conveniente que los países conozcan su epidemiología.

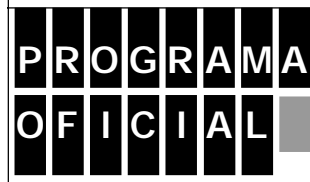
En Uruguay, las denuncias por "tos ferina" a la División Epidemiología del M.S.P., parecen ser escasas.

Desde 1998, hasta el 14 de noviembre de 2002, hubo 17 denuncias en todo el país.

Para intentar conocer algo de la realidad de lo que sucede con este tema, se hizo el presente estudio.

"Investigación etiológica de BP en lactantes hospitalizados y sus contactos domiciliarios". En los primeros 100 pacientes incorporados al estudio, se encontraron 17 con PCR positiva para BP, 5 de ellos con cultivo positivo.

De los 98 contactos en los 17 hogares de esos lactantes, se confirmaron por definición 16 casos, uno de los cuales tuvo PCR y cultivo positivos. 10 de esos contactos eran mayores de 18 años. El estudio abarcó un período menor de un año (abril 2002 – enero 2003), por lo que en ese plazo en Montevideo, se diagnosticaron mas casos que en todo el Uruguay en mas de 4 años. Parece ser importante avanzar con estos estudios epidemiológicos.



USO RACIONAL DE ANTIBIÓTICOS

Dra. María Catalina Pérez.

El desarrollo de resistencia bacteriana a los antimicrobianos es un problema multifactorial, en él intervienen en gran medida el uso y especialmente el uso indebido de antibióticos. Crear grupos multidisciplinarios para realizar intervenciones coordinadas dirigidas a la vez a quienes prescriben antibióticos y a los pacientes que los reciben, son recomendaciones de los programas que tienen por objetivo la contención de la resistencia bacteriana y los gastos en antimicrobiano.

Los antibióticos se utilizan fundamentalmente en la comunidad pero su uso es más intensivo en los hospitales, por lo cual el uso racional en estos centros de asistencia es importante si se desea controlar la resistencia a los antimicrobianos.

Para que estas intervenciones sean exitosas la OPS recomienda que en los hospitales se ejecuten básicamente las siguientes acciones:

- Crear comités terapéuticos que supervisen el uso de antimicrobianos.
- Formular y actualizar periódicamente guías de tratamiento y profilaxis antibiótica.
- Observar el uso de antimicrobianos, en especial cantidad y la modalidad de uso.
- Realizar una vigilancia permanente de la resistencia bacteriana, con laboratorios

Se presenta la experiencia de tres hospitales pediátricos en la promoción del uso racional de antibióticos:

Hospital Pediátrico -Centro Hospitalario Pereira Rossell. Uruguay, Hospital del Niño de Panamá. Y Texas Children's Hospital. U.S.A.

VIGILANCIA DEL USO DE ANTIBIÓTICOS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE AMÉRICA LATINA: GASTO Y CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS, Y RESISTENCIA BACTERIANA.

Dr. Gustavo Giachetto,

Prof. Adjunto Clínica Pediátrica "A", Prof. Adjunto Farmacología y Terapéutica.

Dra. QF Luciana Nanni,

Jefa del Depto. de Farmacia del Centro Hospitalario Pereira Rossell.

Los antibióticos constituyen uno de los grupos terapéuticos más utilizados. En el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell representan aproximadamente el 30% del gasto en medicamentos. Se han desarrollado estrategias para promover su racional, detener el desarrollo de resistencia bacteriana y disminuir los gastos. El desarrollo de guías terapéuticas, la vigilancia de la susceptibilidad bacteriana a los antibióticos y la monitorización de su uso constituyen las más importantes. En 1998, en el HP-CHPR en base a la epidemiología local, se adecuaron las guías de antibioticoterapia empírica para las infecciones más frecuentes asistidas en salas generales y en emergencia. Desde esa fecha se comenzó la vigilancia del uso de antibióticos.

Gasto y consumo: Se determinó el gasto generado por los antibióticos recomendados en las guías de atención hospitalaria, en salas generales y en emergencia (penicilina, aminopenicilinas, cefalosporinas, macrólidos). Para estimar el consumo en pacientes hospitalizados se calculó la Dosis Diaria Definida (DDD)/100 camas día para cada uno de los antibióticos. Se compararon los resultados de gasto y consumo 2001 - 2002. Los antibiótos recomendados representaron en el 2001 el 74% del gasto en antibióticos (\$U 2206652.57) y en el 2002 el 75% (\$U 1642560.25). Los antibióticos más utilizados fueron las aminopenicilinas. El consumo de cefuroxime i/v disminuyó 60% (13.1 DDD/100 camas-día en el 2001, 5.36 DDD/100 camas-día en el 2002). El consumo de ceftriaxona i/v y el

**PROGRAMA
OFICIAL**

de amoxicilina oral aumentaron 38% y 16% respectivamente. Para el resto de los antibióticos el consumo se mantuvo constante.

Hábitos de prescripción: Se analizó el uso de antibióticos en todos los pacientes hospitalizados en salas generales y que consultaron en la emergencia del HP -CHPR, entre el 12 y el 15 de marzo de 2003, utilizando como patrón de oro las guías de antibioticoterapia empírica elaboradas en el hospital, publicadas en el año 2000. Recibieron antibióticos 337 pacientes: 180 internados en salas generales y 157 en emergencia. Las indicaciones más frecuentes fueron: infección de piel y partes blandas (30.5%), infecciones respiratorias (29.3%), infección urinaria (6.2%) y postoperatorios (6.2%). En el 85.5% de los pacientes se utilizó b-lactámicos: cefradina 32%, aminopenicilinas sólo 27.5% y asociadas a inhibidores de b lactamasas 4.7%, ceftriaxona 11.3% y cefuroxime 10%. Se prescribió cefradina en 71/103 infecciones de piel y partes blandas; amoxicilina 19/22 faringitis y 31/42 otitis media agudas, ampicilina 24/33 neumonías y cefuroxime 14/21 infecciones urinarias.

Susceptibilidad bacteriana: Se comparó la susceptibilidad antimicrobiana de los gérmenes más frecuentes del período 2001-2002 con la previa a la adecuación de las guías terapéuticas. Las tasas de susceptibilidad antimicrobiana de los gérmenes más frecuentes (*S.aureus*, *E.coli*, *S. pneumoniae*, *Shigella* sp) no mostraron cambios.

Conclusiones: Estos son los primeros resultados de la vigilancia del uso de antibióticos en este hospital y demuestran la vigencia y la aceptación de las guías de antibioticoterapia empírica propuestas.

JUDICIOUS USE OF ANTIBIOTICS IN COMMUNITY AND HOSPITAL-ACQUIRED INFECTIONS.

Dr. Sheldon Kaplan

One factor in the rising rates of antibiotic resistance among common pediatric pathogens is over use of antibiotics. In the outpatient setting, the most common reason for administration of antibiotics is for upper respiratory infections. Pharyngitis is most commonly caused by a virus and an antibiotic generally is not indicated except of infections caused by Group A Streptococcus, *N. gonorrhoea* or *A. hemolyticum*. Careful examination of the tympanic membrane is required to diagnose acute otitis media for which antibiotics are indicated. Guidelines have been developed by the American Academy of Pediatrics for the diagnosis of acute sinusitis in children since this entity is frequently over diagnosed. Restrictions on the use of vancomycin or the Carbapenems (imipenem/cilastatin or meropenem) in the hospital are useful to combat inappropriate administration of these agents, an important factor in the development of antibiotic-resistant nosocomial pathogens.

PROGRAMA
OFICIAL

GLAXOSMITHKLINE BIOLOGICALS, LATINOAMÉRICA/CARIBE

Dr.S.A. Costa Clemens
Carlos Chagas Institute

GlaxoSmithKline (GSK) Biologicals tiene varias vacunas potenciales en etapa de desarrollo que podrán permitir a las naciones controlar enfermedades que hoy amenazan a la humanidad. Esta presentación revisará el estatus de las vacunas en desarrollo para la prevención del dengue, la malaria y el virus del Papiloma humano.

El Dengue hemorrágico es responsable de la hospitalización de 500,000 niños y la muerte de 24,000 infantes en el trópico anualmente. El dengue está emergiendo en Latin América, como lo hizo hace 45 años en el sureste Asiático. GlaxoSmithKline Biológicos recientemente ha iniciado un programa de co-desarrollo con el gobierno de los Estados Unidos para investigar y desarrollar la vacuna tetravalente de Dengue viva atenuada del Instituto Walter Reed. Esta vacuna ha sido investigada durante los últimos 12 años en adultos sanos norteamericanos para empíricamente seleccionar cuatro serotipos atenuados que puedan ser combinados en un óptimo balance de índice de inmunogenicidad y reactogenicidad.

La malaria es la enfermedad infecciosa grave más prevalente en los humanos. Particularmente afecta los niños menores de 5 años y mata uno cada minuto. Por muchos años GlaxoSmithKline Biológicos ha colaborado con el Instituto Walter Reed entre otros para desarrollar un candidato de vacuna pre-eritrocitaria

La infección por Papilomavirus Humano (PVH) generalmente es una enfermedad transmitida sexualmente y es un factor de riesgo para el desarrollo del cáncer de cerviz. Debido a la mortalidad relacionada con el PVH y el cáncer cervix, el desarrollo de una vacuna profiláctica contra el Papilomavirus Humano es una prioridad para la salud pública latinoamericana.

EPIDEMIOLOGÍA DE ROTAVIRUS EN LATINOAMÉRICA Y BENEFICIOS ECONÓMICOS DE LA VACUNACIÓN UNIVERSAL CONTRA ROTAVIRUS

Miguel O'Ryan G
Profesor Asociado - Programa de Microbiología y Micología
ICBM, Facultad de Medicina - Universidad de Chile

Rotavirus es la causa más frecuente de diarrea aguda severa en niños menores de tres años en todos los lugares del mundo donde ha sido estudiado, incluyendo Latinoamérica. Estimaciones de la Organización Mundial de la Salud sugieren que entre 300.000 a 600.000 niños mueren anualmente en el mundo por esta infección aunque no existen cifras concluyentes de la mortalidad asociada a rotavirus en Latinoamérica. La alta prevalencia de esta infección fue demostrada por Velásquez y cols. en una cohorte de niños Mexicanos en donde más del 90% de los niños tuvieron al menos un episodio de rotavirus al cumplir los 24 meses de edad, y cerca del 40% tuvo tres episodios. El primer episodio es el más relevante por ser el más severo; nuevos episodios son más leves o asintomáticos. El impacto de la infección en países Latinoamericanos quedó demostrado en un estudio prospectivo realizado en Argentina, Chile y Venezuela que demostró que rotavirus se asoció a 1.5%-3% del total de las visitas de urgencia y a 1.6%-5% del total de hospitalizaciones en menores de 3 años de edad. Los costos asociados a la infección por rotavirus son difíciles de establecer y muy disímiles entre los países y los diferentes sistemas de salud. El estudio anterior estimó que en los tres países mencionados que en conjunto tienen una población menor de tres años de 4.900.000, rotavirus determinaría anualmente aproximadamente 250.000 consultas de urgencia y 60.000 hospitalizaciones. Un estudio reciente sugiere que en Latinoamérica una vacuna anti-rotavirus humana atenuada tendría una eficacia protectora de 52% para toda diarrea por rotavirus, 70.9% para diarrea severa y 91% para hospitalización causada por rotavirus. El costo real de los eventos asociados a esta infección para los sistemas de salud en gastos directos e indirectos y el impacto económico que tendría la implementación de un programa universal de vacunación con un nivel de protección como el descrito dependerá de estudios de costo-efectividad que deberán ser realizados en los diferentes países del continente.

**PROGRAMA
OFICIAL**

VACUNAS COMBINADAS

Dr. P. López

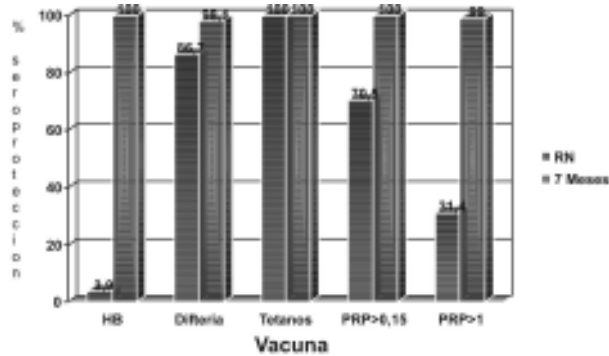
En los últimos años han aparecido en el armamentario preventivo de salud pública un número cada vez mayor de vacunas, cuya aplicación, por separado, en los primeros años de vida, lleva de la mano un mayor número de inyecciones, que significa mayor agresión para el niño y mayor posibilidad de deserción de los programas de vacunación. El programa de inmunización recientemente propuesto por el US Immunization Practices Advisory Committee (ACIP) comprende la aplicación entre 12 a 15 inyecciones durante los primeros dos años de vida, razón por la cual la adherencia a los programas con frecuencia se encuentra comprometida tanto por los padres como por los mismos médicos, y explica la necesidad de contar con nuevas vacunas combinadas, donde se incluyan múltiples antígenos, que ofrezcan ventajas cuando se comparen con la aplicación de los diferentes antígenos por separado. Estas ventajas se pueden resumir en: 1) Menor número de inyecciones 2) esquemas de vacunación simplificados. 3) Disminución al temor a la vacuna al atenuar el dolor 4) Reducción de las oportunidades perdidas en la vacunación. 5) Descenso del costo de almacenamiento y administración de las vacunas separadas 6) Disminución del número de visitas al centro de salud 7) facilitar la adición de nuevas vacunas a los programas de vacunación 8) mejorar la conservación y recuperación de los datos de archivo.

Existen dos tipos de vacunas por combinación: una de ellas con mezcla de varios antígenos de un mismo germen, en un solo producto para inmunizar contra múltiples serotipos que causan una misma enfermedad ej.: vacuna de polisacáridos de la cápsula de neumococo; vacuna con poliovirus vivos atenuados e inactivados. La otra vacuna por combinación contiene antígenos de diferentes microorganismos patógenos que causen enfermedades diferentes, Ej. DPT,MMR.

Combinar múltiples antígenos en una preparación es un trabajo complicado. Requiere la demostración in vitro de compatibilidad química, y estudios tanto clínicos como de laboratorio que demuestren su seguridad, la ausencia de interferencia inmunológica cuando diferentes antígenos son combinados en una preparación y la estabilidad durante un tiempo razonable (p. Ej., 18 a 24 meses). Los efectos adversos no deben ser mayores a la aplicación de las vacunas por separado; esto implica el desarrollo de investigaciones prospectivas, randomizadas, multicéntricas con un universo significativo que permita obtener resultados confiables, pero que lógicamente demandaran costos muy elevados. Recientemente han aparecido múltiples reportes sobre las nuevas vacunas pentavalente y Hexavalente; en la ciudad de Cali, Colombia nuestro grupo desarrolló un estudio para evaluar la inmunogenicidad, seguridad y reactogenicidad en 120 niños de una dosis al nacimiento de Hepatitis B seguida por 3 dosis de difteria-tétanos-celulas enteras de pertussis, extemporáneamente mezclada con vacuna de haemophilus influenzae b (DTPw-HB/Hib - vacuna Penta) a la edad de 2 - 4 y 6 meses. La vacuna fue segura y bien tolerada con alta inmunogenicidad contra todos los componentes antígenicos. Tabla 1 Comparados con estudios previos la reactogenicidad no se incrementó con la dosis adicional de Hepatitis B al nacimiento. La vacuna Penta puede ser usada en la vacunación primaria en nuestros países en niños que han recibido una primera dosis de Hepatitis B al nacimiento. Estudios efectuados con vacuna Hexavalente demostraron que la mayoría de los niños inmunizados alcanzaron los niveles de protección para toxinas de Pertussis, Difteria y Tétanos, al igual que títulos adecuados de neutralización para los 3 sub tipos del virus del polio; y más del 95% alcanzaron niveles de anticuerpos seroprotectores para Hepatitis B. En cuanto a las titulaciones obtenidas para Haemophilus influenzae tipo b (Hib) con las vacunas hexavalentes los niveles de anticuerpos son ligeramente inferiores comparadas con las obtenidas al aplicarlas por separado; sin embargo estas diferencias no afectan la eficacia clínica en cuanto a la protección contra la enfermedad como ha sido demostrado en estudios epidemiológicos prospectivos.

PROGRAMA
OFICIAL

Porcentaje de seroprotección de vacuna pentavalente
 Incluida en el PAI. Cali - Colombia. 2000



Entre las combinaciones interesantes para desarrollar que tendrían un alto impacto en la salud pública Latino Americana encontramos la combinación de Sarampión, Paperas y Rubéola (MMR) y Varicela, pero en la actualidad esta se encuentra en fases iniciales de desarrollo.

MENINGITIS C EN AMÉRICA LATINA

Calil Kairalla Farhat

La infección meningocócica sigue siendo un problema relevante de salud pública que afecta niños y adultos, causando la meningitis clásica, acompañada o no de meningococemia y, algunas veces, de sepsis meningocócica con un cuadro temible de púrpura fulminante. De los trece serogrupos de *Neisseria meningitides* conocidos, los grupos A, B, y C responden a la mayoría de los casos de enfermedad meningocócica en todo el mundo. El meningococo del grupo A se encuentra principalmente en la África sub-Sahariana, la península Arábiga y en algunos países asiáticos. En el continente Americano en general y en América Latina, en particular, prevalecen los casos de meningitis por meningococos B y C, con variaciones geográficas y temporalidades frecuentes e interesantes.

De 1971 a 1975 Brasil tuvo la mayor epidemia de meningitis meningococica hasta hoy descrita. Se registró en aquella ocasión una tasa de incidencia de 179/100,000 habitantes. De 1971 a 1973 la epidemia fue causada por el meningococo C, y de 1973 a 1975 fue causada por el serogrupo A. De entonces a la fecha ha sido rara la identificación del serogrupo A, existiendo un número elevado de meningitis a causa del serogrupo B, seguido por el serogrupo C. En 2001 la tasa de incidencia de meningitis meningococica en Brasil varió de 0.7 a 2.0/100,000 habitantes, conforme a la región del país. Del total de casos, 70% eran debidos al meningococo B y el 30% al meningococo C.

En Argentina, a semejanza de lo que ocurre en Brasil, la meningitis meningococica es la más frecuente de las meningitis bacterianas, con tasa de incidencia variable de 0.6 a 2.0/100,000 siendo el meningococo B responsable por el 65% de los casos y el C por el 25.9%. Chile muestra en el 2002 una tasa de incidencia del 2.4/100,000, menor a la de 2001 (3.2/100,000), pero con un aumento de casos debido al serogrupo C.

Panamá esta presentando una caída significativa en la tasa de incidencia de meningitis meningococica: en 1990 era de 4.6/100,000 y en 2002 llegó a 0.3/100,000.

La infección meningococica es más frecuente, de modo general, en menores de 5 años (60% de los casos), presentándose en 25% de los casos en menores de 1 año. La mortalidad global puede llegar a $\geq 20\%$.

PROGRAMA
 OFICIAL

Está disponible desde los años 70 una vacuna preventiva constituida por el polisacárido capsular del meningococo C, el cual presenta algunos inconvenientes: eficaz solamente cuando es aplicada después de 2 años de edad; inmunidad de corta duración y es T independiente (no produce memoria inmunológica).
Actualmente está disponible una vacuna conjugada contra el meningococo C, que puede ser aplicada a partir de los dos meses de edad, con elevado poder inmunológico y con una extensa experiencia en el Reino Unido que demuestra su gran utilidad en la prevención de la meningitis C.

BENEFICIOS MÉDICOS Y ECONÓMICOS DE LA VACUNACIÓN UNIVERSAL CONTRA VARICELA

*Dr. Jorge Quían
Profesor Agregado
Montevideo - Uruguay*

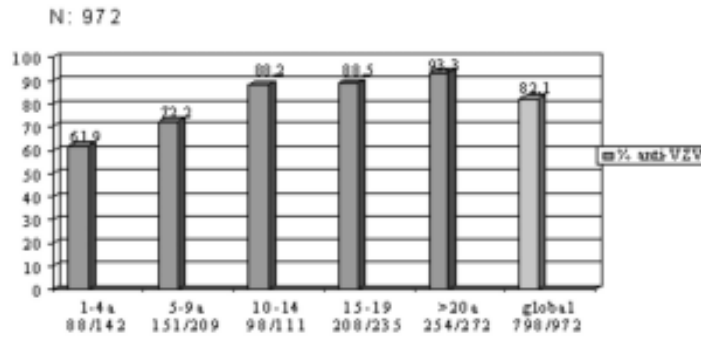
La varicela es una enfermedad altamente contagiosa, causada por el virus varicela zoster (VZV), miembro de la familia del herpes virus.
En general se la considera una enfermedad benigna y autolimitada, pero puede asociarse a complicaciones graves, incluyendo sobreinfecciones bacterianas, neumonía, encefalitis, algunas de las cuales pueden llevar a la muerte. Las complicaciones se ven mas frecuentemente en lactantes, en mayores de 15 años y en inmunocomprometidos. Puede además tener consecuencias severas cuando se desarrolla en el curso del embarazo, provocando el síndrome de varicela congénita.
Además, provoca en el niño promedialmente una semana de pérdida de escolaridad, y en sus padres o cuidadores pérdida de jornadas de labor.
Desde que se dispone de vacunas seguras y eficaces, ha interesado incluirlas en el calendario de los diversos países.

En Uruguay, el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), incluye en forma obligatoria, la inmunización para sarampión, rubéola y parotiditis epidémica, al llegar a los 12 meses de edad. A partir de setiembre de 1999, se incluyó en el PAI la vacuna de varicela, junto al resto de las inmunizaciones correspondientes a los 12 meses de vida.
La medida de incluir esta inmunización en forma obligatoria y gratuita, en un país con altas tasas de inmunización (supera al 90%) es prácticamente única. En EEUU se incluyo desde 1995 en el programa de inmunizaciones, pero no tiene las características de Uruguay de ser obligatoria y gratuita.

En los últimos años Uruguay ha incluido tres vacunas a su calendario sistemático. En 1994 incluyo la de haemophyllus B; en este caso la vacunación fue masiva, para menores de 5 años, con lo que ya en 1995 prácticamente desaparecieron las meningitis por este germen. La introducción de la vacuna por varicela (también se introdujo la de hepatitis B) se realizo por cohortes, o sea que se van incorporando año a año los que cumplen los 12 meses. Es obvio que los resultados sobre la disminución del numero de casos va a llevar mas tiempo. El mayor contacto con el VZV se hace en los primeros años de vida. Esto entre otros se desprende del Estudio sobre prevalencia de Anticuerpos contra VZV en Montevideo, (J:Quían y col.) y que esta en prensa para su publicación. Como se ve en el grafico 1, a los diez años prácticamente el 72% de los niños ha tenido contacto con el VZV.

**PROGRAMA
OFICIAL**

Gráfico 1
Prevalencia de anti-VZV por edad



De acuerdo con ello, la edad de vacunación parece la correcta ya que se evitaría un gran número de casos.

En edades mayores también se puede utilizar la inmunización. De acuerdo al estudio mencionado, el interrogatorio es de gran valor para indicar la vacuna. Si se recuerda por parte del paciente o de sus familiares haber padecido la afección, prácticamente más del 90% tiene AC antiVZV positivos: no sucede lo mismo si no existe el dato. (cuadro 1).

Cuadro 1
Valor del interrogatorio para Varicela

Edad	N	Varicela no	
		ATC si (FN)	ATC no (VN o VPN)
1-4a	109	56/109 (51.3)	53/109 (48.6)
5-9a	112	65/112 (58.0)	47/112 (41.9)
10-19a	116	81/116 (69.8)	35/116 (30.0)
>20a	102	89/102 (87.0)	13/102 (12.7)
Global	439	291/439 (66.2)	148/439 (33.7)

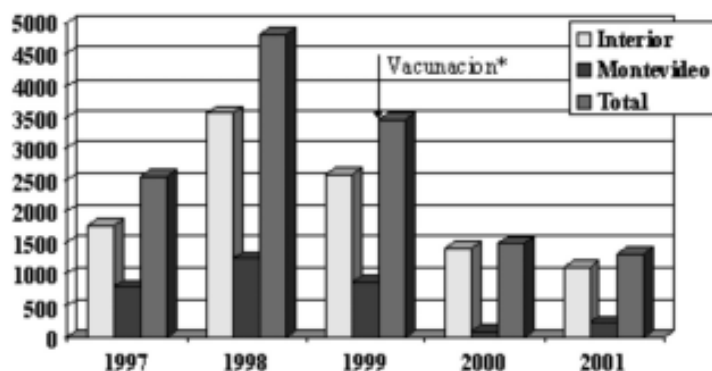
Edad	N	Varicela si	
		ATC si (VP o VPP)	ATC no (FP)
1-4a	33	32/33 (96.9)	1/33 (3.03)
5-9a	97	86/97 (88.6)	11/97 (11.3)
10-19a	230	225/230 (97.8)	5/230 (2.17)
>20a	170	165/170 (97.0)	5/170 (2.9)
Global	530	508/530 (95.8)	22/530 (4.1)

(ATC: anticuerpos; FN: falso negativo; FP: falso positivo; VP: valor predictivo; VPP: valor predictivo positivo; VN: valor negativo; VPN: valor predictivo negativo)

La disminución del número de casos de varicela por lo antes dicho, seguramente se verá con más intensidad en los próximos años, cuando más cohortes hallan recibido la inmunización.

De todos modos algunos indicios primarios se pueden obtener. Como se ve en el gráfico siguiente los casos de varicela denunciados al Ministerio de Salud Pública han disminuido a partir del comienzo de la campaña de inmunización en setiembre-octubre de 1999.

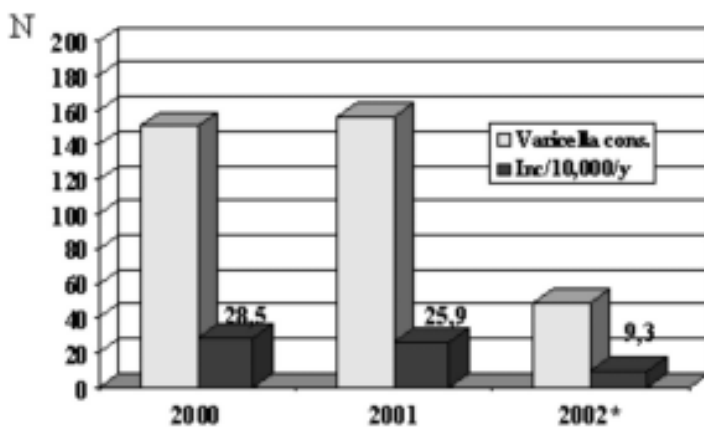
Casos de Varicela en Uruguay



*Programa de vacunacion comienza 1-10-99.

También parece haber una tendencia a la disminución de los casos de varicela que consultan en el Departamento de Emergencia del Centro Hospitalario Pereira Rossell.

Consultas por Varicela en Pediatría
 Departamento de Emergencia - Centro Hospitalario Pereira Rossell - Montevideo



Con respecto a la relacion costo-beneficio, hasta el momento nos debemos manejar con estudios realizados en otros países, ya que en Uruguay no se han realizado. Esos estudios revelan que la relación costo-beneficio es favorable, y habrá que realizarlos también en nuestro medio.

VACUNAS EN SITUACIONES ESPECIALES : VACUNAS ANTIMENINGOCÓCICAS.

María Catalina Pérez.

La enfermedad invasiva meningocócica (EIM) ocurre en forma endémica o epidémica en todo el mundo. Los serogrupos B y C son los más frecuentes. Alrededor del 10 % de los pacientes, en general niños o adultos jóvenes, mueren. La gravedad y la característica epidémica de esta enfermedad genera alarma en las autoridades de la salud y en la población.

Desde 1960 se dispone de vacunas preparadas con polisacáridos capsulares de *Neisseria meningitidis* de los serogrupos A y C para controlar los brotes o las epidemias. Más adelante se dispuso de una vacuna cuatrivalente para los serogrupos A, C, W-135 e Y. Estas vacunas son efectivas en mayores de 2 años. La vacuna bivalente A + C ha sido utilizada extensamente.

Para *N. meningitidis* del serogrupo B se han desarrollado vacunas con proteínas de membrana externa. La más utilizada para el control de epidemias en América Latina es la preparada con la cepa B:4: P1:15. Su efectividad es de alrededor del 80 % en los mayores de 4 años. En edades menores su efectividad es variable según los estudios.

Recientemente la aparición de vacunas conjugadas, como la desarrollada para el serogrupo C, abre un nuevo camino en la prevención de esta enfermedad. La posibilidad de prevenir la EIM por meningococo grupo B sigue siendo una meta; se continúa investigando sobre la protección que las actuales vacunas u otras futuras puedan otorgar a niños menores de 4 años.

En Uruguay se han utilizado en diversas oportunidades vacunas antimeningocócicas. En 1996, en la última epidemia por *N. meningitidis* grupo C, se llevó a cabo una campaña de vacunación con la vacuna bivalente A+C. En los últimos 4 años se observó un aumento progresivo de los casos por serogrupo B. En julio de 2001 se detectaron algunos eventos que señalaban la posibilidad del pasaje de la EIM por *N. meningitidis* serogrupo B, de la forma endémica a la epidémica: un brote entre mayo y julio de 2001 en la ciudad de Santa Lucía con una tasa de incidencia de 30 casos/100.000, afectación de pacientes predominantemente mayores de 5 años y predominio de una cepa, la B: 4,7: P1: 19,15. Después de una amplia discusión con las autoridades sanitarias nacionales se decidió vacunar a la población de 4 a 19 años de esta ciudad y sus alrededores, y luego al resto del país. Se usó la vacuna antimeningocócica B-C desarrollada en el Instituto Finlay (cepa vacunal B: 4: P1:15)

Los casos ocurridos después de la vacunación en los departamentos de Canelones (443 053 habitantes) entre abril 2002 y marzo 2003, correspondiente a un año de observación post-vacunación y en Montevideo (1.344.839 habitantes) entre agosto 2002 y marzo 2003, ocho meses de observación post-vacunación, muestran que la incidencia de la enfermedad se situó en los valores previos al 2001: **Canelones** - En el período pre-brote epidémico la incidencia fue de 1.5 casos /100.000 hab., se duplicó en el epidémico a 3.4 /100.000 hab., y descendió en el post-vacunal a 1.8 /100.000 hab. La letalidad fue 27% en el período del brote epidémico y 12,5% en el post-vacunal. En el período epidémico hubo una incidencia de 7.4 casos /100.000 hab. en el grupo de 4 a 19 años mientras que no hubo casos en ese grupo etario en el período post-vacunal. En el brote epidémico hubo 3 fallecidos en el grupo de 4 a 19 años (todos correspondieron a la cepa B: 4,7: P1:19,15); durante el año post-vacunación no ocurrieron muertes en el grupo etario vacunado. **Montevideo** -En el período pre-brote epidémico la incidencia fue de 1.4 casos/100.000 hab. y alcanzó 4.6/100.000 hab. en el epidémico. En el período post-vacunal ocurrieron 9 casos, 0.7/100.000 hab., dos en pacientes vacunados. La letalidad fue de 5%, en el pre-brote epidémico, y de 10% en el brote epidémico. No hubo muertes en los 8 meses después de la vacunación. En el período epidémico ocurrieron 15 casos en el

PROGRAMA
OFICIAL

grupo etario de 4 a 19 años, disminuyendo a 4 casos después de la vacunación. En los 2 primeros periodos predominó la cepa B: 4,7: P1: 19,15 que desapareció en el período post-vacunal. La vacunación con la vacuna anti-meningocócica B-C fue útil para el control del brote epidémico del año 2001. Logró reducir la incidencia y los casos fatales en el grupo que fue vacunado

Peltola H. Infect Dis Clin Nor Am 1999; 13(3): 685-710. Wenger JD. JAMA 1999; 281(16): 1541- 43. Baker et al. Paediatr Child Health 2001; 37: S13-S19. Sierra G. NIPH Ann 1991; 14 : 195-207. De Kleijn ED et al. Infect Dis 2001; 184 (1): 98-102. Bunje G. et al. Lancet 1993; 341: 732. Peter G. Pediatr Infect Dis J 2000; 20:311-312. Morley SL. et al. Pediatr Infect Dis J, 2001; 20: 1054-61. Pirez MC et al. Rev Med Uruguay 2002; 18: 83-88.

DESAFÍOS PARA AMÉRICA LATINA EN LA PRODUCCIÓN DE VACUNAS

*IE Cuevas Valdespino
Gerencia Médica. Instituto Finlay,
Centro de Investigación-Producción de Vacunas y Sueros. La Habana, Cuba*

Introducción: Los éxitos obtenidos en la erradicación del sarampión, la poliomielitis y la introducción de la vacuna Hib en Latinoamérica, presupone la necesidad de obtener la autosuficiencia en la producción de vacunas, que a su vez pueden ser amenazadas por la reforma sanitaria, la crisis económica y el cierre de instituciones publicas dedicadas al desarrollo-producción de vacunas.

Los desafíos son diversos: acceso a tecnologías para producciones GMP, recursos humanos capacitados y apoyo financiero adecuado en el ámbito de los países.

Objetivos: Mostrar los desarrollos alcanzados en la región para aminorar los retos en la producción de vacunas.

Diseño: Revisión bibliográfica.

Resultados: Varios países están enfrentando los desafíos existentes: México, Brasil, Chile, Venezuela, Argentina, Colombia y Cuba.

En México, BIRMEX produce todas las vacunas consideradas en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).

Brasil hizo importantes inversiones en Instituto Butantan, Biomanguinhos/FIOCRUZ, y TECPAR, donde se producen DPT, TT, Td, BCG, Hep B, Hib, antimeningocócica AC, antiamarílica, antisarampión, antipoliomielitis y antirrábica humana.

Chile (DPT y antirrábica), Venezuela (DPT y antirrábica) han mantenido una producción local estable, mientras Argentina (Instituto Malbrán) y Colombia (fiebre amarilla y TT) realizan esfuerzos por lograr producciones de calidad.

En Cuba, la implementación del programa de inmunización desde 1962, permitió la eliminación de la poliomielitis, el tétanos neonatal, la difteria, el sarampión, la rubéola, la parotiditis, la meningitis postparotiditis; y la eliminación virtual del tétanos, la infección invasiva por Hib, la hepatitis B en menores de 20 años y la reducción en mas de un 90% en la incidencia y mortalidad por enfermedad meningocócica.

La sostenibilidad del programa cubano ha dependido del desarrollo de vacunas por la propia biotecnología cubana. La obtención de la única vacuna segura y efectiva contra la enfermedad meningocócica grupo B y de una vacuna recombinante contra la hepatitis B fueron hitos de una industria caracterizada por ser el estado el inversionista fundamental, ser desarrollada por profesionales cubanos, estrategia de desarrollo a ciclo cerrado, colaboración institucional en torno a un programa con el mercado nacional como meta y oferta al mercado internacional como oportunidad.

El Programa de Vacunas, donde participan el Instituto Finlay, el CIBG (Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología) y el BIOCEN (Centro Nacional de Biopreparados), provee 7 de los 13 antígenos presentes en el Programa Nacional de Inmunizaciones. Los productos líderes de ese programa son VAMENGOC BC (buen impacto durante epidemia de enfermedad

PROGRAMA
OFICIAL

meningocócica de los años 80) y HeberBiovac HB (eliminación virtual de hepatitis B en menores de 20 años).

Otros productos desarrollados son TT (vaxTET), vacuna trivalente contra la leptospirosis (vaxSPIRAL), vacuna antitifoídica (vaxTyVi), las cuales están en proceso de registro en varios países de la región mientras se negocia la provisión a granel de vaxTyVi a otros países. El desarrollo de la tecnología para producir DPT y DT permite la formulación de las vacunas combinadas DPT+HB y DPT+Hib-conjugada con TT

Conclusión: Latinoamérica esta hoy en mejores condiciones de lograr la autosuficiencia en las vacunas tradicionales del PAI para los programas nacionales, a pesar de los desafíos existentes. Para lograrlo, será necesario un mayor compromiso en la inversión pública, una mayor colaboración entre los países, un mayor acceso a la tecnología y la voluntad de proteger los desarrollos alcanzados.

INMUNOPREVENCIÓN CONTRA LA ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA: 14 AÑOS DE EXPERIENCIA CUBANA

F. Sotolongo

*Dirección de Asistencia Científico-Técnica Aplicada,
Instituto Finlay, La Habana, Cuba*

Introducción: La enfermedad meningocócica es un problema de salud que origina un importante daño social por sus manifestaciones graves que con frecuencia provocan pérdida de la vida, además de las secuelas que ocasiona en los que sobreviven. Cuba es el único país que cuenta con un programa de inmunización antimeningocócica contra los serogrupos B y C y por ello se pueden exhibir los logros alcanzados en los 14 años de su aplicación, en correspondencia con la estrategia preventiva.

Objetivo: Exponer los resultados obtenidos con la estrategia de aplicación de la vacuna cubana para el control de la enfermedad meningocócica contra los serogrupos B y C. Informar sobre los proyectos en desarrollo sobre vacunas contra el meningococo.

Diseño: Revisión bibliográfica

Resultados: La aplicación de la vacuna Va-Mengoc-BC[®] se inició con una etapa de vacunación masiva en 1989-1990, para el control de la epidemia.. Con posterioridad, en 1991, se incluyó como parte del Programa Nacional de Inmunizaciones de la República de Cuba para ser aplicada con carácter preventivo a toda la población infantil a los 3 y 5 meses de edad con la estrategia de mantener altas coberturas vacunales y lograr un impacto en la reducción de la morbilidad y la mortalidad por esta enfermedad de manera permanente, sobre todo en el grupo de alto riesgo. La tasa de la enfermedad meningocócica ha disminuido después de la inmunización con Va-Mengoc-BC[®] hasta cifras pre-epidémicas. A medida que ha transcurrido el tiempo, los niveles de cobertura se fueron incrementando hasta alcanzar cifras superiores al 95% desde el año 1994, lo que ha originado el descenso de las tasas de la enfermedad en todo el país y el consecuente control mantenido. Se muestra el comportamiento de la enfermedad en el período de tiempo posterior a la vacunación, a través de los datos registrados por diversas fuentes y se presentan los niveles de reducción de la morbilidad (93%) y mortalidad (98%) que reflejan la efectividad de la vacuna. Se presentan datos sobre la inmunogenicidad adquirida en los lactantes vacunados, así como las evidencias de la respuesta inmune anamnésica y otros datos relacionados con la circulación de meningococos en el país en portadores sanos. Como información adicional se comenta sobre los proyectos de vacunas contra el meningococo que están en fase de ejecución.

Conclusión: Podemos concluir que la estrategia de aplicación de la vacuna Va-Mengoc-BC[®] ha resultado exitosa en la disminución de la morbimortalidad de la enfermedad meningocócica, sobre todo en la población de mayor riesgo.

PROGRAMA
OFICIAL

INFECCIÓN GRAVE POR VIRUS RESPIRATORIO SINCICIAL

Dra María Angélica Palomino M

El VRS es la causa más frecuente de bronquiolitis y neumonía en lactantes. En climas templados causa epidemias invernales. En el 25 a 40% de lactantes menores de 6 meses produce IRA baja. En el menor de 6 semanas es capaz de producir apneas precoces en el curso de la enfermedad. En nuestra experiencia el 2% requiere hospitalización y el 5.6% de los ingresos por esta causa requiere ventilación mecánica. La infección es más severa en lactantes con factores de riesgo clásico: cardiopatías congénitas, displasia broncopulmonar, prematuros, inmunodeficientes, fibrosis quística. En una cohorte de 71 prematuros con displasia broncopulmonar observamos una tasa de hospitalización de 45% en los dos primeros años de seguimiento; 41% fueron infecciones por VRS y 5.4% fallecidos por esta causa. No conocemos aún por qué lactantes sanos hacen una enfermedad severa. La bronquiolitis, definida como el primer episodio de sibilancias asociadas al VRS en lactantes, requiere de observación, hidratación y oxigenación adecuados, manteniendo saturaciones sobre 94%. Los broncodilatadores mejoran el score clínico a corto plazo, pero no disminuyen las hospitalizaciones; son útiles en pacientes asmáticos y con displasia broncopulmonar. La adrenalina es más efectiva que el salbutamol en lactantes menores de 3 a 6 meses, ya que disminuye el edema de la mucosa (efecto alfa) relaja el músculo liso bronquial (efecto beta), mejorando el score clínico y la resistencia de la vía aérea en pacientes más severamente obstruidos, como los hospitalizados en unidades de cuidados intensivos. Se recomienda probar respuesta en cada caso individual y mantenerlos de acuerdo a resultados. No existe evidencia que avale el uso sistemático de corticoides en bronquiolitis. Asmáticos y portadores de DBP podrían tener respuesta favorable. La Academia Americana de Pediatría ha sugerido el uso de ribavirina en pacientes con riesgo clásico y enfermedad severa. La evidencia actual no apoya su uso sistemático, ya que es cara y su efecto benéfico no es claro (el placebo fue agua destilada). Los estudios son escasos y han demostrado disminuir los días de ventilación mecánica y hospitalización, pero no la mortalidad. Algunos investigadores han utilizado la combinación de inmunoglobulina hiperinmune anti VRS, preparada con altos títulos de anticuerpos neutralizantes y ribavirina en pacientes inmunosuprimidos. Hay reportes de uso de surfactante. Los estudios de heliox son poco convincentes. A pesar de las medidas antes mencionadas, algunos niños requerirán ventilación mecánica. Hoy existen distintas alternativas, con experiencias diferente entre los centros: ventilación mecánica no invasiva, convencional o de alta frecuencia. Mientras no exista una vacuna, tendremos que recurrir a las diferentes medidas terapéuticas, muchas de ellas de gran uso y dudosa utilidad.

**PROGRAMA
OFICIAL**

INFECCIONES DE RIESGO PARA PRE-ESCOLARES, ¿QUÉ HACER?

Dra. Teresa Picón

Introducción

Las características neurosíquicas del niño pre-escolar, su curiosidad por aprehender el mundo que los rodea, la concurrencia a centros educativos y guarderías y el contacto con mascotas expone a los niños de estas edades a la posibilidad de padecer infecciones. En las Guarderías y Jardines maternas la convivencia estrecha entre los niños e incluso con los adultos que los cuidan representa un excelente medio para la adquisición de enfermedades infecciosas. Los niños infectados en las guarderías pueden posteriormente transmitir la infección no solo dentro de su grupo sino también en sus hogares y en la comunidad.

Las infecciones respiratorias y digestivas son por lo menos dos veces mas frecuentes que cuando el niño no concurre a estos centros de cuidado. El pre-escolar presenta también

un riesgo mas elevado de adquirir infecciones causadas por microorganismos resistentes, sobretodo neumococos resistentes a la penicilina.
 Por otro lado algunas enfermedades han disminuído su incidencia en este grupo etario por el efecto de vacunas que previenen infecciones frecuentes y graves.
 También es frecuente que muchos niños de esta edad posean mascotas lo que conlleva muchos beneficios pero también los expone a ciertos riesgos, como son la adquisición de infecciones zoonóticas, accidentes y alergias.
 En esta mesa redonda se presentarán experiencias y recomendaciones para el manejo de estos temas.

CONTROL DE ENTEROPARASITOSIS(EP) EN PREESCOLARES QUE ASISTEN A JARDINES DE CUIDADO DIURNO. -SITUACIÓN ACTUAL Y NUEVAS PROPUESTAS.-

Elena Zanetta, Ana Acuña y Daniel Da Rosa.-

En los últimos 11 años, y en el marco de un convenio I.M.M. / Fac. Medicina Montevideo, se han controlado sin interrupciones, las infecciones por Enteroparásitos (EPA) en 19 guarderías para preescolares, la mayoría de ellas situadas en la periferia de la ciudad de Montevideo y de población de bajos recursos, comprendiendo un total aproximado de 1400 niños controlados anualmente. Simultáneamente, hemos emprendido dicho control en jardines ubicados en zona urbana, y de población de clase socioeconómica alta y media. La metodología consiste en labor informativa y educativa hacia padres, y personal de la guardería, sobre los ciclos de los EPA, sus mecanismos de transmisión y formas de profilaxis, instrucciones para la recolección de muestras de Examen Coproparasitario y Espátula adhesiva, realización de los estudios, entrega de resultados, tratamientos de los infectados, y controles postratamiento. Las áreas de vigilancia preferencial, son la cocina y preparación de alimentos, los baños y el área de cambio de pañales, donde deben acentuarse las medidas de higiene, con especial cuidado en el lavado de manos de los niños y del personal, y el correcto lavado de las verduras. Se ha logrado un descenso constante y paulatino de la prevalencia de las 2 EP endémicas más frecuentes: la giardiasis (que descendió del 39% al 11 % y la oxyurosis que descendió del 22 al 10%).-

La prevalencia de EP en jardines, es heterogénea, variando según situación geográfica del jardín, del nivel socioeconómico de la población asistida, y del cumplimiento de las medidas profilácticas por parte de padres y personal a cargo de los niños. Proponemos una clasificación operativa en Jardines urbanos y Jardines suburbanos de zonas con saneamiento insuficiente, Jardines con población de buenos o bajos recursos socioeconómicos y culturales, Jardines con o sin presencia de geohelmintos, (de adquisición exclusiva extraguardería), Jardines con niveles altos o bajos de infección por Giardía y Enterobius. Los geohelmintos hallados son **Ascaris lumbricoides**, **Trichuris trichiura** y **Strongyloides stercoralis**. A ellos se suma **Hymenolepis nana**, tenia vinculada a la existencia de basurales. **Enterobius vermicularis** "oxyuros", y **Giardía lamblia** son los parásitos de presentación endémica, de transmisión directa intraguardería.

Los niños pueden permanecer asintomáticos, o presentar la sintomatología típica de las EP, (diarrea, dolor abdominal, prurito anal, nerviosismo diurno o nocturno, bruxismo repercusión nutricional, variable según los casos). Estudios recientes han demostrado relación significativa entre la presencia de EPA y alteraciones cognitivas en los niños. Existe un grupo de niños con parasitosis recurrentes: un estudio nuestro previo longitudinal, señala que el 14% de las giardiasis presenta recurrencias: en estos niños debería ahondarse el estudio de su terreno inmune. La detección de EPA se constituye en un marcador del nivel de higiene ambiental y de contaminación fecal de los hogares y del propio jardín, señalando el nivel de riesgo para la adquisición de infecciones de transmisión entérica en

**PROGRAMA
OFICIAL**

general. Debe establecerse un diagnóstico de situación de cada jardín, y de acuerdo a él, realizar uno ó dos controles anuales con examen coproparasitario y espátula adhesiva, que comprenda a los niños y al personal docente y no docente, con mayor hincapié en los manipuladores de alimentos. El personal docente y no docente debe estar instruído sobre los "signos de alerta" de las EP, para solicitar se realicen los estudios parasitológicos.

LA MASCOTA, EL NIÑO Y LAS INFECCIONES.

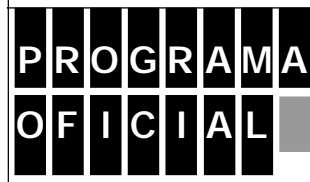
Dra. Katia Abarca V

La experiencia de poseer una mascota genera importantes efectos beneficiosos para el niño, principalmente por estimular su responsabilidad en el cuidado y respeto a los animales y por brindar un vínculo de afecto mutuo que enriquece su desarrollo social y afectivo. Sin embargo, el contacto cercano con animales expone al niño, y en especial al pre-escolar, a ciertos riesgos, como son la adquisición de infecciones zoonóticas, accidentes (principalmente mordeduras) y algunas alergias. El número de infecciones potencialmente transmisibles de mascotas a niños es importante y creciente, por el continuo hallazgo de nuevos patógenos y la creciente oferta y variedad de mascotas, incluyendo en los últimos años animales exóticos. Se discuten las principales infecciones transmitidas por distintas mascotas, en especial las de mayor prevalencia (tiñas, infecciones por *Bartonella henselae*, *Toxocara*, salmonellosis), destacando la forma de sospecha clínica, terapia recomendada y mecanismos de prevención. Especial mención se hará a temas en los que la expositora ha participado de estudios, como son la frecuencia de tenencia de mascotas en niños chilenos y factores de riesgo asociados, la enfermedad por arañazo de gato en sus presentaciones típicas y atípicas y las primeras evidencias de transmisión de ehrlichiosis a través de garrapatas del perro.

SHUNT INFECTIONS

Dr. Sheldon Kaplan

As with any implanted foreign material, ventriculo-peritoneal shunts may become infected with a rate dependent on the experience and skill of the surgeons placing the device. VP shunt infections are most commonly caused by organisms on the skin such as coagulase-negative staphylococcus or *S. aureus* that are thought to be introduced into the surgical wound at the time of operation. Less commonly Gram-negative enterics may be isolated which may be secondary to a wound infection or be related to subsequent perforation of the bowel by the peritoneal end of the catheter. VP shunt infection is usually suspected when the patient develops irritability, malaise and fever generally within 2 months of shunt placement. Vomiting may occur. Occasionally erythema overlying the shunt tubing is noted. Shunt malfunction or obstruction has to be distinguished from shunt infection. Diagnosis is dependent on examination of the ventricular fluid usually obtained by tapping the shunt bubble. Ventricular fluid WBC count and chemistries, Gram stain and culture suggest the diagnosis. The most dependable approach to eradicating the infection involves removing the entire shunt and placing an external ventricular drain (EVD). For coagulase-negative staphylococci vancomycin is typically administered. I recommend daily examination of the ventricular fluid for culture, WBC count and chemistries and that the VP shunt can be replaced after the ventricular fluid is sterile for at least 7 days, the % PMN's of the ventricular WBC is < 30% and the ventricular fluid protein is < 200 mg/dL.



EL LABORATORIO EN EL DIAGNOSTICO DE LAS INFECCIONES VIRALES

Dr. Héctor Chiparelli

Encargado Unidad de Virología del Depto. de Laboratorios de Salud Publica. M.S.P.

En el presente, donde rápidamente se dispone de equipamiento sofisticado y complejo para colaborar con el diagnóstico médico y de nuevos programas terapéuticos, permanece aún limitado el desarrollo de los servicios de diagnóstico virológico.

Inicialmente la virología, desarrollada como una herramienta para la investigación epidemiológica y básica, permitió conocer las grandes asociaciones etiológicas y actuar en consecuencia por ejemplo a través de la implementación de planes de vacunación.

Los progresos en la virología continuaron en forma marcada, donde el desarrollo tecnológico participó con un papel fundamental, trasladado de la investigación "pura" a la "aplicada" para la atención de la salud humana.

Utilizando estas herramientas para el diagnóstico y considerando que desde los aspectos más simples y frecuentes de la medicina clínica, como lo pueden ser las infecciones respiratorias, entéricas, etc., hasta el reconocimiento de las infecciones emergentes y re-emergentes de la actualidad (VIH, Virus Hanta, Virus Dengue, etc.), son situaciones dinámicas y no estáticas, podemos seguir comprendiendo y hasta solucionando problemas que se enfrentan habitualmente en la rutina de la práctica médica.

El diagnóstico es una herramienta fundamental en todas las acciones médicas, y lo es también en las infecciones virales por varias razones, entre ellas las siguientes :

- Interés del médico clínico en conocer la etiología, el proceso infeccioso y mejorar la calidad de la asistencia
- Reducción de costos, de procedimientos diagnósticos innecesarios y de estadios prolongados hospitalarios.
- Utilización adecuada de drogas antivirales actualmente disponibles y la monitorización y adecuación de los planes terapéuticos instituidos.
- Reducción de la administración inapropiada de antibióticos.
- Asegurar el éxito o fracaso de las medidas preventivas
- Evaluar la evolución de la enfermedad y estimar un pronóstico.
- Mejor conocimiento e interés de los pacientes sobre su enfermedad.
- La disponibilidad y el uso de los servicios de diagnóstico virológico, permiten establecer prioridades en la investigación médica dentro de la realidad nacional, regional e internacional.

Obviamente, estos fundamentos deben estar acompañados con la promoción de la capacitación y actualización de egresados universitarios para la realización correcta de los procedimientos diagnósticos, clásicos y con vigencia comprobada, así como de los nuevos desarrollos tecnológicos en especial en el área de biología molecular. Por supuesto, la tarea educativa debe dirigirse también para lograr la correcta interpretación de los resultados y la comunicación bi-direccional y permanente entre los distintos servicios que participen en el diagnóstico.

PROGRAMA
 OFICIAL

ROL DEL LABORATORIO EN EL DIAGNOSTICO Y CONTROL DEL TRATAMIENTO EN LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN PEDIATRIA

Lic. Dora Ruchansky

Área de Biología Molecular. Laboratorio Nacional de Referencia de VIH-SIDA. M.S.P.

La infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) aunque predomina en jóvenes y adultos, afecta a todos los grupos etarios. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que existen 3,2 millones de infectados menores de 15 años que viven con VIH/SIDA a diciembre de 2002.

La transmisión vertical es la principal vía de contagio del VIH en menores de 13 años, siendo el diagnóstico temprano de la infección perinatal de gran relevancia en la indicación de la profilaxis de las infecciones oportunistas así como en el inicio de las terapias antirretrovirales.

La transferencia materna de anticuerpos IgG a través de la placenta durante la gestación, y su permanencia en el niño aún hasta los 18 meses de edad, dificulta el diagnóstico temprano de la infección en el recién nacido por técnicas serológicas convencionales, mientras que la presencia de anticuerpos VIH en edades superiores a 18 meses es criterio diagnóstico

La detección de ácido nucleico proviral de VIH mediante la técnica de Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR por su sigla en inglés) presenta una alta sensibilidad y especificidad, siendo el test de elección para la detección precoz de esta infección en la población perinatal. El seguimiento de los niños infectados con VIH se realiza mediante la determinación de la carga viral (nº de copias de ARN viral en plasma). Este test, junto con la determinación de los niveles de linfocitos CD4 en sangre, es utilizado para la decisión del inicio de tratamientos antirretrovirales, la monitorización de los mismos, así como otras medidas que están relacionadas con el pronóstico de la infección.

Un fracaso terapéutico puede evidenciar, entre otros factores, la aparición de resistencia a uno o más antirretrovirales involucrados en el tratamiento. Desde hace algunos años se han desarrollado metodologías que contribuyen al estudio de resistencia. El estudio genotípico es una técnica que permite identificar las mutaciones del ARN viral que causan resistencia a ciertos fármacos, mientras que también se pueden realizar estudios fenotípicos en donde se mide directamente la sensibilidad a los fármacos.

Desde 1993 el Laboratorio Nacional de Referencia de VIH-SIDA de nuestro país viene investigando y aplicando técnicas de diagnóstico molecular apoyando a nivel paraclínico al diagnóstico precoz y monitoreo de la infección por VIH en población pediátrica.

En el año 2002 se comenzó un trabajo colaborativo con la policlínica de la mujer y la policlínica de VIH-SIDA del Centro Hospitalario Pereira Rossell, estudiando diversas variables involucradas en la transmisión vertical, carga viral de la gestante VIH positiva durante el embarazo, diagnóstico por PCR de los recién nacidos en sus primeras 48 hs de vida, así como el posterior seguimiento mediante PCR y/o carga viral de VIH en caso de infección perinatal.

Es importante mencionar que desde las primeras investigaciones nacionales, los distintos servicios han generado una fluida comunicación que se debe mantener en la actualidad y frente a los nuevos desafíos planteados. Para continuar en la línea de trabajo de evaluación conjunta de los resultados en forma periódica, generando y profundizando los conocimientos adquiridos y mejorando la calidad de los servicios de salud, destacamos la necesidad e importancia de un estrecho contacto del laboratorio de virología con el equipo de salud que asiste a esta población.

PROGRAMA
OFICIAL

POSTERS

INFECCIONES

45. INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS: ANÁLISIS DE LOS INGRESOS AL AREA DE AISLAMIENTOS INFECCIOSOS- CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL.- (ENERO 2001-MARZO 2003).

Galiana A, Pujadas M, Ferreiro B, Lustemberg A, Telechea D, Kenny, J.

Área de aislamientos Infecciosos-Clinica Pediátrica "C".C.H.P.Rossell. Montevideo.Uruguay. Las infecciones de piel y partes blandas de origen comunitario son una causa muy frecuente de consultas en pediatría, y representan un alto número de ingresos. Son causadas en general por *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes* ..En nuestro Hospital hemos constatado, en el curso de los últimos 2 años, infecciones estafilocócicas por cepas resistentes a las cefalosporinas, que en algunos casos se asociaron a falla terapéutica, lo que ha motivado la realización del presente estudio.

Objetivo general: Analizar las características clínicas, epidemiología y etiología de las infecciones de piel y partes blandas en los pacientes ingresados al Área de Aislamientos Infecciosos.

Objetivos específicos: 1-Evaluar en las infecciones producidas por SA, la frecuencia de SA informados como resistentes a las cefalosporinas y/o Meticilina, su evolución clínica y si hubo necesidad de modificar el tratamiento empleado. 2-Establecer una base para estudios de vigilancia epidemiológica de estas infecciones en la comunidad y en el hospital, y optimizar el tratamiento antimicrobiano.

MATERIAL Y METODOS: Estudio descriptivo, retrospectivo. Los criterios de inclusión considerados fueron: Pacientes internados en el Área de Aislamientos Infecciosos en el período comprendido entre el 1/1/01 al 20/3/03, con diagnóstico de infección de piel y partes blandas (impétigo, piodermitis, erisipela, celulitis, absceso, adenoflemón), con estudio bacteriológico de la lesión, con cultivo positivo (germen identificado), con estudio de sensibilidad a los antibióticos cuando correspondiere.

RESULTADOS: Se revisaron 476 historias clínicas. De éstas se seleccionaron 113 pacientes que eran los que cumplían con los criterios de inclusión. 63,7% fueron varones, 83% de los casos ocurrió en menores de 6 años, el 77,8 % procedían de Montevideo, y el 84 % de medio socioeconómico deficitario. El diagnóstico fue: Impétigo 48,7%, Celulitis 30%, absceso 16.8%, adenoflemón 3.5% y 1 caso de erisipela (0.9%). La infección fue generalizada en un 37%, localizada en MMII en 28%, cabeza y cuello en 27%, MMSS en 6% y tronco en 2,7%. En cuanto a la profundidad, el 50% presentaban infecciones consideradas profundas. La etiología mostró coinfección en 25% de los casos, estreptococo-estafilococo. Se encontraron 94 casos de *Staphylococcus aureus* (83,9%), 45 casos de *Streptococo B hemolítico* (dentro de estos, un 57,7% del grupo A) y 2 de otros gémenes 1 *St. pneumoniae* y 1 *Pseudomonas aeruginosa*). De los *S. aureus* aislados, 14 fueron informados como resistentes a las cefalosporinas (15%). Recibieron Cefradina (sola) 81,7% de los pacientes, Cefuroxime un 6,4% y el resto otros antibióticos (clindamicina, gentamicina, combinaciones y otros). Todos los pacientes fueron tratados además cuando correspondía, con Mupirocina local. La duración de la internación fue de 4,7 días promedio (mediana 4,5- rango 1 a 14). Requirieron drenaje 24 pacientes (21,4) en general en sala. Ningún paciente fue derivado a CTI ni a sala de cirugía y ninguno falleció.

CONCLUSIONES Se destaca por su frecuencia la importancia de esta patología en la población pediátrica más carenciada y de corta edad. La etiología muestra un número llamativamente alto de cepas de *St. aureus* resistentes a las cefalosporinas, lo que nos obliga a profundizar el estudio de esta resistencia, ya que podría ser necesario modificar los tratamientos empíricos iniciales en estas afecciones tan frecuentes.

PROGRAMA
 OFICIAL

58. MENINGITIS AGUDA BACTERIANA. ANÁLISIS DEL PERÍODO 1993-2002 EN EL SERVICIO DE INFECTO- CONTAGIOSOS DEL CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL.

Apolo L, Ruiz E, Gil L, Caracciolo S, Pujadas M, Galiana A.
Servicio Infecto-Contagiosos. Centro Hospitalario Pereira Rossell.
Montevideo-Uruguay.-

Introducción: la meningitis aguda bacteriana (MAB) continúa siendo en el siglo XXI un desafío para médicos y autoridades sanitarias. La morbimortalidad de esta enfermedad ha permanecido elevada a pesar de los recursos terapéuticos utilizados en los últimos años. La aplicación en la década pasada de diferentes planes de inmunización ha modificado el perfil de la prevalencia de los diferentes agentes etiológicos, haciendo necesariamente dinámicas las conductas terapéuticas.

Objetivos: Analizar a partir de los casos ingresados con diagnóstico de MAB en el Servicio Infecto-Contagiosos las variables relativas a la edad, el sexo, la distribución anual, el tiempo de internación, las complicaciones durante la internación, las secuelas y las modificaciones del perfil etiológico en el período 1993 – 2002.

Diseño: Estudio descriptivo, retrospectivo a partir de datos obtenidos de historias clínicas e ingresados a fichas precodificadas con esta finalidad.

Resultados: Ingresaron en dicho período 702 niños con diagnóstico de MAB (n=702). La distribución por sexo es de 329 niñas (47%) y de 373 varones (53%). Se diseñaron tres grupos de edades que correspondieron a: Grupo I (menores de 2 años), Grupo II (2 a 5 años) y Grupo III (6 a 14 años). Al grupo I correspondieron 382 niños (55%), al grupo II 184 (26%), y al grupo III 136 (19%). Se identificó el agente etiológico en 410 casos (58%). Los gérmenes identificados en dichos casos fueron: *Neisseria meningitidis* en 282 casos (68%) [serogrupo B: 146 casos (51,7%), serogrupo C: 103 casos (36,5%), otros serogrupos y sin tipificar: 33 casos (11,7%)]; *Streptococcus pneumoniae* en 63 casos (15,3%); *Haemophilus influenzae* tipo b en 44 casos (10,7%) y otros gérmenes en 21 casos (5%). El promedio de días de internación fue de 9,1. Se constataron complicaciones durante la internación en 179 casos (25.5%), atribuyendo el 18% de éstas a convulsiones. La etiología meningocócica se asoció con 16,3% de secuelas, la neumocócica con 51% y la meningitis por *Haemophilus influenzae* tipo b con 43 %. Se observó un predominio de las secuelas en el grupo I.

En cuanto a la frecuencia relativa de las diferentes etiologías en el período evaluado, se observa una disminución de la frecuencia de *Haemophilus influenzae* tipo b a partir de 1995, un aumento de la frecuencia de *Neisseria meningitidis* serogrupo C hasta el año 1996 con posterior disminución, y una frecuencia mantenida de *Streptococcus pneumoniae* y *Neisseria meningitidis* serogrupo B.

Conclusiones: la MAB afecta principalmente a los niños menores de dos años causando en este grupo un importante número de secuelas. El mayor porcentaje de secuelas se observó en las MAB por *Streptococcus pneumoniae*. La frecuencia de MAB por *Haemophilus influenzae* ha tenido un contundente descenso a partir de la implementación de la inmunización masiva para este agente. En los últimos años los dos agentes etiológicos

PROGRAMA
OFICIAL

PATOLOGÍA RESPIRATORIA

1. PERFIL DE LA POBLACIÓN DE UNA POLICLÍNICA ESPECIALIZADA EN ASMA Y ENFERMEDADES RESPIRATORIAS. ANÁLISIS DE 8 AÑOS DE ACTIVIDAD

Souto G., Lapides M.C.

Policlínica Pediátrica Especializada, Hospital Escuela del Litoral, MSP, Paysandú, ROU

Objetivos: Analizar el perfil poblacional de esta Policlínica en el período comprendido entre Julio 1994 y Julio 2002.

Diseño: Estudio descriptivo retrospectivo de una muestra tomada al azar de 160 historias clínicas, de un total de 812, que corresponde aproximadamente a un 20% del total de la población de pacientes reclutados en un período de 8 años (promedio anual de 101 ingresos). Se consideran: distribución por sexo y edad, clasificación por diagnóstico clínico (en relación a Asma, de acuerdo a pautas establecidas en guías nacionales e internacionales), número de crisis e internaciones en la evolución.

Resultados: La muestra estudiada de 160 pacientes está integrada por 70 niñas y 90 varones.

El rango de edades abarca de 0 a 16 años con un predominio de pacientes menores de 5 años :76 pacientes (49%) con un leve pico dentro de este grupo correspondiente a los 3 años (23 pacientes:30%)

La mayoría de los pacientes consultaron por Asma (95%) y 5% por otras patologías (Infecciones respiratorias agudas con síndrome bronquial obstructivo y rinitis alérgica)

En el grupo de asmáticos se clasificaron como Asma Intermitente Leve: 63 pacientes (41%), como Asma Persistente Leve: 41 pacientes (27%), como Asma Persistente Moderada: 17 (11%) como Asma Severa : 1(0.5%), como Asma inducida por ejercicio 1(0.5%) y como Asma del lactante 30 pacientes(20%). Al ingreso en la Policlínica.25 pacientes asociaban AIE al diagnóstico de AIL, APL y APM.

De la muestra, 111 pacientes continuaron en control en la Policlínica (70%) con una media de 3 controles anuales por paciente.

La población estudiada presentó un promedio de 2,4 crisis por paciente en el último año considerado (2001-2002) con un rango de variación de 0 a 8 crisis por paciente.

8 pacientes del total de 153 asmáticos de la muestra tuvieron una internación por crisis asmática durante el período de control (un 5% de la población de asmáticos).

Conclusiones: En la muestra examinada el Asma constituye el principal motivo de consulta (95%).Coincidiendo con series mundiales, la mayoría de los pacientes asmáticos son de sexo masculino (56%). La edad predominante en la primera consulta es de 3 años. La distribución de acuerdo al diagnóstico clínico, con predominio de la formas leves de asma es comparable con otras series citadas en la bibliografía, aunque se esperaba un mayor sesgo hacia las formas más severas por tratarse de un Servicio de referencia.

Se registró una buena adherencia a la Policlínica dado el número de pacientes que continuaron en control y un bajo índice de crisis e internaciones.

PROGRAMA
OFICIAL

3. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INGRESO DEL NIÑO ASMÁTICO SEVERO EN EL CENTRO DE REHABILITACION.2002-2003.

*Dra Tania Raymond Villena
Especialista de primer grado en Alergia
Especialista de primer grado en Medicina General integral*

*Dra. Deysi Sánchez Picouto
Especialista de primer grado en Pediatría*

*Celia Sánchez Manduley.
Centro Nacional de rehabilitación para niños
asmáticos severos y diabéticos insulino dependientes.*

*Hospital Pediátrico Tarara
Ciudad de laHabana, Cuba.*

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, con los niños asmáticos severos, Centro de Rehabilitación Celia Sánchez, Habana del Este, Tarara, curso 2002-2003. La muestra queda constituida por 91 pacientes, 25 hembras, 66 varones, edad comprendida entre 8 y 13 años. El objetivo era identificar algunos factores psicosociales, comorbidos, tratamiento, antecedentes de riesgo de morir por asma, que influyen en el ingreso del paciente asmático en la institución. Obtenidos los datos de las historias clínicas, se aplicaron métodos estadísticos, cálculos de porcentajes, medidas de frecuencia. Los factores más significativos fueron, hijos de padres divorciados, 59,3%, dormitorios alérgicos 57,1%, presencian de mascotas 43,9%, vectores en las casa 41,7% , humedad 35,2%, fumadores pasivos 60,4%, visitas frecuentes a servicios de emergencia 57,1%, uso de corticoesteroides sistemicos continuo o suspensión reciente 44%, tratados con medidas de control ambiental, ketotifeno, cromoglicato disodico, 39,6%, menos significativos, uso de esteroides inhalados 33%, enfermedades respiratorias asociadas 27,5%. Se utilizaron tablas para su mejor análisis y discusión.

PROGRAMA
OFICIAL

4. TERCER AÑO DEL REGISTRO URUGUAYO DE FIBROSIS QUÍSTICA. AÑO 2001

*S Cabeza; M Saráchaga, D Holgado, V Méndez, G Rutz, G Caballero y C Jasinski.
MSP, CASMU, AE1eraSM, BPS, MU, HCFFAA.*

Introducción: La Fibrosis Quística(FQ) es la enfermedad autosómica recesiva más frecuente en los caucasoides, si bien se manifiesta en todas las razas. Su verdadera prevalencia en Latinoamérica (LA) es desconocida, pero hay una estimación teórica de 7 por 100.000 habitantes. En nuestro país se hizo un estudio a partir de la frecuencia del DF508 en la población general, que reveló una posible prevalencia de 7,6 cada 100.000 habitantes, algo muy similar a lo calculado para LA. El Registro uruguayo se inició en 1999 para buscar ese número de pacientes.

Objetivo: Analizar la información recogida a través del registro de datos del tercer año .
Objetivo específico: describir las características de los pacientes desde el punto de vista epidemiológico, tipo de diagnóstico, evolución y letalidad.

Diseño :Es un estudio descriptivo retrospectivo a partir de un registro de datos continuos.

Resultados: En el año 2001 el número de pacientes registrados fueron 63, 46 de sexo masculino, 17 de sexo femenino, todos de raza blanca, menos uno. Las edades oscilan en un rango de 2 meses a 39 años, con un 72 % de pacientes menores de 15 años, 8 % de 15 a 18 años y 20 % de adultos, con un promedio de edad de 11 años. Las edades al diagnóstico están entre 1 mes y 37 años, con un 47 % de pacientes diagnosticados por debajo del año. El diagnóstico se sospechó : por íleo meconial en 4,69% ; por síntomas combinados digestivos y respiratorios en 32,8%, por síntomas respiratorios en 32,8%, por síntomas digestivos y otros, 20,5%, por historia familiar en 6,5% . El 50 % se encuentra por debajo o en el percentil 50 de peso y talla, con un 14 % en percentil 3 o menor de 3. En cuanto a la colonización bacteriana de la vía aérea, de los 54 pacientes en los que se buscó, se comprobó flora habitual en 19 %, y un 47% de colonizados por *Pseudomonas aeruginosa*, incluido un paciente con *Burkholderia cepacia*. Progresivamente se hacen más tratamientos inhalatorios con antibióticos en domicilio. La fisioterapia no se realiza en un 10 % , se realiza en forma ocasional en 38% y sólo un tercio la realiza diariamente. Las enzimas pancreáticas se usan en forma regular o irregular en 60 % de los casos, no se usan en 21 %, que corresponden a las formas sin afectación pancreática y no hay datos en 17 % . El tratamiento con ácido ursodeoxicólico (UDCA) se realiza en 29% de los casos. La suplementación alimentaria oral se usa en 39% de los casos. El oxígeno es usado en sólo 7% de los pacientes. No tuvieron complicaciones en el año 59%, y la más frecuente fue la hipoxemia. El estudio genético se hizo en 75% de los casos, con 11 pacientes homocigotos para DF508, 22 heterocigotos para esa mutación y 14 heterocigotos para otras mutaciones. La mutación DF508 se encuentra en 47 alelos estudiados y las que le siguen en frecuencia se encuentran en dos casos cada una. Fallecieron 3 pacientes, dos de ellos adultos y el promedio de edad al fallecimiento fue de 21 años.

Conclusiones: Se sigue por debajo del número esperado de pacientes, lo cual puede tener varias causas: no diagnosticados, formas leves, no envió al Registro. El estado general de la población de pacientes es aceptable para estándares en LA, pero lejos de los del Primer Mundo. Si bien el alerta sobre la enfermedad ha mejorado el diagnóstico, cabe plantearse otras estrategias. No hay reconocimiento legal de la afección. El número actual de pacientes justificaría la creación de un centro de tratamiento en Montevideo.

PROGRAMA
OFICIAL

28. CARACTERIZACIÓN FISIOPATOLÓGICA DE LAS SECUELAS RESPIRATORIAS EN LA DISPLASIA BRONCOPULMONAR. RESULTADOS PRELIMINARES

*De Martini AC, Giachetto G, Estol P, Arcos J.
Clínica Pediátrica "A", Centro Hospitalario Pereira Rossell.
Laboratorio de Exploración Funcional Respiratoria, Hospital de Clínicas.
Facultad de Medicina, Montevideo, Uruguay.*

Introducción: En los últimos años los progresos en la asistencia del recién nacido pretérmino han determinado un aumento en la incidencia de enfermedades respiratorias crónicas en el primer año de vida. La displasia broncopulmonar es la más frecuente. La severidad de las secuelas respiratorias en estos pacientes es variable. Múltiples factores influyen en el desarrollo y progresión de esta enfermedad. La incorporación de técnicas de exploración de la función respiratoria en el seguimiento de estos pacientes contribuye a optimizar el tratamiento y disminuir la injuria pulmonar secuelar.

Objetivo: Describir las características fisiopatológicas de las secuelas respiratorias a corto plazo de los lactantes con displasia broncopulmonar en nuestra población.

Material y métodos: Se planificó el seguimiento en los 12 primeros meses luego del alta de niños menores de 2 años con displasia broncopulmonar controlados en la "Policlínica de asistencia de niños oxígeno dependientes" del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Se excluyeron los niños con malformaciones congénitas mayores. En cada control se valoró características y severidad de la enfermedad respiratoria. En todos los pacientes se planificó el seguimiento paraclínico con: ecocardiograma bidimensional con doppler y electrocardiograma para valorar hipertensión pulmonar, funcional respiratorio (al inicio, 6 y 12) y polisomnografía.

Resultados: Se presentan los resultados preliminares entre abril de 2001 y diciembre de 2002. Se captaron en la unidad de neonatología 33 niños. (Centro Hospitalario Pereira Rossell 31, Hospital de Clínicas 2). Fallecieron previo al alta 7, permanecían internados al final del período estudiado 5 y abandonaron los controles 7. Se realizó el seguimiento de 13 niños. La media de la edad gestacional al nacer fue 30 semanas y de la duración de asistencia ventilatoria mecánica 23 días. Presentaron peso al nacer < 1000g 7/13, enfermedad de la membrana hialina 10/13 y enfermedades asociadas 7/13 (retinopatía 5, hemorragia intracraneana 4 y ductus arterioso persistente 5). Al inicio todos los pacientes presentaron sibilancias recurrentes con polipnea y/o tirajes permanentes. Requerían suplementos de oxígeno 5/13. Se realizó espirometría en 12 niños. Los patrones espirométricos fueron: mixto 9, restrictivo 1, obstructivo 1 y normal 1. La respuesta al salbutamol fue positiva en 7, paradójica en 3 y no hubo respuesta en uno. Durante el seguimiento un paciente falleció por neumonía. Mejoraron los síntomas permanentes 9/12 y todos persistieron con sibilancias recurrentes. Discontinuaron la oxigenoterapia 2/5 niños (uno a los 4 meses y otro a los 10 meses). Reingresaron 8 pacientes: por infección respiratoria baja 4, apneas 1 y crisis bronco obstructivas 3. Se reiteró el funcional respiratorio entre los 6 -9 meses a 3 pacientes, se observó persistencia de alteraciones con cambios en el patrón mecánico.

Conclusiones: Al igual que en otras series, los síntomas respiratorios persistentes son frecuentes en los primeros meses de vida. La mayoría presenta alteraciones espirométricas marcadas con respuesta positiva al salbutamol. La respuesta paradójica constituye un hallazgo difícil de interpretar en esta población. Es necesario completar el seguimiento de estos pacientes y estudiar un mayor número de niños para poder caracterizar las secuelas respiratorias.

PROGRAMA
OFICIAL

29. BRONQUIOLITIS. ESTUDIO COMPARATIVO DEL TRATAMIENTO DE LOS NIÑOS ASISTIDOS EN EL CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL EN LOS AÑOS 1999 Y 2001

*C Cascino, C Frascheri, C Gruosso, G Giachetto ,A Montano.
 Clínicas pediátricas B yA. Centro Hospitalario Pereira Rosell.*

Introducción Las infecciones respiratorias agudas bajas (IRAB) son la primera causa de internación en el Hospital Pediátrico (HP) del Centro Hospitalario Pereira Rosell (CHPR), la bronquiolitis representó entre los años 1997 y 1999 el 34 % de las IRAB. En 1999 se implementó una estrategia de atención denominada Plan de Invierno con la finalidad de mejorar la calidad de atención de los niños ingresados por IRAB y la eficiencia en el uso de los recursos asistenciales. Se utilizaron pautas de internación, diagnóstico y tratamiento; se hospitalizaron los pacientes según criterios de cuidados progresivos y por patología ; se creó un sistema de registros con soporte informatizado y se incorporó la investigación sistemática de la etiología viral. Un estudio que evaluó la aplicación de esa estrategia en los niños hospitalizados por bronquiolitis en el CHPR mostró que se había logrado una racionalización en la utilización de los recursos disponibles. En el año 2001 no se contó con infraestructura similar a la del año 1999, lo que podría haber influido negativamente en los logros alcanzados en el período anterior.

Objetivo: Evaluar el tratamiento de los niños con bronquiolitis que ingresaron al CHPR en el año 2001 y compararlos con el que recibieron aquellos incluidos en el año 1999 cuando se aplicó una estrategia asistencial (Plan de Invierno) .

Metodología: Se utilizaron los datos contenidos en el sistema de registro informatizado del CHPR . Se comparó el tratamiento y la evolución de los niños con bronquiolitis asistidos en el año 2001 con los incluidos en el estudio anterior (1999). Los criterios de inclusión fueron similares a los utilizados en ese estudio. Se comparó severidad clínica, tratamiento recibido (corticoides, broncodilatadores y antibióticos), investigación virológica, evolución (días de estadía, pase a CTI y necesidad de asistencia ventilatoria mecánica, muertes). El programa estadístico utilizado fue Epi-Info 6 (Center for Diseases Control and Prevention, Atlanta, GA); las variables se analizaron mediante la prueba χ^2 , y el test exacto de Fisher; se consideró significativo $p < 0.05$.

Resultados: Las características clínicas de los niños con bronquiolitis fueron similares en ambos períodos. La severidad clínica evaluada por la polipnea fue mayor en 2001 ($p < 0.01$). Disminuyó el uso injustificado de antibióticos ($p < 0,01$) No hubo diferencias significativas en el uso de B2 agonistas ni corticoides . No hubieron diferencias significativas en el tipo de virus identificados ,pero fue menor el número de exámenes realizados ($p < 0.01$) Disminuyó el diagnóstico de atelectasias , siendo similar el diagnóstico de sobreinfección bacteriana No hubo diferencias significativas en necesidad de traslado a CTI y asistencia ventilatoria mecánica , días de estadía hospitalaria y muertes.

Conclusiones: La estrategia Plan de Invierno permitió racionalizar el uso de los recursos asistenciales. En el año 2001 se logró mantener esa racionalización. Quizás se haya generado un núcleo de pediatras que continúan aplicando los protocolos clínicos y que ,en un ámbito docente ,actúen de multiplicadores de los conocimientos . No disponer de estudios virológicos dificulta la aplicación de normas de aislamiento y la prevención de infecciones intrahospitalarias.

**PROGRAMA
OFICIAL**

43. FACTORES DE RIESGO DE EMPIEMA PARANEUMÓNICO EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

*S. Gutierrez, J Stewart, N De Olivera, P Gándaro, C García, A Montano, I Rubio, MJ Saráchaga, MC Pirez
Clínicas Pediátricas A, B y C. Facultad de Medicina.
Centro Hospitalario Pereira Rossell.*

Introducción: En Uruguay las infecciones respiratorias agudas bajas son una importante causa de morbilidad en los niños. El empiema par neumónico ha alcanzado cifras de 15.5% de los ingresos por neumonía bacteriana siendo su causa multifactorial.

Objetivo: verificar si el retardo en el diagnóstico, las consultas reiteradas y el uso previo de antibióticos son factores de riesgo para desarrollar empiema en niños de 1 mes a 5 años con diagnóstico de neumonía bacteriana adquirida en la comunidad.

Diseño: estudio de cohorte en niños menores de 5 años que fueron hospitalizados con diagnóstico de neumonía bacteriana con o sin empiema. Se realizó un estudio piloto para el cálculo de la muestra. Se identificó en cada caso la presencia o ausencia de los 3 factores de riesgo mencionados. El estimador de riesgo fue el riesgo relativo con su respectivo intervalo.

Resultados: 201 niños integraron la cohorte, 70 empiemas y 131 neumonías. El retardo en el diagnóstico aumentó 1.9 veces (1.3-2.9) el riesgo de desarrollar empiema. Las consultas reiteradas no constituyeron un factor de riesgo (1.73, 0.99-3.02) ni el uso previo de antibióticos (1.15, 0.72-1.82). De los niños con consultas reiteradas, los que presentaban empiema tuvieron más retardo en el diagnóstico que los niños con neumonía.

Conclusiones: el retardo en el diagnóstico aumenta hasta 2.9 veces el riesgo de desarrollar empiema en niños menores de 5 años usuarios del Ministerio de Salud Pública con criterios de hospitalización. Las consultas reiteradas y el uso previo de antibióticos no se comportaron como factores de riesgo.

PROGRAMA
OFICIAL

GASTROENTEROLOGÍA Y NUTRICIÓN

27. RESULTADOS DE UNA INTERVENCIÓN NUTRICIONAL EN NIÑOS OXIGENODEPENDIENTES PORTADORES DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA CRÓNICA.

P. Ferreira, V. Reyes, G. Giaghetto.

Policlínica de asistencia de niños oxigenodependientes.

Centro Hospitalario Pereira Rossell, Facultad de Medicina. Montevideo Uruguay.

Introducción: La desnutrición es una complicación frecuente en las enfermedades respiratorias crónicas que afecta negativamente la función respiratoria. En diciembre de 2000 se incorporó a la "Policlínica de asistencia de niños oxigenodependientes" del Centro Hospitalario Pereira Rossell una nutricionista con el objetivo de desarrollar una pauta de soporte nutricional para estos niños.

Objetivo: Analizar los resultados obtenidos con la aplicación de esta pauta en niños portadores de enfermedad respiratoria crónica con y sin insuficiencia respiratoria.

Métodos: Se incluyeron niños portadores de enfermedad respiratoria crónica controlados en la "Policlínica de asistencia de niños oxigenodependientes" del Centro Hospitalario Pereira Rossell. En conjunto con especialista en nutrición y dietética al ingreso al estudio, se determinó el estado nutricional, se identificaron los pacientes retencionistas de anhídrido carbónico y se elaboró un plan de alimentación individualizado. Se valoró la evolución del estado nutricional y de la enfermedad respiratoria en el período enero 2001 - julio 2002.

Resultados: Se incluyeron 24 niños, 14 varones y 10 niñas; edad media 3 años 3 meses. El diagnóstico más frecuente fue daño postviral confirmado (n=9) y probable (n=11) seguido de enfermedad respiratoria crónica del recién nacido (n=4). Presentaban insuficiencia respiratoria crónica 18 niños, eran retencionistas de anhídrido carbónico 9 y no retencionistas 4. En 5 pacientes no fue posible determinar la presión arterial de anhídrido carbónico. Al comienzo del seguimiento, tenían adecuado estado nutricional 7/20 niños con daño postviral; y desnutrición 4/4 niños con enfermedad respiratoria crónica del recién nacido y 13/20 con daño postviral.

Los pacientes con adecuado estado nutricional lo mantuvieron durante todo el seguimiento. En los pacientes desnutridos, luego de la intervención nutricional, la caída de la media del puntaje Z de peso y de la relación peso/talla se detuvo a pesar de presentar enfermedad respiratoria más severa.

Conclusión: Estos resultados apoyan la importancia de desarrollar estrategias de intervención nutricional precoces y programadas en el tratamiento integral de estos niños.

PROGRAMA
 OFICIAL

35. USO DEL BALÓN NEUMÁTICO DE DILATACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LAS ESTENOSIS ESOFÁGICAS EN NIÑOS.

*Delgado L, Acosta A, Montano A, Iglesias C, Sereno V, Mendez V.
Servicio de Endoscopia del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR).
Montevideo Uruguay*

Introducción

La estenosis esofágica puede ser secundaria a cirugía esofágica por anomalías congénitas o adquirida sea por ingesta de cáusticos o por reflujo gastroesofágico severo. El uso del balón neumático de dilatación, método rápido y efectivo, sustituyó desde 1981 al tratamiento mediante la utilización de bujías.

Objetivo

Describir las características clínicas, del tratamiento y la evolución de los niños portadores de estenosis esofágica en los que se realizó dilatación con balón neumático en el Servicio de Endoscopia del CHPR.

Método

Ingresaron al estudio todos los niños portadores de estenosis esofágica que fueron sometidos a dilataciones con balón neumático en el período comprendido entre enero de 1997 y diciembre de 2002.

Los pacientes fueron identificados mediante el archivo por patología y se volcaron a una ficha de recolección de datos diseñada para este estudio. Todos los procedimientos se realizaron con anestesia general utilizando endoscopio flexible y balón de dilatación neumático de calibre apropiado al grado de estenosis. Para su estudio se dividieron en 2 grupos de acuerdo a la causa de la estenosis: Grupo A, causas congénitas y Grupo B, causas adquiridas.

Se analizó: número de dilataciones, complicaciones, respuesta al tratamiento y falla del mismo. La respuesta al tratamiento se definió como recuperación de la tolerancia alimentaria y requerimiento de dilataciones con menor frecuencia. Se consideró falla del tratamiento ante el abandono de las dilataciones, la falta de respuesta o la aparición de complicaciones que requirieran tratamiento quirúrgico.

Resultados.

Fueron tratados 22 niños con estenosis esofágica. En el grupo A (n=11) fueron 7 niñas y 4 varones; tenían edades entre 27 días y 14 años; 10 niños correspondían a postoperatorio de atresia esofágica y 1 tenía estenosis yeyunal proximal. Se les realizó 31 dilataciones (rango 1 a 8). Respondieron al tratamiento los 11 niños (100%) en un período de seguimiento de 12 meses. Ninguno presentó complicaciones.

En el grupo B (n=11) se incluyó 5 niñas y 6 varones con edades entre 1 a 12 años, en 9 la estenosis fue post ingesta de cáustico, en 1 postcirugía con técnica de Nissen 1 y en otro fue secundaria a reflujo gastroesofágico. Se realizaron 170 dilataciones, (rango 1 a 50). Correspondieron 168 a los pacientes que habían ingerido cáustico (rango 2 a 50). Hubo respuesta al tratamiento en 7/11 niños, en un período de seguimiento de 7 meses, 2 continúan en tratamiento, y 2 fueron sometidos a cirugía, uno por perforación (0,6%) de esófago durante la dilatación y otro por estenosis severa.

Conclusiones El tratamiento de las estenosis esofágicas con balón neumático fué efectivo en la mayoría de los casos. La estenosis por ingesta de cáustico requiere mayor tiempo de dilataciones siendo el grupo que presentó complicaciones y fracaso al tratamiento. Aumentar la experiencia con esta técnica aportará valiosos resultados para una mejor evaluación de esta técnica.

PROGRAMA
OFICIAL

36. ESOFAGITIS CAUSTICA. COMPLICACIONES TARDÍAS Y SU TRATAMIENTO.

*Delgado L, Acosta A, Montano A, Iglesias C, Tanzi MN,
 Armas D, Sereno V, Mendez V.
 Servicio de Endoscopia.
 Centro Hospitalario Pereira Rossell. Montevideo-Uruguay.*

Introducción.

Los pacientes que presentan esofagitis cáustica severa tienen mayor riesgo de desarrollar complicaciones tardías, más frecuentemente estenosis esofágicas. En muchos centros, las mismas son tratadas precozmente con antibióticos y corticoides durante 3 a 4 semanas para disminuir el edema y la evolución a la fibrosis del tejido lesionado. Sin embargo dicho tratamiento no previene totalmente la evolución hacia la estenosis esofágica. El porcentaje de dichas complicación varía según los autores entre 20 y 50%.

Objetivo

Seguimiento de los niños que luego de haber presentado esofagitis cáusticas, evolucionaron a la estenosis esofágica y su tratamiento, utilizando balón neumático de dilatación.

Método

Ingresaron al estudio todos los niños con esofagitis cáustica en el período comprendido entre enero de 1997 y diciembre de 2002.

Los pacientes fueron identificados mediante el archivo por patología y sus datos se volcaron a una ficha de recolección diseñada para este estudio.

Todos los procedimientos se realizaron con anestesia general utilizando endoscopia flexible y balón de dilatación neumático.

Resultados

El total de niños que presentaron esofagitis cáustica en dicho período fue de 92, 31 niñas y 61 varones, con edades comprendidas entre 1 y 13 años. El cáustico ingerido con mayor frecuencia fue alcalino (soda cáustica) y el grado de esofagitis fue I, n= 35 (38%) ; IIa n= 23 (25%) ; IIb n= 16 (18%); IIIa n= 10 (10%) y IIIb n= 8 (8,6%).

La estenosis esofágica se presentó en 9 niños (9,7%) del total , siendo el 26,4% de las esofagitis cáustica moderadas y severas (grados IIb, IIIa, IIIb).

El número de dilataciones realizados fue de 168 con un rango de 2 a 50 y el tiempo de tratamiento es de 4 a 17 meses

El tratamiento fue efectivo en 5 niños con resolución completa de los síntomas, 2 persisten en tratamiento de dilataciones y 2 recibieron tratamiento quirúrgico, uno por perforación (0,6%) de esófago durante la dilatación y otro por estenosis severa.

Conclusiones

Los niños con grados moderados a severos de esofagitis cáustica tiene mayor riesgo de desarrollar estenosis esofágicas,

El tratamiento con dilataciones esofágicas por largos períodos de tiempo son efectivas en el manejo de la mayoría de éstos pacientes y asocian complicaciones mínimas.

PROGRAMA
 OFICIAL

39. OBESIDAD INFANTIL: APORTES DE LA PSICOLOGÍA Y LA DANZA AL TRATAMIENTO GRUPAL. INFORME PRELIMINAR

*Ríos L, Arezo M, Sacco G, Szteren L, Ferreira E, Méndez V.
Unidad de Estudio y Tratamiento del Sobrepeso y la Obesidad Infanto-Juvenil.
Clínica Pediátrica "A". Clínica de Psiquiatría Pediátrica. Centro Hospitalario Pereira
Rossell (C.H.P.R.). Montevideo, Uruguay.*

Introducción: La obesidad es una enfermedad crónica de origen multifactorial, por lo que se hace necesario un abordaje en forma interdisciplinaria. En el C.H.P.R. trabaja un equipo honorario interdisciplinario en la atención de los niños obesos, integrado por: pediatras, psicólogas, nutricionistas, psiquiatra infantil y profesora de danza. Con el abordaje grupal se creó un espacio que funciona como contenedor en el proceso de cambio que implica el tratamiento de esta patología. En este espacio encuentran el niño y sus familiares un ambiente protegido donde pueden mostrarse frente a otros e interesarse en escuchar a los demás, facilitando así la comunicación y el aprendizaje de hábitos saludables. Se incentiva la actividad física, la cual proporciona un gasto energético, que complementa el plan de alimentación y pone en juego el cuerpo, depositario a su vez de afectos, miedos y ansiedades. Con la incorporación de la danza se propone canalizar y liberar la energía encerrada en el niño, permitiendo el manejo de su cuerpo como un todo.

Objetivo: Describir la experiencia del trabajo grupal incorporando a la danza en el tratamiento interdisciplinario del niño obeso.

Materiales y Métodos: Se trabajó desde junio de 2002 a febrero de 2003 con niños en grupos abiertos de objetivos limitados. Los criterios de ingreso fueron: niños sin patología psiquiátrica grave, entre 6 y 14 años, de Montevideo y zonas aledañas, que pudieran concurrir a la actividad grupal en el turno matutino semanalmente, durante una hora y media. El grupo fue coordinado por una psicóloga y una profesora de danza. Simultáneamente funcionó un grupo de familiares coordinado por psicóloga. Se utilizó un espacio físico adecuado, un equipo de música, material de expresión gráfica. Las técnicas psicológicas empleadas fueron: técnicas cognitivo-comportamentales y aportes de la técnica psicoanalítica. A nivel corporal se utilizó la danza creativa y espontánea, técnicas de relajación y coordinación. En un principio se evaluó el proceso de adhesión al tratamiento a través de la asistencia semanal a los grupos, el cumplimiento de las tareas y el control de peso pediátrico.

Recientemente se incorporaron nuevos instrumentos: Cuestionario de evaluación de la depresión en niños (CDI), cuestionario de evaluación de los trastornos de ansiedad (SCARED) y test de imagen corporal (de WILEY), que se evaluarán cada seis meses; así como también las técnicas de modificación de hábitos alimentarios.

Resultados: A esta experiencia concurren 11 niños, del total de 26 que cumplían los criterios de ingreso. La asistencia fue satisfactoria (80% de las sesiones) el cumplimiento de tareas fue muy adecuado en el espacio grupal y muy escaso en las indicadas a domicilio. Todos los niños descendieron o mantuvieron el Índice de Masa Corporal. Se planea continuar con esta experiencia, ampliar el grupo y analizar los resultados de los tests mencionados.

Conclusiones: Se considera que esta experiencia es útil y que incentiva a los niños a continuar el tratamiento de su obesidad en forma interdisciplinaria.

PROGRAMA
OFICIAL

40. OBESIDAD E INSULINO-RESISTENCIA EN UN GRUPO DE NIÑOS QUE SE ASISTEN EN EL CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL.

*Tabárez A, Koncke F, Areal R, Pérez F, Méndez V.
 Unidad de Estudio y Tratamiento del Niño y Adolescente Obeso.
 Clínica Pediátrica A. Centro Hospitalario Pereira
 Rossell. Montevideo Uruguay*

Introducción: La obesidad infantil es un grave problema de salud pública, cuya prevalencia ha aumentado en forma alarmante en las últimas décadas. La obesidad se acompaña de múltiples complicaciones clínico-metabólicas, psico-emocionales y sociales que ya están presentes en el niño obeso y constituyen factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, determinando un aumento de la morbi-mortalidad en la edad adulta.

Objetivos: Los objetivos de este trabajo son describir algunas de las características clínicas de 140 pacientes asistidos en la Unidad, y conocer la presencia de insulino-resistencia y sus factores de riesgo en un grupo de estos niños.

Material y método: Ingresaron al estudio todos los pacientes asistidos en la Unidad desde abril de 1998 hasta abril de 2002. Los datos se recogieron en una historia clínica precodificada y se procesaron con el programa epi Info 6. A todos los niños se le pidieron exámenes paraclínicos a fin de descartar complicaciones metabólicas (perfil lipídico, uricemia, glucemia, ecografía abdominal). A partir de enero de 2001 se comenzó a solicitar además prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) e insulinemia basal.

Resultados: Los 140 niños eran obesos (IMC > P95 para edad y sexo). La mediana de edad fue de 10 años, rango(r) 2 a 15, 78 niñas(55.7%) y 62 varones (44.3%). El IMC medio fue de 28.37 ± 5.0 kg/m² y el peso relativo (PR) medio fue de 158.6%. El tiempo de evolución de la obesidad fue en promedio de 4.5 años y en 95 niños(68%) se inició en los períodos críticos. Se constataron múltiples complicaciones clínicas: hipertensión arterial (19%), ortopédicas (24%), cutáneas (26%) y psico-emocionales (64%). En 46 niños (39%) se detectó hipertrigliceridemia, en 31 (26%) hipercolesterolemia y en 13 (9%) hiperuricemia.

Desde Enero 2001 hasta abril de 2002, ingresaron 48 niños .La mediana de edad fue 11 años (r: 4-14), 14 mujeres y 5 varones. El IMC medio fue de 30.63 ± 4.82 kg/m² y el PR medio de 164.9%. En 19/48 niños (40%) se detectó hiperinsulinemia (insulinemia basal > 15μU/ml) y resistencia a la insulina (HOMA > 2.5) La insulinemia basal media fue de 26.87μU/ml, rango: 16.2-59.4μU/ml, el HOMA medio fue de 5.84(r: 3.09- 9.16).

Se analizaron los factores de riesgo de insulino- resistencia. Entre los factores genéticos, se detectaron antecedentes familiares de obesidad en 14/19 (74%) y de diabetes en 10/19 (52%) y antecedentes perinatales de macrosomía en 3/19 (16%) y de bajo peso al nacer en 1/19 (5%). En 6 niños (31%) se constató una obesidad de distribución abdominal o central. Entre los factores adquiridos, se encontró que 13 niños (68%) no realizaba ninguna actividad física, 10 (52%) se definieron a sí mismos como sedentarios. Se investigó la asociación con otros componentes del síndrome metabólico, 15 niños (79%) presentaron hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia, 7 niños (37%) tenían acantosis nigricans y 4 niños (21%) hipertensión arterial.

Conclusiones: Se destaca el elevado porcentaje de niños con obesidad severa, de diagnóstico tardío y complicada.

En 40% de los niños estudiados se objetivó insulino-resistencia.

La obesidad infantil es causa de insulino-resistencia y diabetes tipo2 en niños, siendo la insulino-resistencia un estado prediabético. Es imprescindible que el pediatra evite la aparición de obesidad, la detecte y trate precozmente para evitar sus complicaciones a corto y largo plazo.

PROGRAMA
 OFICIAL

53. FALLA DE CRECIMIENTO EN MENORES DE 24 MESES.

*Alonso S Bolioli P Parodi V Lucas J Rebuffo N Rodríguez M Mendez V.
Clínica Pediátrica A Facultad de Medicina.
Centro Hospitalario Pereira Rossell. Montevideo. Uruguay.*

Introducción: Los dos primeros años de vida postnatal constituyen un período crítico, donde numerosas injurias pueden afectar el crecimiento y desarrollo con secuelas en etapas alejadas que no se pueden reparar. Se planificó este estudio considerando la necesidad de que el Pediatra reconozca precozmente estas injurias, intervenga oportunamente para mejorar el destino final de estos niños y contribuya a disminuir las cifras de morbimortalidad infantil en este grupo de riesgo.

Objetivos: Describir una metodología sencilla de diagnóstico y tratamiento integral del niño menor de 2 años con retardo del crecimiento en peso, en talla o con talla baja, utilizando recursos locales accesibles a la población y de fácil aplicación en el primer nivel de atención.

Material y métodos: Entre 1999 y 2001 se estudió un grupo de 40 niños de 6 a 24 meses de edad, que fueron derivados a la Clínica Pediátrica A del Centro Hospitalario Pereira Rossell y que cumplieron criterios de inclusión previamente establecidos.

Los niños fueron atendidos por un equipo interdisciplinario, que los evaluó según un algoritmo diagnóstico, los trató con un plan terapéutico preestablecido y los siguió con controles adecuados a la severidad en forma personalizada por un mismo médico y con control telefónico. Se utilizaron menús con aportes nutricionales conocidos, elaborados por la nutricionista del equipo y platos con reparticiones que permitieron conocer el aporte calórico. Los datos se volcaron en hojas de registro elaboradas a tal efecto en las que se incluyeron evaluadores nutricionales ideados por el grupo.

Resultados: Los niños tuvieron una edad al ingreso de 11.6 meses (rango: 6 – 24 m.). La mayoría habían nacido de término a las 38 semanas (rango: 34 – 42 s.), con un peso adecuado. Tenían Necesidades Básicas Insatisfechas entre el 30 y 40 % de los niños. La mediana de duración de la lactancia materna exclusiva fue de 3.5 meses (rango: 1 – 6 m), coincidiendo el enlentecimiento de la velocidad de crecimiento con su suspensión. Al ingreso tenían una mediana de puntaje Z de peso/edad de -2.41 (rango: -1.8 - -3.19); puntaje Z de longitud/edad: -1.95 (rango: 0.99 - -3.19). En la última evaluación el puntaje Z para peso/edad fue de -1.86 (rango: -0.9 - -2.4); longitud/edad: -1.71 (rango: -0.3 - -2.3). La mediana de las calorías indicadas fue 156 (rango: 128 – 200), de las cuales recibieron 106 (rango: 52 – 180). El tratamiento indicado solo se cumplió totalmente en 55% de los casos. Tuvieron una mediana de seguimiento de 5 meses (rango. 2 – 25 m), una mediana de 4 controles telefónicos por niño (rango: 2 – 15). La asistencia a los controles fue de 90 – 100 % y las llamadas telefónicas fueron respondidas en 95 % de los casos.

Conclusiones: La falla de crecimiento en la mayoría de los niños fue de causa nutricional, no habiendo un adecuado manejo de la introducción de los alimentos en el momento del destete. Se logró una buena interrelación entre el equipo y los padres y una buena evolución a partir de la captación. Se destaca la importancia de la alimentación a pecho exclusivo y el prolongado tiempo de evolución al momento de la derivación. La metodología utilizada fue útil siendo de gran valor la personalización de las consultas y el seguimiento telefónico. Parece imprescindible y posible la aplicación de esta metodología de trabajo en el primer nivel de atención.

PROGRAMA
OFICIAL

55. COLANGITIS ESCLEROSANTE PRIMARIA EN 5 NIÑOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

*V Sereno, G Caballero, P Nacif, C Jasinski, L Delgado,
 C Iglesias, C Gutiérrez, A Montano, V Méndez
 Servicio de Gastroenterología .Centro Hospitalario Pereira Rossell.
 Montevideo Uruguay.*

La Colangitis Esclerosante Primaria (CEP) se asocia con Colitis Ulcerosa Crónica (CUC) y con enfermedad de Crohn cuando hay compromiso colónico. Esta asociación ocurre en 3.5% de los niños con CUC.

Objetivo: Presentar las características clínicas y paraclínicas de 5 niños en los que se diagnosticó CEP asociada a CUC para llamar la atención sobre esta asociación.

Material y Métodos: Se revisaron las historias clínicas de 18 niños con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) que consultaron entre 01/91 y 2/02 (11 en el CHPR y 7 en instituciones mutuales). Se seleccionaron las 5 que presentaban elevación de la Gamaglutamiltranspeptidasa (GGT) y Transaminasas glutámico pirúvica y oxalacética (TGP TGO). Se les realizó colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPER) a los 5.

Resultados: Los niños eran 2 varones de 6 y 12 años; 3 niñas de 11, 7 y 14 años con peso, talla y P/T normales en 4 de ellos y una con desnutrición crónica. Los 5 tenían CUC, 4 severa y 1 leve. Tres niños tenían hepatomegalia y uno hipocolia transitoria. Los 5 presentaron elevación de GGT, TGP, TGO y Fosfatasa Alcalina (FA) y marcadores serológicos de autoinmunidad fueron positivos en 2 . En 4 niños la gammaglobulina estaba elevada. Se realizó biopsia hepática por punción transparietal a 4; la histología fue normal en uno y en los 3 otros mostró lesiones que sugirieron patología biliar y hepatitis crónica. La CPER confirmó CEP en los 5 niños. El diagnóstico de Colangitis fue simultáneo con el de CUC en 3 niños y se realizó al año y a los 5 años de evolución de la EII en los 2 restantes. Se destaca que en una niña, la C.E.P se encuentra asociada a hepatitis autoinmune (HAI) conformando el síndrome "overlap".

Conclusiones: Se sugiere la búsqueda de CEP en pacientes con EII cuando presentan cifras elevadas de GGT, FA, TGO, TGP. También debe investigarse CEP, ante la persistencia de cifras elevadas de GGT y /o FA en casos de HAI asociada o no a enfermedad inflamatoria.

PROGRAMA
 OFICIAL

56. ESTUDIO PROSPECTIVO DE UN GRUPO DE NIÑOS CON TALLA BAJA Y/O DISMINUCIÓN DE LA VELOCIDAD DE CRECIMIENTO.

*M Rodriguez, R Lang, MJ Lucas, S Alonso, P Bolioli ,
V Parodi, V Ortega, G Beriao, S Tihista, V Méndez.
Clínica Pediátrica "A". Facultad de Medicina. C
entro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR).*

*Cátedra de Endocrinología y Metabolismo. Hospital de Clínicas.
Escuela de Nutrición. Departamento de Nutrición Básica. Hospital de Clínicas.*

Introducción: El crecimiento es un indicador de salud en los niños. La talla baja es un problema pediátrico frecuente que obliga a decidir si ésta representa solamente una variación normal del crecimiento o indica la presencia de una enfermedad subyacente. Para profundizar en el conocimiento y mejorar la asistencia de estos niños, se creó en el año 1996 un grupo de trabajo interdisciplinario que funcionó una vez a la semana en el área de consultorios externos del CHPR.

Objetivo: describir las características clínicas de los niños de talla baja y/o disminución de la velocidad de crecimiento, en los que se utilizó un algoritmo de estudio pre-establecido.

Material y métodos: Ingresaron al estudio los niños que tenían talla por debajo de -2DS de la media para las tablas y gráficos de referencia según edad y sexo (National Center for Health Statistics, OMS 1979) y/o velocidad de crecimiento por debajo del percentil 25 (Tanner JM, Whitehouse RH), que tuvieron un seguimiento suficiente para alcanzar el diagnóstico etiológico. Se realizó anamnesis y examen físico con historia clínica codificada. Se utilizó un algoritmo de estudio elaborado por el grupo en base a la bibliografía.

Resultados: Entre 1996 y 2002 se recibieron 170 niños de los cuales ingresaron al estudio 84 pacientes ya que el resto no cumplían con los criterios de inclusión. Del total de casos: 40 eran de sexo femenino y 44 de sexo masculino, con un rango de edades entre 7 meses a 14 años y 3 meses, con una media de 6 años y 5 meses. El diagnóstico de la causa de estatura baja fue el siguiente: talla baja genética.(TBG) n 22, multifactorial:17, nutricional:14, retardo constitucional del crecimiento y desarrollo (RCCD):10, síndromes genéticos:7, endocrinológicos:6, enfermedad celíaca:4, causa no aclarada:2, sicoafectivo:1, mixto (TBG y RCCD) :1.

Conclusiones: se confirmó talla baja o velocidad de crecimiento disminuída en el 49.4% del total de niños transferidos.

Las causas más frecuentes de talla baja fueron las variantes normales del crecimiento (TBG y RCCD), seguidas de los casos secundarios a déficit nutricionales y los de causa multifactorial.

El diagnóstico etiológico requiere un análisis clínico exhaustivo, seguimiento evolutivo y eventualmente paraclínica orientada por un algoritmo de estudio preestablecido.

Es de fundamental importancia difundir entre los pediatras y otros médicos que asisten niños los conceptos básicos acerca del crecimiento normal y el diagnóstico correcto de talla baja y de retardo del crecimiento, así como también el poder reconocer si se trata de una variante normal o si existe una patología subyacente. Por esta razón sería de interés profundizar en este tema en los cursos de grado y posgrado así como implementar actividades de educación médica continua

PROGRAMA
OFICIAL

57. ENFERMEDAD CELIACA: ¿ESTA LA IL-15 IMPLICADA EN EL INICIO Y MANTENIMIENTO DEL DAÑO DE LA MUCOSA INTESTINAL?

Proyecto financiado por CSIC

Méndez MV, Richieri A, Casamayou L, Gutierrez C, Hernández A, Carol H, Gonzalez MV, Jasinski C, Sereno V, Caballero G.

**Clínica Pediátrica A, Facultad de Medicina.
 Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR)**

**Laboratorio de Patología Pediátrica MSP y Laboratorio de Patología Clínica MSP,
 Facultad de Medicina, CHPR**

**Cátedra de Inmunología .Facultad de Química-Facultad de Ciencias.
 Universidad de la República Montevideo Uruguay**

El mecanismo por el cual se inicia y mantiene el daño de la mucosa intestinal en la Enfermedad Celíaca (EC) es aún desconocido. La IL-15 podría estar implicada en 2 fenómenos aparentemente antagónicos, de proliferación en las criptas y apoptosis en la vellosidad intestinal. La hipótesis es que el perfil de citoquinas es diferente en la EC activa.

Objetivos: 1- Caracterizar en biopsias intestinales de niños celíacos en 3 momentos de la enfermedad las poblaciones de linfocitos intraepiteliales totales, linfocitos Tgd y la capacidad de producción de IL-15 frente al estímulo in vitro con gliadina. 2- Determinar anticuerpos IgA antitransglutaminasa (IgA antiTG) séricos en los mismos momentos y correlacionarlos con los resultados inmunohistoquímicos y con la producción de IL-15.

Material y métodos: Se trabajó en forma prospectiva con biopsias intestinales y muestras de sangre de 3 grupos de niños con Enfermedad Celíaca (EC), según criterios de la Sociedad Europea de Gastroenterología Pediátrica de 1989.

Grupo I: 14 niños al diagnóstico de EC (con síntomas, IgG antigliadina (AGA) + e IgA antiendomiso (EMA) +)

Grupo II: 11 niños en tratamiento (por lo menos 1 año sin gluten, sin síntomas, con AGA y EMA-)

Grupo III: 6 niños en provocación con gluten (6 semanas o más con gluten, con o sin síntomas, AGA y EMA +)

Se realizó inmunomarcación para células T con CD45Ro (UCHL1) (Dako) y estudio inmunohistoquímico de los receptores gd de los linfocitos T con gdTCR (Endogen), en material incluido en parafina. Se determinaron los niveles de IL-15 por ELISA en sobrenadantes de cultivo, estimulados con 50 ug de gliadina/mL., utilizando pares de Ac monoclonales específicos, según protocolo de Pharmigen, con modificaciones. Los IgA anti TG se determinaron por ELISA con kit de antiTG humana (Eurospital)

Resultados:

VARIABLE	GRUPO I n=14	GRUPO II n=11	GRUPO III n=6
Linfocitos intraepiteliales (LIEp) / 100 enterocitos (mediana y rango) *	71 (40-80)	27 (13-60)	65 (57-86)
Linfocitos T intraepiteliales (LTIEp)/100 linfocitos (mediana y rango) *	88 (68-100)	71 (50-96)	93 (89-100)
Receptores de los linfocitos T intraepiteliales (TCRLIP)% LTLIP*	10.9 (8-15.7)	1 (0-13)	8 (4-14)
Linfocitos T de la Lámina propia (LTLp) campo de gran aumento (CGA) *	56.5 (26-82)	20.5 (14-36)	50 (31-57)
Receptores de los linfocitos T de la Lámina propia (TCRLP) x CGA*	21.3 (13-39)	12 (5-22)	23 (5-30)
I IL-15 % positivos	53% (7/13)	70% (7/10)	67% (4/6)
I IL-15 pg/ml (mediana y rango)	154 (77-252)	635 (346-1251)	200 (109-917)
Anticuerpos IgA antitransglutaminasa (IgA antiTG) (mediana y rango) *	26 (22.5-29.7)	Todos menos 1	23.7 (9.1-25.6)

* P<0.05 Man-Whitney

Conclusiones: Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la población de linfocitos totales y linfocitos T γδ en la EC activa y en remisión. La producción de IL-15 en cambio fue similar en los dos estadios.

**PROGRAMA
OFICIAL**

22. ENFERMERIA EN HOSPITAL DE DIA DE HEMATO-ONCOLOGIA PEDIATRICA

*L. Berneche, W.González, S. Corrales, S. Alvarez, A. Cammarano, R. Furtado .
 Centro Hemato-Oncológico Pediátrico. Centro Hospitalario Pereira Rossell.
 Fundación Peluffo Giguens*

Introducción. En las últimas tres décadas se ha observado a nivel internacional un marcado progreso en el diagnóstico y tratamiento del cáncer en la niñez. Uruguay no ha permanecido ajeno a este avance alcanzando un sostenido desarrollo en el complejo y polifacético proceso terapéutico que exige el manejo de la enfermedad hematooncológica del niño. A nivel de Salud Pública, el Centro Hospitalario Pereira Rossell cuenta con el Servicio de Hemato-Oncología Pediátrica, Centro de referencia a nivel nacional para la atención de niños desde el nacimiento a los 15 años, portadores de patologías hemato-oncológicas benignas y malignas. El Servicio está integrado por el Area de Internación, y el Centro Hemato-Oncológico Pediátrico (CHOP) con su Hospital de Día (H de D). La organización de estos ámbitos asistenciales fue posible por el apoyo y la gestión de la Fundación Peluffo Giguens.

Objetivo. Jerarquizar el rol de Enfermería en el Hospital de Día, conceptualizado éste como una estructura sanitaria capaz de brindar al niño hemato-oncológico, atención especializada, integral, multidisciplinaria y ajustada a los requerimientos bio-psico-sociales de cada etapa de su crecimiento y desarrollo, en aquellas fases del proceso terapéutico que pueden cumplirse en forma ambulatoria, vale decir, sin separarlo de su entorno familiar y social mientras cumple el tratamiento. Este modelo de asistencia sigue la creciente tendencia internacional de descentralizar los cuidados del paciente con cáncer hacia el hospital diurno y el entorno extrahospitalario en la búsqueda constante de mejorar la calidad de vida.

Desarrollo. A través de la actividad sinérgica de un equipo multidisciplinariamente integrado, el CHOP desarrolla las siguientes actividades: 1. Estudios diagnósticos y de control evolutivo de la enfermedad. 2. Tratamientos oncológicos específicos: quimioterapia e inmunoterapia. 3 Tratamiento de soporte de la enfermedad y sus complicaciones: reposición hematológica, tratamiento del dolor, asistencia odontológica, orientación dietético-alimentaria, atención de la etapa terminal. 4. Apoyo psicosocial: psicoterapia y psicoprofilaxis del paciente y el núcleo familiar; utilización de la actividad lúdica y recreativa como herramientas terapéuticas: musicoterapia, juego, campamento de verano. El rol de Enfermería en H de D. Basados en que la esencia de la profesión de Enfermería es cuidar, concepción que incluye un criterio de acción multidimensional, el cuidado del niño en H de D, va encaminado a cubrir sus necesidades de salud alteradas, a través de cuidados individualizados, integrales y especializados de los problemas derivados del proceso de enfermedad, y adaptados a los requerimientos propios del desarrollo físico y psicomadurativo según la edad.. Si bien la permanencia del niño en H de D es corta y con una frecuencia supeditada a su situación clínica y pautas de tratamiento, la actuación de Enfermería requiere la aplicación de un enfoque sistémico a través del proceso de atención de Enfermería con la utilización de los criterios diagnósticos de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), y el desarrollo de protocolos de trabajo, entre los cuales se encuentran: Cuidados básicos integrales del niño durante su permanencia en H de D./Preparación y cuidados del paciente para las pruebas diagnósticas /Prevención y control de infecciones intrahospitalarias./ Manejo y administración de los tratamientos farmacológicos: quimioterapia antineoplásica, modificadores de la respuesta biológica, citoprotectores, factores de crecimiento./Sistema de bioseguridad y tecnología apropiada (cámara de flujo laminar) para la manipulación de citostáticos sin riesgos para la salud ocupacional / Prevención y cuidado del capital venoso periférico del niño en quimioterapia./ Cuidados y mantenimiento de los sistemas vasculares implantables (Port-a-Cath)/ Cuidados y controles para la reposición con hemoderivados. Los cuidados incluyen educación sanitaria a fin de perpetuar su eficacia

PROGRAMA
 OFICIAL

cuando el niño retorna diariamente al hogar, integrando a la familia al proceso de atención y preparándola para desarrollar cuidados específicos que mejoren la calidad de vida del paciente y eviten la hospitalización por eventuales complicaciones.

Conclusiones. Los resultados en el desarrollo de este modelo asistencial son: A nivel del niño enfermo y la familia: Mejora la calidad de vida del paciente al evitar las internaciones repetidas o prolongadas, experiencias de alto impacto emocional, permitiéndole continuar el tratamiento sin necesidad de separarse de su hogar, hermanos y amigos, y en muchos casos sin perder escolaridad. La atención en régimen ambulatorio facilita a los padres continuar con su actividad laboral y de atención a los demás miembros de la familia durante el tratamiento del hijo enfermo. El apoyo social que se le brinda hace posible una buena adhesión terapéutica. A nivel institucional: Una alta productividad organizativa, innovadora, y técnico-asistencial en la atención del paciente hematooncológico pediátrico de nuestro medio. Disminución del número de ingresos hospitalarios para tratamientos que pueden realizarse en forma ambulatoria. Prevención de complicaciones de la enfermedad que implicarían la internación del paciente y costosos tratamientos de las mismas. Baja inversión en tecnología. A nivel del equipo de Salud: la actividad interdisciplinaria evita la atomización de la atención y obtiene mejores resultados en el tratamiento del niño enfermo, en tanto cada profesional desde su rol, trabaja sobre diferentes facetas del paciente sin perder de vista que el mismo es un ser único, individual, complejo e indivisible. El alto número de pacientes atendidos permite el desarrollo de proyectos de investigación, docencia y capacitación de recursos humanos. A nivel de la profesión de Enfermería, la corriente de pensamiento de Dorothea Orem y su teoría universal del déficit del autocuidado (1971) nos enseñó a identificar con claridad la demanda de cuidados terapéuticos del niño oncológico y la importancia de la agencia del autocuidado y del cuidado dependiente para el desarrollo eficiente del proceso de cuidar. Asimismo, la utilización de protocolos de trabajo nos permitió unificar criterios y reducir el subjetivismo y la interpretación individual acerca de las acciones a desarrollar. Finalmente, reafirmamos la importancia del protagonismo activo de Enfermería en el logro de los objetivos terapéuticos y de crear un ambiente que proporcione bienestar físico y afecto al niño que debe sobrellevar la difícil y movilizadora experiencia del cáncer.

PROGRAMA
 OFICIAL

15. IMPACTO DE MUERTE ENCEFÁLICA Y DONACIÓN DE ÓRGANOS EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Licenciadas Fajardo, A. y Aparicio, S. - Unidad de Cuidados Intensivos del Niño (UCIN). Centro Hospitalario Pereira Rossell. Montevideo. Uruguay.

INTRODUCCIÓN: La Muerte Encefálica (M.E) es la consecuencia de una injuria irreversible del sistema nervioso central. Los pacientes en M.E. son potenciales donadores de órganos lo que genera en el personal que participa en el cuidado, sentimientos ambivalentes.
OBJETIVOS: 1) Describir las percepciones que refiere el personal de enfermería al enfrentarse a un niño con diagnóstico de M. E., potencial donante de órganos. 2) Diagnosticar si existe la posibilidad de actuar como facilitadores en la procuración.
MATERIAL Y MÉTODOS: Diseño cualitativo y fenomenológico. En la UCIN trabajan 68 auxiliares de enfermería y 15 enfermeras universitarias. En este estudio se entrevistó a 50 % del personal de enfermería.

Instrumento: Entrevista

ANÁLISIS: Descriptivo con generación de categorías significativas.

¿Cómo se siente cuando participa en los cuidados de un niño con diagnóstico de M.E. mientras el familiar decide o no la donación?

CATEGORÍAS: Manifiestan " No involucrarse" " No pongo afectividad de por medio" Manifiestan "Involucrarse demasiado" "Me siento en una situación muy difícil, lo primero que pienso es en mis hijos".

¿ Qué dificultades le crea aceptar que es el mismo niño por el que luchó por su vida al que prepara para ser donante?

CATEGORÍAS: No tienen dificultades, aceptan la muerte. "No me crea dificultades porque con suficiente información se puede manejar". Tiene dificultades. "Te sentí horrible, pelas por un niño que ahora ya no está". "Es un sentimiento confuso". "Agotamos los recursos para la vida, pero no estamos preparados para el después". Los que logran ver más allá y "salir de este paciente para pensar en el otro". ¿Aceptaría para salvar la vida de su hijo u otro familiar, el órgano de otra persona? **CATEGORÍAS:** "Sin ningún lugar a dudas. Por la vida de un hijo se recorre cualquier camino". Los que piensan que no. "No estoy de acuerdo con el transplante".

¿Cómo siente en la UCIN la presencia del personal de trabajo del Banco Nacional de Órganos y Tejidos (B.N.O.T.)?

CATEGORÍAS: Consideran "Normal su presencia en la UCIN ". Los que los rechazan "Son metálicos" "Hablan de los órganos como cosas que se colocan en otra gente y funcionan" "Los siento como pirañas" "Vienen con una actitud muy fría". Otras personas viven al personal del B.N.O.T. como algo asumido. Los rechazaban pero ahora los entienden. "Maduré la idea". Los creen necesarios pero opinan que deben cambiar su forma de accionar. "Siento que es positivo...pero toda esa ansiedad . Todo ese movimiento...". "Son muy importantes, el problema no son ellos, somos nosotros". ¿Si fuera hijo u otro familiar a quién se le diagnosticara M.E. podría donar órganos para salvar la vida de otro niño?. **CATEGORÍAS:** "Sin dudas". De familiares allegados sí. De mis hijos no". "No quiero ni pensarlo" "Nunca me imagino donar parte de mis hijos". **CONCLUSIONES:** El conocimiento adecuado del diagnóstico de M.E. es imprescindible para lograr la facilitación de la procuración. La adecuada interrelación entre el B.N.O.T y el personal de las UCI facilita lograr los objetivos. Las entrevistas actuaron como disparadores, generadores de sentimientos y profundizó los vínculos interpersonales. Su realización permitió descubrir seres humanos que "no conocíamos" a pesar de llevar muchos años de trabajo juntos. El poder hablar de la MUERTE, hace menos difícil poder transformar el binomio vida - muerte en vida - vida.

**PROGRAMA
 OFICIAL**

48. ATENCIÓN DOMICILIARIA DE NIÑOS OXIGENODEPENDIENTES: PRIMERA EXPERIENCIA EN URUGUAY.

*AM Moreno, MA Cabrera-Piastra, EM Ferreira.
 Clínica Pediátrica " A " Hospital Pediátrico. Centro Hospitalario Pereria Rossell.*

Introducción: Los avances científicos y tecnológicos en la asistencia pediátrica han permitido la sobrevivencia de un grupo de pacientes con diferentes patologías crónicas discapacitantes, que necesitan cuidados especiales. Su permanencia prolongada en el Hospital desgasta al personal que los asiste y expone al niño a infecciones intrahospitalarias. Más grave aún es la repercusión a nivel familiar y sobre el desarrollo y la calidad de vida del propio niño. Cuando un niño presenta un problema de salud y su enfermedad requiere hospitalización, este entorno familiar tan necesario se pierde bruscamente. La hospitalización supone un trastorno psicológico importante para el niño, ya que dependiendo de su edad, tendrá dificultades para comprender el alejamiento del entorno familiar y afrontar su necesario ingreso en el Hospital.

Objetivos:

General: Establecer un sistema de atención domiciliaria para los niños portadores de patologías crónicas.

Específicos: Evitar las hospitalizaciones prolongadas y repetidas. Lograr el reintegro del paciente crónico a su familia, y a su vida en sociedad, en condiciones tales que le permitan continuar su desarrollo psicológico e intelectual.

Diseño: La instrumentación de la atención domiciliaria de estos pacientes crónicos, requirió un esfuerzo muy importante del equipo de salud de la Unidad de Internación. Las actividades estuvieron orientadas a: seleccionar los pacientes, preparar el egreso hospitalario, elaborar material de apoyo para la familia y el personal (Pautas de educación a los padres, Guía práctica para la administración segura de oxígeno), buscar la oportunidad de egreso hospitalario e instrumentar la Atención Domiciliaria.

Los recursos materiales que se utilizaron fueron los proporcionados por el MSP (Ministerio de Salud Pública) a través del Centro Hospitalaria Pereira Rossell y el SSAE (Servicio de Salud de Asistencia Externa).

Los recursos humanos para el control y seguimiento de estos niños está integrado por un equipo multidisciplinario: médicos pediatras, neumólogo, psicólogo, Licenciada en Enfermería, Auxiliar de Enfermería y Asistente Social, dependientes de Facultad de Medicina, MSP y honorarios.

Resultados: Entre enero de 1997 y diciembre de 2002 ingresaron 86 niños al Programa. De acuerdo a las características de estos niños, la edad media fue de 18 meses, rango: 2 meses a 12 años, 36 fueron del sexo femenino

(42 %) y 50 del sexo masculino (58%). Según la procedencia 71 niños eran de Montevideo (83%) y 15 del interior del país (17%). Los diagnósticos más frecuentes fueron el daño posviral y la displasia broncopulmonar.

En la evolución egresaron 60 niños; 38 fueron dados de alta; 22 fallecieron y 26 continúan en seguimiento.

Conclusiones: Este Programa de Atención Domiciliaria dirigido a niños portadores de enfermedad respiratoria crónica oxigenodependientes, es el primero que se implementa en el país para usuarios del sub-sector público del sistema de salud. Se desarrolló inicialmente y en forma honoraria gracias al esfuerzo y convencimiento de enfermería que nunca se dejó vencer por las dificultades; su fortalecimiento contribuirá a mejorar la calidad de asistencia, así como incrementar el conocimiento sobre estas patologías. Es necesario que el Programa tenga un marco Institucional con recursos propios que asegure su funcionamiento más allá del compromiso y esfuerzo personal de los participantes.

PROGRAMA
 OFICIAL

12. CAMPING POR LA VIDA. EXPERIENCIA DE 8 AÑOS DEL CHOP (CENTRO HEMATO-ONCOLÓGICO PEDIÁTRICO)

*A Dabezies, L Castillo, Y Afonso, M Castiglioni, C Peluffo,
L Berneche, A Camarano, S Corrales, M°J Laundry, U Fiussa-Lima,
M Carminatti, M Arzuaga, J Decia, E Curbelo, M Sanchez*

*Centro Hemato-oncológico Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell,
Fundación Peluffo Giguens, Voluntarias del Centro Hospitalario Pereira Rossell,
Juventus. Montevideo-Uruguay*

Gracias a los tratamientos utilizados en los últimos años, se ha logrado obtener en Oncología Pediátrica, sobrevivias que rondan el 70%. Los pacientes viven más tiempo y se curan por lo que debemos lograr que vivan mejor y con una calidad de vida que se iguale a los niños de su misma edad, logrando este objetivo entre otras cosas con actividades del tipo del Camping.

En Uruguay luego de una experiencia de 2 años en el exterior, comenzamos con una experiencia Nacional en 1996 y luego Internacional por 7 años con niños provenientes de nuestro Centro al que se sumaron otros de Argentina, Brasil, Chile y Paraguay.

Es así que **Camping por la Vida** surge como la posibilidad de que el conjunto de pacientes pediátricos con enfermedades Hemato-oncológicas malignas y las personas vinculadas al tratamiento, control y seguimiento de los mismos, participen en una actividad diferente a la de todos los días del Hospital, siendo posible compartir otro tipo de vivencias en un ámbito extra hospitalario donde los niños tengan la posibilidad de comunicarse entre ellos y con los responsables de su cuidado en un plano diferente de amistad y confraternidad.

En esta experiencia participan niños portadores de afecciones Hemato-oncológicas en diferentes etapas de evolución de su enfermedad, realizándose actividades terapéuticas que incluyen experiencias motoras, juegos y deportes.

La participación, que es gratuita para los niños, se financia y se lleva a cabo con el aporte de la Fundación Peluffo Giguens de apoyo al niño con cáncer, donaciones particulares y diferentes empresas y muy especialmente del Club Juventus.

Los participantes del exterior deben concurrir acompañados por un médico y otra persona que puede ser una enfermera, psicólogo, asistente social, voluntario, maestro.

El impacto que produce en los niños se traduce en la posibilidad de reencontrar su autoconfianza, compartir experiencias con niños con sus mismos problemas y reafirmar el sentido de vivir con alegría, a pesar de su enfermedad, al ver el futuro con otras perspectivas.

Esta experiencia que se desarrolla anualmente en el mes de Diciembre en el predio de Juventus en el Balneario La Floresta será ampliada con la participación de otros niños de la Región.

PROGRAMA
OFICIAL

CASOS CLÍNICOS

2. MANIFESTACIONES NEUROLOGICAS Y ORALES EN UN LINFOMA DE CELULAS PEQUEÑAS TIPO B (NO BURKITT)

*J Kierszenbaum, L Peluffo, G Glausiuss, A Baraibar, J Ferreira, M Cruz.
 Clínica Pediátrica "C". CHPR.
 G. Duffort. Servicio de Hemato Oncología. CHPR.*

Introducción. Los linfomas no hodgkinianos (LNH) de la niñez a diferencia de los adultos, suelen ser tumores difusos, de alto grado de malignidad. El National Cancer Institute clasifica 3 subtipos primarios de LNH: de células pequeñas no hendidas (CPNH), linfoblástico y de células grandes. Los LNH de CPNH (subtipos de Burkitt y no Burkitt) son tumores de células B, los linfomas linfoblásticos son de células T y los LNH de células grandes se presentan con fenotipos de células T, de células B y de células No -T y No-B.

Los signos y síntomas de presentación de los LNH están en gran medida determinados por el lugar de afectación y la extensión. Las localizaciones primarias más frecuentes son: abdomen (31.4%), mediastino (26%), cabeza y cuello comprendiendo el anillo de Waldeyer, los ganglios linfáticos cervicales o ambos (29%). Los ganglios linfáticos no cervicales son la localización primaria en el 6.5% de los casos, presentándose el resto en la piel, tiroides, espacio subdural y hueso (7%). La afectación de la médula ósea puede causar anemia o trombocitopenia y en el SNC provoca cefaleas, hipertensión endocraneana o parálisis de nervios craneanos.

Objetivo. Presentar una observación clínica con signos llamativos neurológicos y orales en un linfoma no hodgkiniano de células pequeñas (no Burkitt).

Caso Clínico. Niña de 9 años que comenzó 20 días antes del ingreso con dolor en miembro inferior derecho, intenso que la despierta por la noche y calma parcialmente con analgésicos comunes. Luego se acompañó de parestias, pérdida de fuerzas e impotencia funcional con marcha dificultosa y steppage. El día previo al ingreso extiende dichos síntomas al otro miembro. Tránsito digestivo y urinario normales. AEA. En los días previos al inicio del dolor presenta odinofagia y fiebre de hasta 39°C por lo que fue medicada con Amoxicilina v/o y posteriormente con Penicilina benzatínica i/m en miembro inferior izquierdo. AP: 8ª gesta, con embarazo y parto normales. APP: asma persistente moderada con una internación en CTI. Recibe tratamiento intercrítico y actualmente sin síntomas. AF y AA s/p. Examen (12 horas luego del ingreso): peso 24 kg 500 (P₁₀) y talla 1m 32 (P₅₀). Lúcida, apirética, normocoloreada. Linfoganglionar s/p. Osteoarticular s/p. Psiconeuromuscular: lúcida, lenguaje adecuado. Pares craneanos: ptosis palpebral a izquierda. Desviación del velo del paladar y de la úvula a derecha. Desviación de la lengua a izquierda. Rigidez de nuca y tronco Miembro inferior derecho: paresia con plegia distal. Abolición del reflejo aquileo a derecha. Resto de os reflejos osteotendinosos vivos. Laségué + a derecha. Sensibilidad superficial y profunda normales. Marcha dificultosa con steppage. Miembros superiores: fuerzas, tono, reflejos y sensibilidad normales. Pleuropulmonar y cardiovascular, normal. PA 100/60. Abdomen: depresible e indoloro, sin visceromegalias. BF: a nivel del canino superior izquierdo prolongándose a la zona malar, presenta una tumoración rojo violácea y dura.

Evolución. Aumento del tamaño de la tumoración maxilar superior izquierda que desplaza y afloja los dientes correspondientes.

Paraclínica. LCR. Citoquímico: botón hemático, sobrenadante claro, abundantes hematíes 100% conservado. GB 62 elementos por mm³, 70% monocitos y 30% polimorfonucleares, resto s/p. Bacteriológico y virológicos negativos. TAC de cráneo con contraste: normal.

RNM: extenso proceso sólido que ocupa el seno maxilar izquierdo comprometiendo los músculos pterigoideos. Compromiso del velo del paladar y paladar óseo a izquierda alcanzando el tejido adiposo de la mejilla. Compromete al seno cavernoso y el agujero rasgado posterior izquierdo. Cráneo sin patología. Columna: masa extradural con ensanchamiento de foramina, sin signos de compresión medular a nivel de D₁-D₄ y lumbar.

ORL: se obtienen muestras de la tumoración para anatomía patológica.

Informe de Anatomía patológica: linfoma indiferenciado de células pequeñas (no Burkitt) de tipo B.
Hemograma con lámina: eosinofilia. PCR Ë. Hemocultivo Ë. Monoslide Æ. Crasis completa normal.
Inmuno electroforesis del LCR: no se observan bandas oligoclonales en la zona de las gammaglobulinas.

Conclusiones. Esta paciente es de pronóstico severo. Pasó al Servicio de Hematooncología para realizarse la poliquimioterapia de acuerdo a protocolo (Methotrexate, Dexametasona, Adriamicina, y Ciclofosfamida), desapareciendo totalmente el tumor bucal y mejorando la masa dorso-lumbar.

PROGRAMA
 OFICIAL

7. ACIDURIA GLUTARICA TIPO 1. DESCRIPCIÓN DEL 1ER. CASO CLÍNICO NACIONAL

Barreiro A, Rey A, González G *, Lemes A**, Galiana A, Peluffo L
Pediatría C, Cátedra de Neuropediatría. Hospital Pereira Rossell.
Facultad de Medicina. Universidad de la República.
Instituto de Genética. Hospital Italiano Montevideo .Uruguay*

Introducción: La aciduria glutárica tipo 1 es un error congénito del metabolismo, de herencia autosómica recesiva, consecuencia de un déficit de la enzima mitocondrial glutaril coenzima A deshidrogenasa (GD) que cataboliza los aminoácidos esenciales lisina y triptofano.

Esta enfermedad fue descrita por primera vez en 1975 por Goodman et al. La prevalencia a nivel mundial se estima en 1 cada 40.000 RN caucásicos. Clínicamente se caracteriza por una encefalopatía de instalación aguda o crónica con síntomas extrapiramidales.

En nuestro país no existen publicaciones sobre esta enfermedad, siendo esta la primera comunicación nacional.

Objetivos: Presentación de un caso clínico infrecuente y actualización bibliográfica sobre la patología.

Diseño: caso clínico (poster)

Resultados:

Lactante de 1 año, raza blanca, hijo de padres consanguíneos, embarazo y parto normal, con buen crecimiento y desarrollo, que a 48 hs. del comienzo de una infección gastrointestinal instala depresión de conciencia, convulsión generalizada y movimientos anormales bucolinguofaciales y en hemicuerpo izquierdo. Al examen se destaca una morfología normal, disquinesias bucolinguofaciales, hipotonía axial, movimientos distónicos de hemicuerpo izquierdo y signos piramidales bilaterales.

De los exámenes complementarios se destaca:

Estudio LCR citoquímico, bacteriológico, virológico para familia herpes e inmuno-electroforético normal

RNM Craneo y médula espinal: hiperintensidad en T2 a nivel de sustancia blanca subcortical, periventricular y núcleos lenticulares.

Estudios Neurometabólicos:

Acidos orgánicos urinarios : 30H glutárico y ac. Glutárico positivos

Carnitina: 32umol/l (N 46-70), Carnitina libre en sangre: 25umol/l (N 41-58), Carnitina libre % : 78 (N 80-90)

Se realiza tratamiento con dieta de restricción proteica, riboflavina, y vigabatrin.

A 6 meses del inicio de su enfermedad luego del episodio agudo, la sintomatología neurológica permanece estable.

Se comentan aspectos clínicos, epidemiológicos y evolutivos en función de la literatura actualizada.

Conclusiones:

Destacamos la importancia de descartar esta enfermedad ante un niño de primera infancia con una encefalopatía aguda o progresiva con síntomas extrapiramidales.

PROGRAMA
OFICIAL

19. SINDROME DE TURNER DE PRESENTACION NO HABITUAL: A PROPOSITO DE DOS PACIENTES

*S Reyno, C De Almeida, G Amen, C Rivas, C Lopez, S Barillaro, G Maeso
 Servicios de Genética Médica, Neonatología, Pediatría, Ecografía y Alto Riesgo
 Obstétrico del Hospital Central de las FF.AA.*

Introducción: El Síndrome de Turner (ST) es una de las anomalías cromosómicas más comunes en la especie humana, estimándose su frecuencia en 1/2.000 recién nacidas vivas. El fenotipo clínico más característico del ST se caracteriza por: hipocrecimiento, cuello corto, escaso desarrollo de los caracteres sexuales secundarios y amenorrea debido a la presencia de ovarios hipoplásicos. El retraso mental, si bien descrito, no es una característica habitual de esta afección. Existe gran variabilidad en las manifestaciones clínicas, en parte explicable por las diferentes fórmulas citogenéticas, siendo desde este punto de vista la fórmula cromosómica 45, X la descrita en el 50% de las situaciones.

Objetivos: El objetivo de la presente comunicación es mostrar dos casos clínico-citogenéticos de presentación no habitual en el ST.

Diseño: Se evaluaron ambas pacientes del punto de vista clínico y citogenético en el Servicio de Genética Médica del Hospital Central de las FF.AA. En el caso de la paciente recién nacida, se había practicado Diagnóstico prenatal Cromosómico en Vellosidad Corial por RCIU, hipoplasia renal y pulmonar y oligoamnios. La niña mayor fue derivada a los 8 años por la pediatra tratante para estudio por hipocrecimiento y retraso mental.

Resultados: En la paciente que nos fue referida con dato clínico retraso mental e hipocrecimiento se encontró una fórmula cromosómica mosaico: En el caso de la recién nacida, el diagnóstico prenatal había mostrado una fórmula cromosómica: 46, X+mar mientras que la citogenética post natal mostró una fórmula cromosómica mosaico con solamente dos metafases con el probable marcador y una anomalía estructural del cromosoma X presente en el 100% de las metafases analizadas (2.000).; Fórmula Cromosómica: 46X,inv(X)(qter →q28::q13→q28::q13)pter).

Conclusiones: Las afecciones genéticas, y en particular el ST debería ser considerado en toda niña con hipocrecimiento y sin dismorfias mayores y aún con retraso madurativo. La citogenética convencional, las nuevas técnicas de FISH y técnicas moleculares permitirán colaborar en la definición de las alteraciones citogenéticas siendo esto de fundamental importancia al momento de establecer un pronóstico para el paciente.

PROGRAMA
 OFICIAL

20. TRISOMIA 18 DE PRESENTACION INUSUAL.

*S Reyno, C De Almeida, C Machiñena, G Amen, C Rivas.
Servicios de Genética Médica, Pediatría y Neonatología
del Hospital Central de las FFAA.*

Introducción: La trisomía 18 (T18) ó Síndrome de Edwards es una anomalía cromosómica frecuente en la especie humana con una incidencia de 3/1.000 recién nacidos vivos.

El cuadro clínico se caracteriza por ser el de un paciente con pequeñas dismorfias contrariamente a la trisomía 13 por ejemplo que es un cuadro polimalformativo grave; se manifiesta por retraso de crecimiento intrauterino, dismorfias faciales leves (oblicuidad palpebral antiDown, orejas de implantación baja, fauces, boca pequeña, microrretrognatia), solapamiento de dedos en forma característica (inclusión del primer dedo y segundo solapado sobre el tercero), pies en mecedora, a nivel visceral cardiopatía congénita y alteraciones genito urinarias. Si bien es un cuadro clínico rápidamente reconocible, los signos de presentación se clasifican como presentes en más del 90% de los pacientes, en más del 50% de los pacientes y en menos del 10% de los pacientes, además de signos presentes en forma miscelánea. A éste último grupo corresponde la presentación del caso de la comunicación que nos ocupa, bajo la forma de anomalías de los arcos branquiales.

Objetivos. Comunicar el caso clínico de un Síndrome de Edwards en situación de mosaico cromosómico con fenotipo correspondiente a Síndrome del 1º y 2º arcos branquiales y con maduración prácticamente normal hasta el momento de efectuado su reconocimiento clínico.

Caso Clínico: se trata de un varón producto de primer embarazo y parto de pareja no consanguínea que al nacimiento se presenta con malformación de pabellón auricular lo cual motiva la realización de estudio citogenético. El mismo muestra que se trata de una trisomía 18 en mosaico, fórmula cromosómica: 47, XY,+18 / 46, XY. El reconocimiento clínico efectuado a los 5 años de edad muestra hipotrofia hemifacial derecha, desviación de la comisura bucal a derecha, macrostomía. Las pautas madurativas se encuentran acorde a su edad

Conclusiones: Son excepcionales los reportes en la bibliografía internacional de trisomía 18 con intelecto normal. Por otro lado, también lo son los reportes de trisomía 18 en mosaico con elementos que configuren síndrome de los arcos branquiales. El interés de efectuar esta comunicación radica no solo en la rareza de la situación misma sino también en el valor del estudio citogenético aún frente a dismorfias menores o a cuadros clínicos de etiología génica.

PROGRAMA
OFICIAL

25. FALLA DEL CRECIMIENTO Y MALFORMACIONES. UN CASO DE SÍNDROME DE SMITH-LEMLI-OPITZ.

Lemes A, Nairac A, Roselli MJ, Vaglio A, Quadrelli.
 Instituto de Genética Médica. Hospital Italiano. Servicio de Pediatría. Casa de Galicia*. Montevideo.*

Introducción: El Síndrome de Smith-Lemli-Opitz (SLOS), es un cuadro polimalformativo con falla del crecimiento descrito por primera vez en 1964. Se estima que los siguientes elementos clínicos se encuentran en más del 50% de los casos descritos: micrognatia, blefaroptosis, paladar hendido, narinas antevertidas, retardo del crecimiento, criptorquidea, hipospadias, sindactilia entre 2-3 dedos de los pies, polidactilia, defectos cardíacos, microcefalia, anomalías estructurales del cerebro, retardo mental. Se trata de una afección genética con mecanismo de herencia autosómico y recesivo. La asociación entre SLOS y defecto en la biosíntesis de colesterol fue descrita en 1993 lo cual fue seguido de la identificación de la enzima deficiente, 7-Dehidrocolesterol Reductasa y de las mutaciones genéticas. Se estima una incidencia que sería variable entre grupos étnicos, pero que estaría entre 1:20.000 y 1:40:00 nacimientos. Los marcadores bioquímicos son: colesterol total bajo y 7-Dehidrocolesterol elevado en plasma, con relación entre ambos, elevada. El tratamiento consiste en alto aporte diario de colesterol lo que ha sido asociado con aumento de la tasa de crecimiento. El diagnóstico prenatal es posible mediante dosificación de 7DHC en líquido amniótico.

Objetivos: Presentar un caso clínico de SLOS por tratarse de una afección poco frecuente, en la que se asocian retraso del crecimiento y cuadro polimalformativo clínicamente sugestivo y en la cual el tratamiento específico ha mostrado mejoría en la tasa de crecimiento.

Diseño: Caso clínico.

Material y Métodos: AHV, sexo femenino, producto del primer embarazo de pareja no consanguínea. Embarazo normal. Parto: 40 semanas. Peso al nacimiento 2730g, talla 46 cm y perímetro cefálico 31 cm. Apgar 9/10. Diagnóstico al nacimiento: polidactilia postaxial en mano izquierda, paladar hendido, orejas bajas. A los 9 meses se plantea diagnóstico de SLOS por la presencia de dichas malformaciones y los siguientes elementos clínicos: micrognatia, ptosis palpebral, epicanto bilateral, narinas antevertidas, pulgar proximal bilateral, sindactilia 2-3 en ambos pies, hipocrecimiento, retraso madurativo, cardiopatía. Paraclínica confirmatoria: colesterol total (CT) bajo, 7-Dehidrocolesterol (7DHC) elevado y relación 7DHC/CT elevada. Aplicando el puntaje de severidad clínica, corresponde a una forma moderada de SLOS. Como medida terapéutica específica se inició aporte de colesterol diario en forma de una yema de huevo hervida dividida en 2 a 4 veces. Los padres refieren un cambio favorable luego de iniciar dicho aporte, en su disposición para la alimentación, comenzó a estar más atenta, más sociable y con mayor tonicidad. Los controles bioquímicos posteriores mostraron aumento en el CT y descenso de 7DHC en plasma y descenso en su relación. El asesoramiento genético para la pareja fue de alto riesgo de recurrencia para igual patología ante cada nuevo embarazo

Conclusiones: se subraya la importancia de tener presente el SLOS ante un paciente con falla del crecimiento y malformaciones especialmente faciales y en el varón genitales. El colesterol total en sangre bajo, está a favor siendo este un análisis rápido y ampliamente disponible. El tratamiento específico se asocia con aceleramiento en la tasa de crecimiento.

PROGRAMA
 OFICIAL

NEUROLOGÍA - GENÉTICA - PSIQUIATRÍA

5. INCIDENCIA DE EVENTOS OBSTRUCTIVOS EN LACTANTES QUE FUERON ESTUDIADOS POR APNEAS O ALTE (APPARENT LIFE TREATENING EVENTS)

*Scavone C (1), Rodríguez A (2), Chiapella L (2), Criado A. Lorenzo D. (3)
(1)Catedra de Neuropediatría, (2)Escuela de Tecnología Médica,
(3) Instituto Estable*

Introducción: Las apneas reiteradas y los eventos de aparente amenaza a la vida, (EAAV) o ALTE del lactante son motivo de estudio desde diversas disciplinas dentro de la pediatría. Es fundamentalmente en el primer semestre de la vida que cobran mayor importancia, por el riesgo vital que pueden implicar. El estudio mediante polisomnografía (PSG) permite correlacionar diversas variables fisiológicas de cuyo análisis se obtienen datos orientadores en cuanto al mecanismo que pudo producir dichos eventos. El índice de apneas disminuye desde el nacimiento y a lo largo de los primeros meses de vida. La existencia de eventos obstructivos con repercusión sobre la frecuencia cardíaca y/o la saturación de oxígeno se considera patológica.

El **Objetivo** de nuestro trabajo es determinar en una población de lactantes, cual fue la incidencia de eventos obstructivos.

Material y método: Desde abril 1995 y hasta abril 2002 fueron estudiados 245 lactantes menores de 6 meses. Las polisomnografías se realizaron durante sueño espontáneo; mediante registro simultáneo de EEG, EOG, EMG, flujo respiratorio, movimientos respiratorios de abdomen y torax, y saturación de oxígeno. Se determinó el Índice de eventos respiratorios obstructivos por hora (IERO/h) y se correlacionó con la edad gestacional y con la edad en que se realizó el estudio.

Resultados: 116 LACTANTES tuvieron una polisomnografía normal. 8 casos no se incluyeron por ser insuficiente el tiempo de registro, o porque estaban con asistencia ventilatoria en el momento del estudio. De las 121 PSG patológicas, 87 de ellas mostraban alteraciones respiratorias de tipo obstructivo o mixto. La distribución por sexo fue 55 masculino y 32 femenino. 42 de ellos habían nacido a término y 45 pretermino. Solo 21 de los preterminos fueron estudiados antes de llegar a las 37 semanas. El Índice de disturbios respiratorios obstructivos IDRO/h de los bebés nacidos pretermino, y registrados antes de llegar a las 37 semanas es mayor, que en los nacidos pretermino y registrados después de las 37 semanas. En los lactantes nacidos a término se observó un mayor IDRO/h mayor cuando se estudiaron entre los 2 y los 4 meses.

Conclusiones: En casi un 72% de los estudios polisomnográficos que resultaron patológicos, se encontraron eventos obstructivos.

La edad gestacional guardaría una relación con el hallazgo de patología obstructiva cuando los bebés se estudian antes de llegar a término.

Destacamos el interés del estudio de las causas que pueden favorecer la obstrucción de la vía aérea superior en los lactantes que presentaron ALTE, visto el incremento del IDRO/h en los estudios realizados en los lactantes entre los 2 y los 4 meses de vida.

PROGRAMA
OFICIAL

6. PARÁLISIS FACIAL IDIOPATICA EN NIÑOS

*Scavone C., Leon A, Bruzzone R, Delfino A.
 Cátedra de Neuropediatría –Instituto de Neurología.
 Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR. Montevideo.Uruguay*

Introducción: La parálisis facial idiopática aguda o "Parálisis de Bell" es un diagnóstico de exclusión. Se presenta con una incidencia que varía entre 11.5 y 40.2 casos por 100.000 hab./año, según diferentes series.

Afecta por igual ambos sexos, con una amplia distribución por edades.

Suelen retroceder en días o meses, en general sin secuelas. En un 15 % de los casos pueden persistir secuelas o recaer. En su etiopatogenia se han postulado 4 teorías: Inmunológica, vascular, traumática y vírica.

En los últimos años se insiste particularmente en la existencia de una infección viral, por virus del grupo herpes simple (VHS), como la causa más probable.

Objetivo: analizar la presentación clínica, evolución con y sin tratamiento así como la existencia de recaídas en los niños que consultaron en la policlínica de Neuropediatría del CHPR por parálisis facial periférica idiopática (PFPI)

Material y métodos: Se trata de un trabajo retrospectivo.

Entre abril 2001 y abril 2002 se realizaron 40 consultas por PFPI

Procedencia: 22 fueron niños de Montevideo y 18 procedentes de diversos departamentos del Interior.

Sexo: 26 de sexo masculino y 14 de sexo femenino.

Edades: entre 1 mes y 14 años 11 meses. Con una media de 9 años 1 mes. Antecedente de infección viral o bacteriana previa en 18 casos.

Se tomó en cuenta la fecha de la primera consulta, la forma de presentación, la existencia o no de infecciones previas. Se intentó buscar una relación entre estos elementos, así como con los tiempos de recuperación y el o los tratamientos utilizados.

Los tratamientos utilizados fueron: Prednisona, Vitamina B y fisioterapia, solos o combinados.

Resultados: En casi la mitad de los casos se comprobó un proceso infeccioso previo.

El grado 3 fue la forma de presentación más frecuente.

La recuperación fue variable entre 4 y 180 días, sin que exista una relación entre la precocidad de la consulta con el tiempo de recuperación, ni con el tratamiento recibido.

Solo 1 de los casos no recibió ningún tratamiento.

4 de los niños presentaron recaída.

PROGRAMA
 OFICIAL

21. NEUROFIBROMATOSIS TIPO 1. ANÁLISIS DE 109 CASOS

*M M Rodríguez, R Gueçaimburú, V Raggio, C Benítez, F Mañé-Garzón
Policlínica de Genética. Sección Clínica del Departamento de Genética. Instituto
Nacional de Pediatría. Facultad de Medicina.*

Introducción: La Neurofibromatosis 1 (NF1) es una de las enfermedades neurogenéticas más frecuentes, aproximadamente 1 en 3.500 individuos. Es causada por mutaciones del gen *NF1*, ubicado en 17q11.2, que codifica una proteína -la neurofibromina- que tiene actividad supresora de tumores. Es de herencia monogénica autosómica dominante, con penetrancia completa (si bien la aparición de los distintos signos depende de la edad) y expresividad clínica variable. Cerca de 50% de los casos corresponden a mutaciones de novo. Las características clínicas diagnósticas incluyen: manchas café con leche, neurofibromas nodulares o plexiformes, esférides, nódulos de Lisch en iris, glioma óptico y lesiones óseas características. Otros rasgos son: dificultad de aprendizaje, deficiencia mental generalmente superficial, aumento del riesgo de tumores malignos, escoliosis e hipertensión arterial.

Objetivos:

- Analizar la forma de presentación de la NF1 en nuestra población, a partir de 109 casos examinados en la Policlínica de Genética (HPV, CHPR).
- Ilustrar, a partir de tres observaciones clínicas, aspectos relevantes de la patología para el pediatra general.

Diseño: Se estudiaron retrospectivamente 120 historias clínicas de pacientes con diagnóstico presuntivo de NF1. Once de las mismas fueron excluidas por no cumplir con los criterios diagnósticos para NF1.

Las 109 historias restantes se analizaron obteniéndose datos sobre: edad de presentación, sexo, manifestaciones clínicas diagnósticas como: manchas café con leche, esférides, neurofibromas, glioma óptico, nódulos de Lisch. Así como elementos clínicos frecuentes en la patología: tumores, alteraciones óseas, retardo mental, dificultad de aprendizaje, hipertrofias localizadas y macrocefalia.

Los datos se analizaron usando pruebas estadísticas no paramétricas.

Resultados: Distribución por sexo: masculino 56.9%, femenino 45.1%. Inicio de manifestaciones clínicas: primer semestre 94.7%. Antecedentes familiares 69.7%, mutaciones de novo 30.3%. Manifestaciones clínicas: manchas café con leche 100%; esférides 18.3%; neurofibromas 21.1% (promedio de edad de inicio: 11 años); nódulos de Lisch 6,4%; glioma óptico 1.8% (8% de los que se realizó imagenología de cráneo); alteraciones óseas 46.7%: huesos largos 8.25%, columna el 32.1%, esternón 6.4%, cráneo 1.8%; RM/dificultad de aprendizaje 15.6%; hipertrofia localizada 2.8%; macrocefalia 6.4%; tumores malignos 0.9%.

Conclusiones: Se establecen las coincidencias y diferencias entre la muestra y resultados internacionales publicados. Se comentan los tres casos clínicos seleccionados.

PROGRAMA
OFICIAL

26. HIPOCRECIMIENTO Y ANOMALIAS DEL CROMOSOMA X

*M. Larrandaburu, A. Vaglio, M. Bernal, A. Lemes, R. Quadrelli.
 Instituto de Genética Médica, Hospital Italiano, Montevideo, Uruguay.*

Introducción: Es bien conocido que las técnicas citogenéticas permiten establecer un diagnóstico etiológico en un número importante de pacientes con hipocrecimiento. El Síndrome de Turner fue descrito por primera vez en la década de los treinta, y su definición citogenética fue posible veinte años después. La incidencia al momento del nacimiento es baja, 1 entre 5.000-10.000 recién nacidas, sin embargo es un hallazgo frecuente en los abortos espontáneos. El fenotipo turneriano obedece a diferentes variantes numéricas y/o estructurales del cromosoma X.

Objetivo: El objetivo del presente trabajo fue establecer la frecuencia de las variantes citogenéticas del cromosoma X en el fenotipo Turner en relación al motivo de consulta de las pacientes estudiadas en nuestro Instituto.

Diseño: Estudio de casos.

Material y Métodos: Analizamos 80 familias desde el año 1980 al 2003, con confirmación citogenética de Síndrome de Turner. Se excluyó el diagnóstico prenatal.

Resultados: El motivo más frecuente de consulta fue el hipocrecimiento correspondiendo al 38% de los casos, seguido de amenorrea primaria 28%, disgenesia gonadal 12%, pequeñas dismorfias 4%, material de aborto 4% y otros 10% (hipogonadismo, abortadora habitual, amenorrea secundaria, complejo malformativo, causa vascular, antecedentes de anomalía cromosómica). La edad a la primera consulta abarcó desde el primer mes de vida hasta la edad adulta. Se identificaron con técnicas estándar y de bandeado cromosómico 9 tipos diferentes de cariotipos. Considerados globalmente la monosomía del X estuvo presente en 76% de los casos (61/80), el mosaicismo y las deleciones del X correspondieron al 4% (3/80) cada una de ellas, el isocromosoma del X fue objetivado en 8% de los casos (6/80), otras variantes correspondieron al 9% (7/80).

Conclusiones: Nuestros datos difirieron parcialmente con lo encontrado en la literatura. Destacamos que la baja talla fue constatada en prácticamente todas las pacientes, independientemente del motivo de consulta y de la variante citogenética encontrada. Subrayamos la importancia del diagnóstico genético para estas pacientes y sus familias, de esta manera se podrán encaminar los estudios paraclínicos periódicos con un enfoque preventivo para evitar algunas de las complicaciones que pueden estar presentes en esta entidad. La atención deberá incluir el seguimiento por diferentes especialistas entre ellos cardiólogo, endocrinólogo, ginecólogo, otorrinolaringólogo y psicólogo.

38. ABORDAJE DEL NIÑO CON SINDROME DE DOWN A TRAVES DEL ENTRENAMIENTO MATERNO. ESTRATEGIA DE RBC (REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD)

L. Suarez, A Severgnini, G Barusso. Centro de Rehabilitación CER. Salto.

Introducción En los últimos años se han diseñado múltiples estrategias de tratamiento del niño con Síndrome de Dawn con muy buenos resultados pero con un alto costo técnico profesional. Dada la depresión económico social que se vive en nuestro medio, se buscaron alternativas de atención de esta patología

Objetivos: encontrar una metodología de trabajo orientada a una población de bajos recursos socioeconómico cultural.

Diseño: Se trabajó con una población de niños con síndrome de Down con edades entre 0 y 5 años en forma grupal, con el binomio madre hijo, semanalmente, durante un período de 4 años. En este programa la madre trabaja en el domicilio con su hijo aplicando una estrategia diseñada por el equipo tratante. Este grupo de niños se comparó con escala de Denver con un grupo control de niños con Síndrome de Down tratado sin que la madre participara en el tratamiento en forma directa.

Resultados: El grupo tratado por la madre en forma directa adquirió en forma más temprana las pautas madurativas que el grupo de control.

Conclusiones: Si bien no se pueden obtener resultados estadísticamente significativos, los logros observados nos permiten presumir que la estrategia es válida tanto por la evolución del niño como por el bajo costo del tratamiento.

41. RESULTADOS DE LA PSICOPROFILAXIS QUIRÚRGICA EN PEDIATRÍA. PRIMERA EXPERIENCIA NACIONAL.

*Miriam E. Rodríguez (1), Alicia Dearmas (2), Sergio Sauto (3), Silvia Techera (4), Patricia Perillo (2), Adriana Suárez (5), Ruver Berazategui (6)
Clínica Quirúrgica Pediátrica. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Lord Ponsomby s/n y Bvar. Artigas. Montevideo - Uruguay*

(1) Licenciada en Psicología. Psicóloga de Servicio de Cirugía Pediátrica

(2) Médico Anestesiólogo. Anestesta de Servicio de Cirugía Pediátrica

(3) Médico Cirujano. Asistente Clínica Quirúrgica Pediátrica.

(4) Licenciada en Enfermería. Jefe de Block Quirúrgico

(5) Auxiliar de Enfermería

(6) Profesor Director de la Clínica Quirúrgica Pediátrica

Introducción. Las ideas que las personas tienen de la cirugía están impregnadas de fantasías con una excesiva carga de ansiedad que impiden un control emocional y recuperación adecuados. La hipótesis del presente trabajo es demostrar que psicoprofilaxis quirúrgica permite poner en funcionamiento mecanismos defensivos que amortiguan el impacto que implica la cirugía.

Objetivo. Demostrar el beneficio de la psicoprofilaxis quirúrgica en niños de edad escolar enfrentados a una cirugía de coordinación.

Material y Método. Se estudiaron 30 pacientes con edades entre 5 y 12 años divididos en dos grupos de 15 niños elegidos al azar: un grupo testigo (GT), que recibió información básica, sin intervención psicológica; y un grupo muestra (GM), que recibió información detallada, con intervención psicológica. El estudio comparativo entre ambos grupos se realizó a través de la valoración psicológica y de la variación de dos parámetros biológicos: la frecuencia cardíaca (FC) y la presión arterial sistémica media (PAM).

Resultados y Conclusiones. Dentro del GT la variación de la FC y de la PAM fueron extremadamente significativas ($p < 0.0001$) y muy significativas ($p < 0.0009$) respectivamente. En cambio dentro del GM la variación de la FC y de la PAM no fueron significativas ($p = 0.1$ y 0.8 respectivamente). Comparando ambos grupos, para cada instancia, la FC y la PAM del GT con respecto al GM mostraron variaciones significativas ($p < 0.05$) en el postoperatorio. La psicoprofilaxis quirúrgica facilitó la creación de defensas eficaces permitiendo una conducta adaptativa con un monto de ansiedad que el yo pudo controlar, disminuyendo el potencial efecto traumático de la vivencia, demostrando ser efectiva para disminuir el impacto psico-biológico y sus efectos deletéreos en la etapa de recuperación postoperatoria inmediata.

PROGRAMA
OFICIAL

49. TRAUMATISMO DE CRANEO GRAVE EN NIÑOS. SEGUIMIENTO INTERDISCIPLINARIO

Pérez, Walter; Muñoz, Silvia; García, Alicia (Unidad de Cuidados Intensivos del Niño), De Castelet, Laura; Arigón, Estrella, (Cátedra de Fisiatría) Fuentes, Aurora (Cátedra de Psiquiatría Infantil) González, Gabriel, Rey, Andrea. (Cátedra de Neuropediatría) Curbelo, Gladis (Asistente social)

La lesión cerebral traumática es la causa más frecuente de secuelas neurológicas y muerte en el niño. Los adelantos tecnológicos y la mejor comprensión de los fenómenos fisiopatológicos ha aumentado la tasa de sobrevivientes, quienes requieren rehabilitación sostenida y multidisciplinaria.

Este grupo trabaja en base a un programa de seguimiento polivalente protocolizado desde el momento que el paciente con TEC grave ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos pediátricos (UCIN).

En un periodo de 4 años, fueron controlados 50 pacientes en régimen ambulatorio. La mediana de edad de este grupo fue de 9 años. El tránsito fue la causa principal, el 50% presentó otros traumatismos de entidad. El 50% fue intervenido de los cuales la mitad fue neurocirugía de urgencia. El 95% presentó coma inicial. Más del 90% tenía TAC de cráneo patológica, siendo las lesiones más frecuentes la fractura, la contusión y la hemorragia subaracnoidea.

Al alta el 78% de los pacientes presentaba deficiencias severas vinculadas al accidente. Las más frecuentes eran del área locomotora y cognitiva. El Glasgow Outcome Scale evidenció que el 22% de los pacientes en el momento del alta estaban en estado vegetativo, pero evidenciaron una franca recuperación funcional en los meses siguientes. Disminuyó la prevalencia de secuelas motoras y cognitivas y aumentó en la esfera psi. Fallecieron 3 pacientes durante el seguimiento. La mediana de duración del seguimiento fue de 20 meses

Se concluye que el tipo de secuelas varió según el momento evolutivo, siendo las áreas motora y psíquica las más afectadas en la evolución alejada. Muchas de estas secuelas se evidencian en el seguimiento. No es frecuente la persistencia del estado vegetativo aunque constituyó un riesgo de muerte luego de la etapa aguda. El GOS fue una herramienta de utilidad para predecir el compromiso neurológico en la evolución.

54. ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES URUGUAYOS.

E Ferreira, H Ripoll, J Maidana, N Fernández, L Diaz, T Melian, R Fossati, E Batovsky, A Di Menza, L Seoane. Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay.

Introducción: Se realiza una investigación entre los meses de Junio y diciembre 2002, encuestando a los pacientes que consultan en el Servicio de Psiquiatría Pediátrica. Nos motiva a realizar esta investigación la ausencia de datos al respecto y la muy escasa frecuencia de consultas por este motivo.

Objetivos:A) Investigar el uso de sustancias psicoactivas en esta población. B) Estudiar sus características: frecuencia, tipo de sustancia, relación con sexo, edad, nivel de educación y características familiares. C) Comparar con datos existentes a nivel internacional.

Diseño: Se tomó una muestra de 278 casos, que comprende a pacientes con edades entre 9 y 20 años, que consultan en el Servicio de Psiquiatría Pediátrica. Se aplica un cuestionario predeterminado que consta de 30 preguntas, realizado en forma anónima e individual, al paciente y al adulto que acompaña por separado.

Resultados: Se observa que 58% de los encuestados son de sexo masculino, que las edades predominantes en la muestra están entre los 9 y 14 años. El tabaco es la sustancia más frecuentemente utilizada, seguido por el alcohol y la marihuana.

Conclusiones: Coincidiendo con la literatura internacional, encontramos que las drogas de uso más frecuente, son las legales (alcohol y tabaco), comenzando a partir de los 9 años. La consulta por este motivo es poco frecuente, siendo un hallazgo anamnésico. Se encuentra una elevada frecuencia de antecedentes familiares de uso y abuso de sustancias.

PROGRAMA
 OFICIAL

ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN PEDIÁTRICA

8. EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO DEL CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL EN EL PERÍODO 1999 – 2002.

*Informe del Comité de Auditoría de Fallecidos.
A Santoro, C Hackenbruck, C Gutiérrez, M Repetto,
D De Leonardis, I Rubio, M Alberti, AM Ferrari.
Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR). Montevideo. Uruguay*

Introducción: el conocimiento de las causas de muerte y de las características de los niños fallecidos en el hospital constituye un importante aporte para mejorar la calidad de la atención y prevenir las muertes evitables. Con estos **objetivos** en el año 2000 comenzó a funcionar, en el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell, el Comité de Fallecidos integrado por representantes de la Dirección Pediátrica, Clínicas Generales, Unidad de Cuidados Intensivos, Emergencia Pediátrica y Departamento de Patología Pediátrica.

La **metodología** de trabajo consistió en el análisis sistemático de las historias clínicas de todos los niños fallecidos en el Hospital Pediátrico y del resultado de la autopsia. Las causas de muerte se clasificaron de acuerdo a CIE 10.

Resultados: los datos que se presentan incluyen los del año 1999, analizados previamente. En cada año, entre 1999 y 2002 inclusive, fallecieron 118, 108, 119 y 100 niños. La mayoría procedía de Montevideo y Canelones. El porcentaje de niños fallecidos antes de las 24 horas osciló entre 14.8 y 26.8%. En todos los años, predominaron los muertos menores de 1 año. La principal causa de muerte en los menores de 5 años fueron las enfermedades infecciosas y en los mayores de esa edad las neoplasias y accidentes. Se observó una tendencia creciente en la solicitud de autopsia pero no de su autorización por los padres (30% en promedio).

Conclusiones y propuestas: el funcionamiento del Comité de Fallecidos ha significado un avance para el Hospital pero aún se encuentra lejos de los objetivos planteados. Se proponen actividades para mejorar la capacitación de los técnicos del hospital y en especial de los que integran el Comité, en relación al tema de los fallecidos y para mejorar las relaciones con otros organismos vinculados con este tema. Se recomienda incrementar las actividades de los programas de promoción y prevención de las enfermedades prevalentes en Pediatría.

PROGRAMA
OFICIAL

9. POLICLINICA DE SEGUIMIENTO REUMATOLOGICO DEL CHPR. CASUÍSTICA DE 10 AÑOS

R.Guariglia, S. Franco y R.Jurado
Policlínica de Seguimiento Reumatológico del CHPR

OBJETIVO: Se expone la experiencia de 10 años de la policlínica de seguimiento reumatológico del Centro Hospitalario Pereyra Rossell (CHPR), referido a las dos patologías más frecuentes, la Artritis Reumatoidea Juvenil (ARJ) y la Fiebre Reumática (FR).

METODOLOGIA: Los diagnósticos se efectuaron para la ARJ de acuerdo a los criterios de la Asociación Americana de Reumatología (ARA) y para la FR con los criterios de Jones modificados. Los fármacos utilizados para el tratamiento de la ARJ fueron AINES (AAS, Ibuprofeno, Naproxeno, Indometacina), drogas de segunda línea (Sulfasalazina, Hidroxicloroquina y sales de oro), Inmunosupresores (MTX y corticoides) e Inmunomoduladores (Etanercept). La FR fue tratada con AAS en las formas articulares puras, corticoides cuando se acompañaron de carditis y Penicilina Benzatínica para la prevención secundaria.

RESULTADOS: De los 65 casos de ARJ el 70% correspondieron al sexo femenino y el 51% a niños mayores de 10 años. El 50% de esta población se trató solamente con AINES, un 24% requirieron adicionar corticoides y un 16% adicionaron MTX a los anteriores. En 0,5% de los casos se utilizaron drogas de segunda línea y una paciente fue tratada con Etanercept.

La evolución fue buena en el 88% de los tratados con AINES (formas articulares puras), en el 66% de aquellos que agregaron Corticoides, en el 50% de los tratados con MTX y en el 30% de los que requirieron drogas de segunda línea.

De los 67 casos de FR, la distribución por sexos fue prácticamente igual, la mediana de edad fue de 11 años siendo el 95% de los casos el primer empuje. De las formas clínicas el 82% fueron artritis (puras o combinadas), el 37% carditis y el 21% coreas.

De las lesiones cardíacas predominó ampliamente la Insuficiencia Mitral seguida de la lesión Mitro-aórtica.

Los controles en policlínica tuvieron una media de 2 años con un máximo de 8 años.

PROGRAMA
 OFICIAL

10. USO DE LA PHMETRIA EN EL CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL. BENEFICIOS Y COSTOS DE SU APLICACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.

*Martínez S, Pérez F, Rodríguez A, Giachetto G, Montano A, Ferrari AM
Clínicas Pediátricas «A», «B», «C». Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR).
Facultad de Medicina. Montevideo, Uruguay.*

Introducción: En el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell (HP-CHPR) los estudios de pHmetría se contratan fuera del hospital. Los realizan tres equipos, que utilizan técnicas y patrones de referencia diferentes. En el año 2001 la pHmetría representó el 2% (\$U 423.800) del gasto en técnicas auxiliares de diagnóstico. En la práctica clínica sus indicaciones son diversas y frecuentemente controvertidas.

Objetivos: Realizar un estudio de situación en relación a los beneficios y los costos de la pHmetría en el HP-CHPR.

Material y métodos: Se incluyeron los niños estudiados con pHmetría en el HP-CHPR en el año 2001. En cada caso se analizó, mediante revisión de la historia clínica y del informe de la pHmetría, la indicación y la conducta adoptada frente al resultado.

Resultados: De los 157 niños estudiados se analizaron 140; fue imposible hallar el informe de la pHmetría en 7 pacientes y la historia clínica en 10. Las indicaciones fueron ALTE (n=66), crisis broncoobstructivas reiteradas (n= 23), lactante vomitador (n=19), neumonía recidivante (n=5) y miscelánea (n=27). Fueron informadas como normales el 68.6% y patológicas el 17%. En el 14.6% el resultado no fue concluyente. Permite aclarar el diagnóstico en 25 pacientes (18%) y se modificó la conducta terapéutica en 22 (15,7%).

Conclusiones: Estos resultados muestran que la pHmetría aportó poco a la resolución de los pacientes. Teniendo en cuenta los costos de este estudio es necesario revisar las técnicas utilizadas por los distintos equipos, los patrones de normalidad y realizar un estudio prospectivo para evaluar su utilidad en cada indicación.

PROGRAMA
OFICIAL

13. AUDITORIA DE HISTORIAS CLÍNICAS: UNA FORMA DE EVALUAR LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA.

A Mata, G Lozano, B Ramos, L Rodríguez de Almeida, S Venturino, T Zipitria, G Giachetto, L Pardo, A Protasio. Policlínica de Pediatría General de Referencia del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Facultad de Medicina. Montevideo, Uruguay.

Introducción: En el año 2002 en el marco del proyecto de Departamentalización de las Clínicas Pediátricas de la Facultad de Medicina se integraron sus tres policlínicas hospitalarias en una sola de referencia, con objetivos docentes y asistenciales comunes. Se elaboró un instrumento de registro para los pacientes derivados del sector internación. Se implementó un sistema de auditoría de historias clínicas como forma de evaluar la calidad de la asistencia. **Objetivo:** Analizar los resultados obtenidos en la aplicación del sistema de auditoría de historias clínicas.

Métodos: Se auditaron las historias clínicas de todos los pacientes que consultaron por primera vez en la Policlínica de Referencia del Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell entre el 1° de setiembre y el 31 octubre de 2002. La auditoría fue realizada por posgrados de pediatría, previamente entrenados, que no participaron en la asistencia de los mismos. Se auditó el aspecto formal (datos precodificados de la historia clínica) y el contenido (motivo de consulta, diagnóstico, conducta paraclínica y terapéutica, contrarreferencia, fecha de alta o próxima consulta). Se utilizó la siguiente escala de puntuación: excelente (96-100%), buena (80-95%), aceptable(60-79%) y mala (<60%).

Resultados: Se auditaron 108 historias clínicas; 56 correspondieron a primer control luego del alta y 52 a primera consulta de pacientes derivados de Montevideo e Interior. La calificación fue: excelente 8.3%, bueno 63%, aceptable 20.4% y malo 8.3%. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en los resultados de la auditoría del aspecto formal y del contenido ($p < 0.01$). En el análisis formal las calificaciones fueron: excelente 15%, bueno 32%, malo 53%. En el contenido: excelente 80%, bueno 13% y malo 7%. Las historias de los pacientes controlados luego del alta obtuvieron mayor puntuación ($p < 0.05$). No se observaron diferencias significativas en el resultado de la auditoría según cargo del médico tratante y tipo de patología.

Conclusiones: Los resultados satisfactorios obtenidos en esta primera experiencia constituyen un estímulo para continuar acciones dirigidas a mejorar la calidad de la asistencia. Es objetivo de la Policlínica de Referencia continuar con la auditoría y fortalecer este proyecto de trabajo.

PROGRAMA
 OFICIAL

14. INTEGRACIÓN DE LAS POLICLÍNICAS HOSPITALARIAS DE LAS CLÍNICAS PEDIÁTRICAS: HACIA LA DEPARTAMENTALIZACIÓN DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO.

*L Cetraro, M Jourdan, L Rebollo, G Giachetto G, L Pardo, G Bellinzona, L Seoane.
Clínicas Pediátricas "A", "B", "C", Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR),
Facultad de Medicina. Montevideo, Uruguay.*

Introducción: Hasta el año 2001 funcionaban en el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell tres policlínicas de Pediatría General dependientes de cada una de las Clínicas Pediátricas de la Facultad de Medicina. Se identificaron problemas comunes: falta de continuidad en la asistencia luego del alta, derivación injustificada de pacientes, escasa comunicación con el primer nivel de atención, y superposición de recursos humanos y materiales. En febrero de 2002, con la finalidad de optimizar los recursos existentes y en el marco de un proyecto de Departamentalización, se integraron estas policlínicas con objetivos docentes y asistenciales comunes.

Objetivo: Describir los resultados asistenciales obtenidos en los primeros meses de esta experiencia.

Material y métodos: Se analizó el funcionamiento de la Policlínica de Referencia entre abril y diciembre de 2002. Se revisó la actividad asistencial desarrollada: organización de los recursos, número de consultas, motivos de derivación de los pacientes, número de altas definitivas. Los datos fueron obtenidos de la base informatizada de la policlínica.

Resultados: La asistencia estuvo a cargo de residentes y postgrados del sector de internación supervisada por docentes de las tres Clínicas Pediátricas en días fijos de la semana. Participaron de la experiencia 26 médicos: 10 residentes, 10 posgrados y 6 docentes. Se registraron 1684 consultas correspondientes a 1230 niños. Los motivos de derivación fueron: control evolutivo (44 %), problemas vinculados con exámenes paraclínicos (19%) o tratamiento (10%), dudas diagnósticas (16%). No se pudo precisar el motivo de derivación en 7% de las consultas. Se otorgó el alta definitiva al 26% de los pacientes. Se realizaron 6 seminarios para protocolizar el control y seguimiento de patologías frecuentes. Se implementó un sistema de auditoría de historias clínicas y una carta de contrarreferencia.

Conclusiones: Esta constituye la primera experiencia hacia la departamentalización en el Hospital Pediátrico Centro Hospitalario Pereira Rossell. Es necesario fortalecer este proyecto de trabajo, evaluar en forma precisa la calidad de la asistencia y desarrollar el sistema de referencia-contrarreferencia.

PROGRAMA
OFICIAL

42. USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS: ¿QUÉ CONOCEN LOS MÉDICOS RESIDENTES SOBRE MEDICAMENTOS DE USO CORRIENTE?

Giachetto G, Speranza N, Camacho G, Telechea H, Wolaj M, Toledo M, Olmos I, Kegel S, Banchemo P, Nanni L. Centro de Información de Medicamentos, Farmacia del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Dpto. Farmacología y Terapéutica.

Introducción: El uso irracional de los medicamentos constituye un riesgo inadmisibles para los pacientes y un continuo derroche de recursos. Si bien diversos factores contribuyen a esta realidad, el hábito de prescripción de los médicos es uno de los más frecuentemente implicados. La prescripción no es un acto reflejo, es un proceso razonado que exige el uso de información actualizada e independiente sobre los medicamentos.

Objetivo: Evaluar el conocimiento de los médicos residentes de Pediatría y Medicina Interna sobre medicamentos de uso corriente.

Material y métodos: En diciembre de 2002 se encuestaron en forma personal y anónima, 69 médicos residentes de 1º, 2º y 3er año (38 de Pediatría y 31 de Medicina Interna). Se evaluó el conocimiento sobre nombre genérico, dosis, efectos adversos y contraindicaciones absolutas de medicamentos de uso frecuente en cada una de las disciplinas. En Pediatría: Beclomolâ inhalador, Ibupiracâ suspensión, Kalitronâ jarabe, Zinnatâ suspensión, Tegretolâ comprimidos. En Medicina interna: Naprilanâ comprimidos, Zantacâ comprimidos, Voltarenâ comprimidos, Arzomicinâ comprimidos, Licor de Bromptonâ solución y Valiumâ comprimidos. Las respuestas fueron catalogadas como verdaderas o falsas utilizando un estándar elaborado por los autores.

Resultados: Los porcentajes de respuestas verdaderas entre los residentes de Pediatría fueron: nombre genérico 82%, dosis 42%, efectos adversos comunes 16%, efectos adversos graves 16% y contraindicaciones 32%. Entre los residentes de Medicina interna: genérico 89%, dosis 53%, efectos adversos comunes 16%, efectos adversos graves 45% y contraindicaciones 46%. Se observó una proporción mayor de respuestas correctas estadísticamente significativa, entre los residentes de Medicina Interna en relación a la dosis, efectos adversos graves y contraindicaciones.

Conclusiones: Una elevada proporción de los residentes encuestados no tienen conocimientos suficientes en relación a las dosis, los efectos adversos y las contraindicaciones de estos medicamentos de uso corriente. Esto constituye un factor determinante en la prescripción irracional de los medicamentos. Es necesario fortalecer la formación continua en Farmacología y Terapéutica de los médicos residentes para revertir este problema.

PROGRAMA
 OFICIAL

11. VALIDEZ DEL SIGNO PALIDEZ PALMAR PARA LA EVALUACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE ANEMIA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.

*Montano A, Giachetto G, Krivianski N, Osta C, Robuschi F, Rodríguez M, Tourreiles AL.
Clínica Pediátrica «B», Centro Hospitalario Pereira Rossell,
Facultad de Medicina. Montevideo, Uruguay.*

Introducción: La Estrategia para la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia de la OPS-OMS (AIEPI) propone evaluar la presencia de anemia en niños de 2 meses a 4 años mediante el signo palidez palmar. La utilización de este signo clínico sencillo, por el personal de salud adecuadamente capacitado, contribuiría al diagnóstico y tratamiento de los niños con anemia sin necesidad de utilizar técnicas de laboratorio.

Objetivo: Determinar la sensibilidad y especificidad de la palidez palmar para la identificación de anemia en niños de 2 meses a 5 años de edad.

Métodos: Entre noviembre de 2001 y enero de 2002 se valoró la presencia de palidez palmar leve o intensa en 208 niños de 2 meses a 5 años hospitalizados en el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell. La valoración fue realizada en forma independiente y ciega, por 3 estudiantes Practicantes Internas de la Clínica Pediátrica «B» previamente entrenadas por un observador de referencia, que mostraron concordancia sustancial ($\kappa=0.74$). Como patrón de oro se utilizó las cifras de hemoglobina.

Resultados: La sensibilidad del signo palidez palmar para identificar niños con hemoglobina $\leq 11\text{g/dl}$ fue 52.5% (IC95 52.5 ± 6.7) y la especificidad 71% (IC95 71 ± 6). La ausencia de dicho signo tuvo una sensibilidad de 71.5% (IC95 71.5 ± 6) y una especificidad de 52.5% (IC95 52.5 ± 6.7). La sensibilidad de la palidez palmar leve para identificar niños con cifras de hemoglobina entre 5 y 11g/dl fue 44% (IC95 44 ± 6.6) y la especificidad 75% (IC95 75 ± 5.8).

Resultados: Estos resultados demuestran la utilidad de la ausencia del signo palidez palmar para alejar el diagnóstico de anemia en esta población. La presencia de palidez palmar obliga a desarrollar estrategias adecuadas a los recursos disponibles en cada lugar para el manejo de los niños con anemia.

PROGRAMA
OFICIAL

31. ESTRATEGIA AIEPI EN URUGUAY. 2001-2002. ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA. IMPLEMENTACIÓN EN SALTO

A Montano, R Techera, E Ward, M González, T Picón, C Suárez, M Benchín, F Pérez, C Iglesias, Rubio I.
Convenio Ministerio Salud Pública – Facultad de Medicina Montevideo, Uruguay

Introducción: La estrategia AIEPI fue creada por OPS/OMS con el objetivo principal de disminuir la mortalidad por enfermedades prevalentes de la infancia en niños menores de 5 años. Incluye intervenciones preventivas y curativas para mejorar las prácticas en los servicios y en el sistema de salud y en el hogar. En el marco del convenio firmado entre el MSP y la Facultad de Medicina para implementar la estrategia AIEPI en Uruguay se comenzaron las actividades en el departamento de Salto debido a las cifras de mortalidad infantil que registraba en el año 2000.

Material y método Se describen y analizan los datos de los informes de las actividades realizadas entre 2001-2002. Incluyen datos de: actividades de capacitación (talleres clínicos con evaluación pre y post taller), evaluación de la implementación (observación de la consulta, entrevista a las madres y evaluación de las condiciones del servicio).

Objetivo: Presentar los avances de la implementación de la estrategia AIEPI en el departamento de Salto.

Resultados: Se realizaron 3 talleres para médicos y 2 para enfermería. Se capacitaron 35 médicos (23 pediatras, 5 médicos de familia y 7 postgrados) y 384 enfermeras. Por cada 1000 habitantes menores de 5 años, existen 2.7 médicos capacitados en la estrategia AIEPI. Relación participante/facilitador 3/1. Porcentaje de mejora pre y pos talleres 69%. En dos de los talleres se evaluaron en la actividad práctica 98 niños (promedio de 8.3 evaluaciones por médico). Las clasificaciones fueron: Tos y resfrío: 40%; Neumonía grave: 3%; Neumonía: 4%; Infección aguda de oído: 15%; Faringitis viral: 14%; Enfermedad febril: 17%; Diarrea 3%; No tiene desnutrición: 60%; Problemas de alimentación: 8% y Anemia 4%. El 70% estaba bien inmunizado, y se carecía de datos en el 25%. Se indicó antibióticos a 22/77 niños (0.28) con infecciones respiratorias y radiografía de tórax a 10 (0.13). La evaluación realizada en nov /2002 en 20/35 médicos capacitados mostró entre otros datos que: corroboraban signos de peligro 16, síntomas respiratorios 19, diarrea 15, estado de inmunización 13 y nutrición 13. Indicaron tratamiento según AIEPI 17/20 médicos. Realizaban preguntas de verificación sobre la comprensión del tratamiento indicado 7/20 (0.35) médicos. Recordaban las indicaciones médicas al salir de la consulta 28/42 (0.67) madres y cuando volver a consultar con urgencia 19/42 (0.45). Estaban bien inmunizados 25/33 (0.78) niños cuyas madres presentaron carné. Carencias detectadas previamente, en insumos e instalaciones fueron mejoradas. El avance de la capacitación del personal de enfermería fue muy bajo, sin embargo, su distribución es adecuada, ya que existe al menos una persona capacitada en AIEPI en cada centro de asistencia.

Conclusiones: Se logró capacitar a la mayoría de los pediatras y médicos de familia de Salto. La metodología de los talleres y su evaluación fueron adecuadas. La estrategia fue útil para conocer la epidemiología local y racionalizar la utilización de los recursos. Los resultados de la evaluación muestran que es necesario reforzar actividades de prevención y comunicación con las madres. En esto aportará el trabajo en equipo de médicos y enfermería. La aplicación de una estrategia sistematizada de atención de casos colaboró con la mejora en la calidad de atención. Se convirtió en una herramienta para estimular la comunicación entre los médicos locales que mostraron responsabilidad y compromiso y aceptaron someter su trabajo a continuas revisiones y evaluaciones. Todo ello contribuirá sin duda a mejorar la morbimortalidad por enfermedades prevenibles en los niños menores de 5 años en Salto.

PROGRAMA
OFICIAL

32. ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA (AIEPI). EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN PEDIÁTRICA HOSPITALARIA

*Autores: Ward E, Picón T, Ferrari A.
 Facultad de Medicina , Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.*

Introducción: La estrategia AIEPI, elaborada por OPS/OMS, tiene como meta disminuir la mortalidad por enfermedades prevalentes de la infancia en niños menores de 5 años, a través de intervenciones en el primer nivel de atención destinadas a mejorar las prácticas en los servicios de salud y en el hogar. A su vez los hospitales de referencia a los cuales se derivan los niños gravemente enfermos deben dar respuesta rápida y eficiente, por lo cual la estrategia ha incorporado procedimientos y prácticas para ser aplicados en el nivel de referencia. Para poder evaluar el impacto de su aplicación es necesario conocer la calidad de la atención que se está brindando en los hospitales en estos aspectos, que se refieren fundamentalmente a la evaluación inicial del paciente, su diagnóstico y tratamiento. Este trabajo forma parte de un estudio propuesto por OPS/OMS en el que participaron cinco países de la región.

Objetivos: Identificar los problemas asistenciales que dependen de la organización de la atención y de la capacitación del personal de salud en el nivel de referencia. Describir y analizar el proceso de atención y proponer acciones que fortalezcan el acceso al hospital, el triaje y la atención en emergencia.

Material y método: Los hospitales seleccionados fueron: Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) de Montevideo, Hospital Regional de Tacuarembó (HRT) y Hospital Regional Litoral Norte, Salto (HRS)..El diseño del estudio fue cualitativo y transversal Los datos se obtuvieron en forma prospectiva en los servicios de salud, por observación de atención de casos y entrevistas realizadas al personal de salud y a las madres. Las variables estudiadas fueron: transporte, derivación apropiada, búsqueda de atención por los padres, sistema de triaje implantado y criterios de clasificación utilizados por el personal, la clasificación y el tratamiento de urgencia. Las evaluaciones se expresaron como: adecuado, debe mejorar y debe mejorar considerablemente.

Resultados: En relación con los datos de ingreso no existen registros en el HRS; la causa principal de ingreso en el CHPR y en el HRT en el año 2000, fue infección respiratoria aguda (IRA) seguida por diarrea, accidentes y convulsiones. El transporte resultó adecuado en el CHPR y en el HRS y debe mejorar en HRT. La referencia por el agente de salud debe mejorar en Montevideo y mejorar considerablemente en los otros dos departamentos. La búsqueda de atención por los padres debe mejorar en los tres lugares. El sistema de triaje implantado debe mejorar considerablemente en los tres lugares. Los criterios utilizados por el personal para la clasificación, la clasificación y el tratamiento de urgencia debe mejorar sensiblemente en el HRT, debe mejorar en el HRS y es adecuado en el CHPR.

Conclusiones. La falta de registros en el HRS dificultó la evaluación Las causas de ingreso correspondieron a las enfermedades prevalentes. Es prioritario continuar capacitando al personal de salud del primer nivel de atención y mejorar el conocimiento de las madres para lograr una derivación adecuada al centro de referencia. La accesibilidad geográfica no es un problema. Es fundamental organizar un sistema de triaje que mejore la clasificación y la calidad del tratamiento de urgencia.

PROGRAMA
 OFICIAL

33. EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA ESTRATEGIA ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA (AIEPI) EN SALTO, URUGUAY.

*Autores: Ward E, Montano A, Rubio I, Grupo AIEPI Uruguay
 Convenio Ministerio Salud Pública – Facultad de Medicina Universidad de la*

Introducción: El objetivo principal de la estrategia AIEPI elaborada por OPS/OMS es disminuir la mortalidad por enfermedades prevalentes de la infancia en niños menores de 5 años. Incluye intervenciones preventivas y curativas para mejorar las prácticas en los servicios, en el sistema de salud y en el hogar. Para evaluar el impacto de estas intervenciones es necesario realizar un diagnóstico de situación a nivel local antes y después de la implementación utilizando indicadores que permitan realizar el seguimiento de la aplicación así como fortalecer las acciones que puedan mejorarla

Objetivo: Evaluar el impacto de la aplicación de la estrategia AIEPI sobre la cobertura de vacunación y el conocimiento de los padres sobre algunos de los signos de alarma para llevar a un niño a un servicio de salud en caso de enfermedad respiratoria aguda (IRA) o diarrea aguda (DAI).

Material y método: Se utilizó el protocolo de Investigaciones Operativas sobre AIEPI OPS/OMS. Se realizaron talleres de capacitación para los médicos que recabaron la información. Los datos del estado inmunitario se obtuvieron del carné de vacunas en el momento de la consulta. Se encuestó a las madres en la sala de espera sobre el conocimiento de los signos de alarma para llevar a un niño a la consulta. Mediante estudio estadístico de diferencia de proporciones se compararon los datos de la investigación operativa realizada en el año 2001 y en el año 2002.

Resultados: Población estudiada en el 2001: 345 niños; de los cuales 15 eran menores de 2 meses (4.4%). En el año 2002 la población fue de 298 niños de los cuales 25 eran menores de 2 meses (8.3%). En ambas poblaciones el rango de edad de las madres fue de 15 a 48 años, el 70% tenía entre 20 y 34 años. El 98% de las madres en el primer grupo sabía leer y escribir y el 97% del segundo. El 33% de las consultas fueron controles, tos o dificultad para respirar y fiebre fueron los motivos de consulta más frecuentes, la consulta por diarrea fue de 4.4%. Las madres manifestaron no saber cuándo deberían consultar en caso de IRA en 8,5% y 2,3% $p < 0,001$ por DAI 9,3% y 2,5% $p < 0,001$ antes y después, respectivamente. Antes de la aplicación de la estrategia 270 (78%) madres llevaron el carné de vacunas a la consulta y 79.5% de ellos estaban bien vacunados, mientras que luego de iniciada la estrategia 58,5% llevaron el carné de los cuales 85% lo tenían completo. $P = 0,01$ (n.s). 85 madres (32.3%) reconocieron a la respiración rápida como un motivo de alarma antes de aplicar la estrategia y 121 madres (47.4%) luego de implementar la estrategia.

$P < 0,001$ Las madres reconocieron a la presencia de muchas heces acuosas como motivo de consulta en 71.8% ($n = 237$) y en el segundo grupo 95.4% ($n = 270$) $p < 0,001$.

Conclusiones Las poblaciones fueron homogéneas. Si bien la cobertura de vacunas mejoró acercándose a las cifras nacionales la diferencia no fue significativa. Llama la atención que el porcentaje de madres que llevan el carné a la consulta disminuyó. El reconocimiento de los signos de alarma mejoraron siendo la diferencia significativa. Es necesario seguir insistiendo en que los médicos comprendan la importancia de interrogar acerca del estado inmunitario en todas las consultas y no sólo en el control del niño sano. La implementación de la estrategia AIEPI en Salto está en marcha. Es imprescindible mantener las actividades de supervisión y evaluación para mejorar la tendencia positiva de estos resultados.

34. QUE HACEN Y COMO ACTUAN LOS ADOLESCENTES DE 6° AÑO DEL BARRIO CASABO .

*Dra Michelini ML , RDA. Rodríguez S , Soc. Bogliaccini JA ,Ps Arce T.,
Intendencia Municipal de Montevideo y ANEP Barrio Casabó.*

OBJETIVOS: Dentro del marco de la prevención y promoción de la salud a nivel de las instituciones educativas del barrio Casabó, se realiza un censo para conocer los hábitos y costumbres de los adolescentes que concurren a los 6° años de este barrio .y así desarrollar de acuerdo a los resultados y a lo que solicitan los jóvenes talleres de educación para la salud, orientadas al autocuidado. Por primera vez en el 2002 se logra trabajar con todos los 6° del barrio..

MATERIAL Y METODOS: Se realiza un censo de hábitos y costumbres a los 153 adolescentes que concurren al nivel de 6° año de las escuelas del barrio Casabó: 327, 318 y 143 . Este barrio está en una de las zonas de Montevideo con mayor porcentaje de NBI.

RESULTADOS: El 44% son jóvenes mujeres y el 56% varones de entre 11 y 17 años con un 28% de extraedad.. De los resultados se destaca:

1) el 37% consume golosinas diariamente; 2) que en su casa el 96% tiene TV el 52% TV por cable y el 19% de computadora, 3) el 56% ve TV entre 4 y 7 horas diarias y un 14% 8 y más horas al día. 4) acerca de en que actividades colaboran en la casa más del 90% hacen mandados, el 70% limpian y el 30% cocinan; 5); 6) el 97% relata tener cepillo de dientes y el 88% que lo usan diariamente;7) Consultados sobre que pasa cuando alguien de la familia los molesta el 42% responde agresivamente el 29% se aísla y el 24% tiene actitud de diálogo; 8) en relación a la actitud de los padres cuando los jóvenes hacen algo que los molesta el 23% relataron que responden agresivamente y el 70% en actitud de diálogo. 9)en cuanto a la concurrencia a bailes lo hacen el 56%, el 42% en casa de amigos y en lugares públicos;10) el 75% han consumido en alguna oportunidad bebidas alcohólicas 5% con una frecuencia semanal el 60% de vez en cuando y el 78% lo consumen en la casa 11) en cuanto al consumo de cigarrillos , fumaron en alguna oportunidad el 10% de estos el 70% ya no lo hacen ; 12) en cuanto al consumo de drogas 1 sólo joven relata inhalar nafta y el 4% no contestan; 13) el 7% relata haber tenido relaciones sexuales y de estos más del 50% no haber utilizado preservativo . De acuerdo con estos resultados y lo solicitado por los jóvenes se desarrollaron talleres sobre sexualidad , cuidados del cuerpo, prevención de adicciones.

CONCLUSIONES: Se destaca la importancia de conocer los hábitos y costumbres de la población antes de diseñar las estrategias de abordaje de la promoción de salud y del autocuidado. Se jerarquiza la promoción de salud en adolescentes a través de las instituciones educativas.

PROGRAMA
OFICIAL

51. PLAN DE EDUCACION EN EL CUIDADO DE LA TRAQUEOSTOMIA DIRIGIDO A PADRES

L.E. L.Pérez, G.Cuagliatta, E. Silvera
*Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal
 y Servicio de Pediatría Círculo Católico del Uruguay*

INTRODUCCION: La traqueotomía es la incisión quirúrgico a nivel del 3° anillo de la traquea mediante la cual se introduce una cánula de traqueostomía a través del estoma, anulando la vía aérea superior con el objetivo de permitir una respiración adecuada cuando está en su parte superior se encuentra obstruida en forma aguda o crónica.

OBJETIVO: Crear un plan de educación de manejo y cuidados de la traqueostomía dirigido a los padres de pacientes neonatos traqueostomizados internados en cuidados intensivos y su posterior pasaje al servicio de pediatría con el fin de que estos puedan continuar los cuidados en el medio domiciliario de forma eficiente y autónoma.

MATERIAL Y METODOS: en el año 2002 se presentaron los dos primeros casos en nuestro servicio de pacientes traqueostomizados :

1er caso. Neonato pretermino severo de 25 semanas de edad gestacional, 710 grs de peso, Enfermedad de Membrana Hialina que requirió intubación y largo periodo de ARM (5 meses y 15 días) realizándole la traqueotomía a los 4 meses por estenosis subglótica. Pasa a Pediatría con 6 meses y 8 días teniendo 2 reingresos en cuidados intensivos, otorgándosele el alta definitivo a los 8 meses y 12 días.

2do. caso. Neonato Pretérmino moderado 32 semanas de edad gestacional, 1200 grs de peso, ingresa por S.D.R. precoz que requiere intubación a los 2 meses por estenosis vía aérea alta, a los 2 meses y 15 días se interviene quirúrgicamente de Epignato. A los 90 días pasa a pediatría posteriormente tiene 3 reingresos en el ultimo a 6 meses y 5 días se le realiza la traqueotomía por estenosis subglótica. alta definitivo 6 meses y 11 días de edad.

Al ser estos los primeros casos y contando con escaso material de cuidados e investigaciones publicados sobre este tema, surgió la necesidad de elaborar un plan educativo con el fin de brindarle a los padres conocimientos teórico- prácticos de las técnicas y sus cuidados.

Pasos de la educación :

Dentro del C.T.I.

-1. Información a los familiares previo a la cirugía de Concepto de Traqueotomía y efectos que tendrá sobre el paciente anatómico, funcional, estético y de la comunicación

_ 2. Con el paciente estable se les suministra información verbal acerca de cuidados ,aspiración y cambios de la cánula de traqueotomía, posteriormente acompañan a enfermería en los cuidados ,primero en forma pasiva hasta acostumbrarse a la situación y posteriormente una participación activa ejecutora

_ 3. Se les otorga información escrita acerca de cuidados ,cambio de cánula ,precauciones, y posibles complicaciones previo a su alta al Servicio de Pediatría (material elaborado en base a lo encontrado en su mayoría en bibliografía internacional debido a su escaso tratamiento.)

En el Sector de Pediatría: Manejo por parte de la familia de los cuidados del niño y su traqueostomía con supervisión y apoyo del personal de enfermería de CTI los primeros días y luego de enfermería de pediatría hasta el alta.

Al alta – Aporte e información sobre recursos para el manejo de la aspiración y curación en Domicilio.

RESULTADOS y CONCLUSION : Posteriores al alta a domicilio, no han tenido reingresos por inadecuado manejo de la traqueotomía (obstrucción de cánula , infección de vía aérea ,lesiones periostoma, falsa ruta) Este plan de educación puede verse afectado en sus resultados ya que requiere una carga horaria importante de dedicación de los padres.

En sucesivos encuentros con los padres y el paciente hemos podido valorar como buenos los cuidados que estos les realizan y nos han valorado como positiva la información aportada.

También hemos constatado la satisfacción que les produce el ser ellos los actores principales en el cuidado de sus hijos

Sería conveniente ir administrando la información escrita en etapas que acompañen cada punto del proceso, con el fin de disminuir la carga de la información. Creemos conveniente elaborar un plan de educación para cada tipo de patología con cuidados complejos al alta.

**PROGRAMA
OFICIAL**

24. MUSICOTERAPIA EN SALA DE MEDICACIÓN DEL HOSPITAL DE DÍA

C Sofía, A Goldfarb, M. Hugo

*Centro Hemato-oncológico Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell,
Fundación Peluffo Giguens*

Desde la década del setenta, se viene llevando a cabo en distintos países la inserción del musicoterapeuta dentro de los hospitales en los tratamientos médicos. A esta área específica se la denomina MUSICOTERAPIA EN MEDICINA.

Tanto la situación de enfermedad cómo la mayoría de los procedimientos médicos a los que se somete una persona que está enferma, suelen generar sentimientos de angustia, tensión, miedo a lo desconocido y pérdida de control, entre otras cosas. Estos pueden manifestarse mediante diversas reacciones que intervienen negativamente en el proceso de la enfermedad y en el estado anímico de la persona enferma y su entorno, así como en el personal. La reducción de éstos factores puede colaborar con el éxito de un tratamiento, una mejor rehabilitación, así como influenciar positivamente el estado general de los pacientes y los técnicos.

Los objetivos de nuestro trabajo apuntan a colaborar en:

- * mejorar la calidad de vida del niño en tratamiento hemato-oncológico, fortaleciendo sus núcleos de salud a partir del trabajo creativo y expresivo con la música y de la relación que se establece con él.

Específicamente:

- reducción de la ansiedad y el estrés
- reducción del dolor
- reducción de la sensación de desamparo, descontrol e impotencia
- colaboración con la adhesión al tratamiento

- * con el equipo de salud ofreciendo un soporte a la movilización afectiva que se genera ante una situación de estrés, ayudando así en la prevención del desgaste o burn out del mismo

En este sentido, el trabajo con enfermería intenta ser codo a codo, buscando el beneficio no solo para los pacientes sino también para los enfermeros, ya que el estrés al que se someten es alto, debido a factores como la cantidad y el tipo de procedimientos invasivos que se realiza, la población con la que se trabaja y la extensión de los tratamientos hemato-oncológicos y muchas veces el extenso horario laboral, entre otros.

La experiencia musical aparece como un recurso privilegiado, ya que se convierte en un elemento común, compartido entre todos los integrantes de la "situación de procedimiento". La música que surge es un emergente de la situación en sí y puede sostener a los participantes (médico, padres, niño, enfermeros) al ofrecer un canal de encuentro distinto, común, catártico y gratificante.

**PROGRAMA
OFICIAL**

23. HA MUERTO UN ADOLESCENTE . . .

H. Di Trane

*Centro Hemato-Oncológico Pediátrico. Centro Hospitalario Pereira Rossell.
Fundación Peluffo Giguens.*

Testimonios de adolescentes oncológicos ante la muerte de un compañero.

Alicia (14 años): "Ella y yo habíamos hecho un pacto, íbamos a vencer juntas a la muerte". Marcos (13 años) " Yo no creo lo que dicen los médicos, que estoy curado, vivo con miedo de que vuelva". Jorge (15 años): "La maldita siempre nos gana". Joan (11 años) " ¿Donde está Dios, que está haciendo que no se acuerda de nosotros ? Cuando me fui de alta del trasplante lloré por los que se quedaban. Nunca más pregunte por ellos, me da miedo, no volví a verlos. Ni al peor enemigo le desearía pasar por lo que yo pasé, mi vida se convirtió en la de un preso sin haber hecho nada. Diego (15 años): "A mi la enfermedad me cambió la cabeza, yo ahora veo las cosas diferentes a como las veía. Antes era medio patotero, me gustaba que me tuvieran miedo. Hasta hice pasar malos momentos a algunos. Pero ahora hasta los que yo molestaba me vienen a visitar. En casa, me acuerdo y no quiero más nada, vienen mis amigos, me levantan y salimos, todos me acompañan, hasta los vecinos han cambiado...Yo amo el surf, cambié mi violín por una tabla, surfeaba en pleno mar, con las olas a full, solo, no tenía miedo, al contrario me gustaba, nunca pensé en la muerte, ahora lo que pienso es quedar bien, caminar bien".

Existen puntos relevantes para la psicoterapia de estos pacientes:

1. la muerte;
2. el sentido de la vida;
3. los miedos;
4. las creencias;
5. el aislamiento;
6. la libertad.

El adolescente es un proyecto de vida donde todo es creación y búsqueda. El adolescente enfermo tiene el sentimiento de no llegar a vivir lo necesario para poder cumplir con sus deseos. Por lo cual atesora cada instante de felicidad (por ejemplo, el campamento) vivido con sus compañeros, pensando o sabiendo muchas veces que puede ser el último. Establece vínculos apasionados e idealizados que recaen en todo el equipo de salud. Sufren ante los interrogantes sobre su futura vida sexual y procreación.

Nuestra función debe ser orientada a fomentar la esperanza y combatir la angustia que conlleva a la desesperación; mediante el apoyo, comprensión, cariño y atención constantes.

Que pasa con el equipo asistencial ante la muerte?

1. Inseguridad, angustia, y amenaza que el paciente vive impregna a los que los asistimos.
2. Incidencia de nuestra angustia vertida en nuestra familias.
3. Presentificación de nuestra propia muerte y la de nuestros hijos.

Estrategias de afrontamiento: Orientación Psicológica. Reuniones de equipo.

Intervención Psicológica. Para. 1. Apuntalar y continental al niño y a la familia 2. Favorecer la elaboración de angustias en el equipo y permeabilización de la relación. 3. Mantener siempre viva la esperanza. Lacone dice: Curar a veces, frecuentemente aliviar, consolar siempre. 4. Validar sentimientos (culpa, dolor, depresión). 5. Sostén afectivo. 6. Permeabilización del soporte familiar.

PROGRAMA
OFICIAL

50. DURACION DE LOS CATETERES EPICUTANEOS

L.E. Ana Batista, L.E. Eduardo Silvera
Unidad Neonatal Circulo Católico del Uruguay

Introducción: el uso de vías venosas centrales de inserción periférica en las unidades de cuidados intensivos neonatales ha pasado a ser una herramienta fundamental para la terapia intravenosa. Esto es debido a que evita las multipunciones cuidando el capital venoso, permite la posibilidad de infundir soluciones hiperosmolares, es de fácil inserción y es una técnica que puede ser realizada por Licenciadas en Enfermería entrenadas.

Es un procedimiento de Enfermería útil clínicamente y de bajo riesgo pues presenta escasas complicaciones y la mayoría de ellas son leves y reversibles. Disminuye las situaciones de stress para el paciente y permite una buena interacción de los padres con el recién nacido.

Objetivo: conocer la vida útil de los catéteres epicutáneos- cava (vía venosa central de inserción periférica) en el servicio.

Material y Método: el estudio fue de tipo descriptivo, cuantitativo, longitudinal.

Se utilizaron catéteres epicutáneo – cava marca Vigon en poliuretano, compuesto por un catéter radiopaco graduado cada 5 cm desde el extremo distal con una longitud de 30 cm, aguja introductora g 19 tipo butterfly y un racor intermediario con un prolongador integrado. Fueron estudiados aquellos epicutáneos colocados en los pacientes ingresados durante el periodo diciembre 2002 –febrero 2003.

Se elaboró un formulario para el seguimiento de los catéteres, a ser completado por la Licenciada en Enfermería. El mismo cuenta de 5 partes: identificación del paciente y colocación, curación, motivo de rotura de catéter, estudios bacteriológicos pre e intra tratamiento y motivo retiro.

Resultados: se colocaron 16 catéteres en 12 pacientes de un total de 52 pacientes ingresados en ese periodo. Para su estudio se clasificó a los pacientes por peso al nacer, se dividen en 6 pacientes menores de 1500 grs (54% de el total de pacientes ingresados de esta categoría), 4 (16%) entre 1500 y 2500 grs y 2 (12,5%) mayores de 2500 grs.

En relación al sitio de punción se colocaron 11 en los miembros superiores , 3 en los miembros inferiores , 1 cefálica y 1 yugular externa derecha. Respeto su duración, en el miembro superior duraron 9,1 días de promedio y en el inferior 6,6 promedio.

Tomado por grupo de peso en los menores de 1500 grs duraron 13,8 día promedio, 5,4 día promedio en el grupo entre 1500 – 2500 grs y en los mayores de 2501grs 3 días de promedio. La duración total fue de 7,5 días promedio.

Los motivos de retiro de los catéteres fueron: por fin de tratamiento 10 (62,5), rotura del catéter 4 (25%) , obstrucción 1 y por bacteriemia 1.

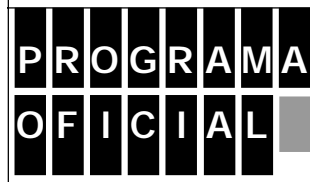
Conclusiones y Sugerencias:

Es una técnica muy beneficiosa para pacientes pretérminos de bajo peso por tiempo de duración en relación a los que tienen mayor peso.

Relacionando el tiempo de duración de nuestra muestra 7,5 días a otros estudios semejantes en los cuales los resultados fueron 16 días promedio (Colombia 1995-1996) y 5,7 día (España 1991) consideramos que nos encontramos en niveles aceptables a superar. Los catéteres colocados en miembros superiores tienen una mayor duración que los colocados en los miembros inferiores.

En relación al motivo de retiro creemos alto el porcentaje de rotura, nuestra hipótesis es que sea debido a una inadecuada fijación externa o una falla en el material de fabricación del catéter. por el tipo de rotura hemos consultado al fabricante el cual luego del análisis del catéter argumentó el uso de mayores presiones de infusión que las sugeridas por el laboratorio (no uso de jeringas de 1, 3, y 5cc).

Se recomienda, luego de modificado el protocolo de colocación de percutaneos en su ítem de fijación externa y curación y teniendo en cuenta las observaciones realizadas por el fabricante realizar una nueva evaluación.



SESIÓN DE POSTERS N°1
Viernes 16 de Mayo

VACUNAS
INFECCIONES BACTERIANAS
INFECCIONES VIRALES
INFECCIONES PARASITARIAS Y MICÓTICAS
INFECCIONES RESPIRATORIAS
ANTIBIÓTICOS

39i. VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS A LA VACUNACIÓN EN CUBA

*B Galindo, MA Galindo, A Pérez.
 Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri",
 Dirección Nacional de Epidemiología, Cuba*

Introducción: Uno de los grandes éxitos en la historia de la medicina lo ha constituido la prevención de enfermedades infecciosas mediante la inmunización. Después de la creación del Programa Ampliado de Inmunización en la OMS, esta organización orientó a los países miembros que implantaran un sistema de vigilancia de eventos adversos con el objetivo de lograr la aceptabilidad del programa y garantizar la seguridad de la población vacunada. Nuestro país ha logrado un impacto en el Programa de Inmunización, por tanto era necesario implantar un sistema de vigilancia que permitiera conocer la real magnitud y trascendencia de los eventos adversos.

Motivos fundametales para la implantación de este sistema en Cuba:

-Implantar un sistema de vigilancia para conocer la magnitud y trascendencia de los eventos adversos en nuestro país, garantizar la seguridad de la población vacunada (niños), es un requisito exigido por las Autoridades Nacionales de Control de Medicamentos, posibilitar estudios post-licenciamiento de las vacunas cubanas y ofrecer información oportuna y confiable para la mejor y más rápida intervención.

Resultados: Se notificaron un total (por encuesta) de 4061 eventos adversos para una tasa de 75,5 x 100 000 dosis aplicadas. La tercera dosis de vacuna fue la que más eventos adversos Provocó. La mayor tasa de eventos adversos la produjo la vacuna DPT. Se reportaron un total de 360 llanto súbito asociados a la vacuna DPT. Se reportaron un total de 5745 síntomas y signos, ya que por cada vacuna se pueden reportar más de un evento.

Permitió la evaluación de nuestras vacunas después de su licenciamiento.

Conclusiones: Se aporta por primera vez al Ministerio de Salud Pública un profundo análisis con rigor científico sobre la real magnitud y trascendencia de los eventos adversos a la inmunización. Permite la rápida toma de decisiones, minimizando los riesgos y complicaciones. Ha permitido garantizar la seguridad de la población vacunada, y de esta forma la confiabilidad de nuestro programa de inmunización. Posibilita que nuestros productos vacunales tengan la calidad requerida para su uso nacional e internacional. Al minimizar los riesgos y complicaciones fundamentalmente por errores programáticos, se logran ahorros en la atención médica al paciente. Posibilita la vigilancia post-comercialización de nuestras vacunas, con el consecuente beneficio para su aval en la comercialización internacional.

PROGRAMA
OFICIAL

47i. MONITOREO DE EVENTOS TEMPORALMENTE ASOCIADOS A LA VACUNACIÓN EN MÉXICO.

L. Almeyda, M. Gómez, S. Martínez, J. Santos, E. Monterroso
Centro nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia.
Organización Panamericana de la salud, Representación en México.

Introducción: México cuenta con uno de los Programas de Vacunación más completos de Latinoamérica. Se han obtenido buenos resultados en la prevención erradicación y control de enfermedades. Este programa cuenta con la aplicación de vacunas que previenen 10 enfermedades. Abarca desde el nacimiento hasta los 19 años. Desde 1998 se estableció la Vigilancia pasiva de los Eventos Temporalmente Asociados a la Vacunación (ETAV) y en el 2002 se presenta y discute el Programa para el Monitoreo activo de estos eventos. Objetivos: Determinar la frecuencia de los ETAV e identificar factores de riesgo asociados o causales.

Establecer las medidas de prevención y control a partir de la información obtenida.

Diseño: Se estudian las vacunas involucradas, identificación, distribución, aplicación, existencias y control de calidad. Se realizó supervisión del servicio de red de frío, personal de salud, técnicas y procedimientos. En cada caso se realizan entrevistas personales, historia clínica, estudios de laboratorio y gabinete.

Resultados: Con la capacitación del personal de salud de los 32 estados de México se tiene conocimiento del problema y ha surgido la motivación por la importancia del reporte inmediato en los ETAV moderados y graves por lo que ha aumentado el conocimiento de las incidencias reales de estos eventos.

Conclusión: Podemos realizar los estudios y llegar a un resultado más cercano a la realidad para su clasificación y conocer los problemas que los causan.

PROGRAMA
OFICIAL

65. ESTUDIO DE INMUNOGENICIDAD Y REACTOGENICIDAD DE UNA NUEVA VACUNA RECOMBINANTE ANTI- HEPATITIS B EN LACTANTES EN DOS ESQUEMAS DIFERENTES

*A Gentile , A Carro, P Czerniuk, C Man , M Amado ,
 M Imlach, A Rombola , M Lapaco, B Choc.
 Hospital de Niños R. Gutierrez.. Secretaría de Salud GCBA.
 Buenos Aires, Argentina*

Introducción: Recientemente se ha incorporado la vacuna anti-hepatitis B al Calendario Nacional de la República Argentina aplicándose al nacimiento (primeras 12 horas de vida), al 2º y al 6º mes. Objetivos: evaluar la inmunogenicidad y reactogenicidad de una nueva vacuna anti-hepatitis B (AgB) en lactantes utilizando dos esquemas diferentes. Diseño: Durante el período comprendido entre marzo de 2001 a junio de 2002 se efectuó un estudio prospectivo y longitudinal que incluyó a lactantes que concurren al vacunatorio del hospital. En todas las madres de los pacientes se descartó infección previa por hepatitis B dosando HBsAg y anticuerpos anti-core por ELISA.

Todos los pacientes recibieron una vacuna recombinante anti- Hepatitis B (AgB) por vía intramuscular en región anterolateral del muslo, con 10 µg/dosis. Cincuenta y siete pacientes (grupo A), recibieron la primera dosis durante el primer mes de vida, la segunda al mes de la primera y la tercera a los 6 meses (esquema 0-1-6). Cuarenta y nueve pacientes cumplieron un esquema 2-4-6 (grupo B) aplicando la primera dosis a los 2 meses de vida, la segunda a los 4 meses y la tercera a los 6 meses de edad. Luego de la tercera dosis se midió respuesta de anticuerpos anti-HBs por método ELISA. Se consideró positiva una respuesta de anticuerpos >10 UI/ml e hiperrespuesta al dosaje >100 UI/ml. Se controlaron además los efectos adversos locales y sistémicos dentro de los 30 días del período postvaccinal mediante un sistema de seguimiento personalizado.

Resultados: De un total de 114 madres ingresadas, dos de ellas tuvieron anticuerpos anti-core positivos y fueron derivadas a especialistas siendo excluidas del protocolo. Para determinar la inmunogenicidad se incluyeron 57 pacientes del grupo A y 49 pacientes del grupo B. La media de extracción fue de 45.2 días (30 - 77) para ambos grupos. Respondieron a la vacuna el 98.3% de los pacientes del grupo A y el 98% del grupo B. Dos pacientes, uno de cada grupo, no tuvieron respuesta a la vacuna (1.7 % y 2% respectivamente).

La GMT para el grupo A fue de 4696 (133-25000), mientras que para el grupo B fue de 1661 (60- 25000). Se comprobaron títulos superiores a 5000 UI/ml en el 57.1% (32/56) de los pacientes del grupo A y en el 22.9% del grupo B (11/48) siendo la diferencia entre estos grupos estadísticamente significativa, RR 1.89(1.32-2.7) p= 0.0008. La vacuna presentó efectos adversos locales leves similares a otras vacunas recombinantes y efectos adversos sistémicos habituales del componente DPT de la vacuna DPT-Hib, la cual fue administrada simultáneamente con la AgB, exceptuando la 1º dosis del grupo A. La fracción de riesgo atribuible a la vacuna cuádruple bacteriana para la variable fiebre fue del 87.5% y para la variable irritabilidad fue del 85.1%.

Conclusión: La vacuna AgB ha demostrado ser segura y altamente inmunogénica en este grupo de edad y en diferentes esquemas

PROGRAMA
 OFICIAL

68. EFECTOS ADVERSOS ASOCIADOS A LA VACUNA ANTIMENINGOCOCCICA. VA-MENGOCC-BC^R

*Goyetche R, Pérez A, Giachetto G, Morena G, Pérez G, Montano A, Rubio I.
Clínicas Pediátricas «A», «B», «C». Centro Hospitalario Pereira Rossell.
Facultad de Medicina, Montevideo -Uruguay.*

Introducción: En diciembre de 2001 se realizó la primera campaña de vacunación masiva con VA-MENGOCC-BC^R en Uruguay. En la ciudad de Santa Lucía (Canelones) se vacunaron 5366 niños de 2 a 19 años de edad. Esta vacuna es considerada inocua; las principales reacciones adversas notificadas son locales.

Objetivos: Determinar la prevalencia y tipo de reacciones adversas a la vacuna VA-MENGOCC-BC^R en esta población.

Material y métodos: Se tomó una muestra simple al azar por rango de muestreo, de 744 niños. El registro de las reacciones adversas luego de la 1era y 2da dosis se realizó a través de encuesta personal o telefónica, 30 días luego de cada dosis.

Resultados: Se evaluaron 728 niños (98% de la muestra). El 53% (IC₉₅ 53% ± 3.6) desarrolló algún tipo de reacción adversa: 30% luego de la primera dosis, 5% luego de la 2da dosis y 18% luego de la primera y segunda dosis. No presentó ninguna reacción adversa el 47% (IC₉₅ 47% ± 3.6). Se notificaron un total de 659 reacciones adversas, 71% locales y 29% sistémicas. Entre las reacciones locales el dolor fue la más frecuente (55%) y entre las sistémicas el decaimiento (30%).

Conclusiones: La prevalencia de reacciones adversas en esta población fue 53% (IC₉₅ 53% ± 3.6). No se observó ninguna reacción adversa severa. Estos resultados coinciden con lo descrito en otras series.

PROGRAMA
OFICIAL

81. REACCIONES ADVERSAS DE LAS VACUNAS. PARÁLISIS FLÁCCIDA AGUDA POST- VACCINAL (PFA)

*Montano A, Balbi ML, Giachetto G, Peluffo G, Palomino G, Pérez MC
 Clínica Pediátrica "B", Facultad de Medicina.
 Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR). Montevideo, Uruguay.*

Introducción: Las vacunas actualmente disponibles, seguras y eficaces, han logrado controlar varias enfermedades infecciosas. Se describen reacciones adversas post-vacunales, generales y locales. En nuestro país, de acuerdo al certificado esquema de vacunación obligatorio, se administra al 2º mes de vida, la vacuna pentavalente y la vacuna antipoliomielítica oral (PVO). La pentavalente, por sus diversos componentes, puede producir reacciones generales y por afectación de la zona de inyección, reacciones locales. La PVO está asociada a la aparición de parálisis flácida (PPAV)

Caso clínico: Lactante de 2 meses 27 días, sexo masculino, sin patología perinatal. A los 23 días de haber recibido la primera dosis de vacuna Sabin y pentavalente en cara externa de muslo izquierdo, presenta parálisis flácida de instalación aguda en miembro inferior izquierdo. A los 120 días de evolución de la enfermedad mantiene la sintomatología. Se aisló Poliovirus 1 y 3 en las heces recogidas 24 horas luego del ingreso (Institutos de Salud "Dr. Carlos Malbrán", Buenos Aires, Argentina). El electromiograma mostró elementos de compromiso axonal de nervio crural izquierdo no pudiendo encontrar evidencias de lesión del cuerpo neuronal en el miembro afectado.

Comentarios: La determinación de la causalidad de un efecto adverso con una vacuna en un niño suele ser difícil. Este lactante recibió dos vacunas que pueden presentar efectos adversos múltiples. En este caso, la aparición de PFA obliga a descartar en primer lugar la PPAV. Su diagnóstico se basa en aparición de PFA, el antecedente de vacunación 40 a 70 días antes, aislamiento de poliovirus vacunal en las heces y persistencia de secuelas más allá de los 60 días. En los países donde los programas de inmunización con OPV son obligatorios casi todos los casos han sido PPAV. En Uruguay el único caso notificado fue en 1989. La misma se presenta en forma esporádica con una incidencia variable de 1 caso en 750.000 primeras dosis. Este caso según los criterios epidemiológicos puede corresponder a esta importante reacción adversa a la vacuna. Sin embargo, los hallazgos electromiográficos obligan a descartar efectos adversos secundarios a la inyección de vacuna pentavalente en el miembro afectado, descritos por algunos como lesiones de los nervios regionales del sitio de inyección.

Conclusiones: La parálisis flácida constituye una reacción adversa grave y poco frecuente de la vacunación. En este caso no se pudo determinar el mecanismo patogénico. Conocer los efectos adversos puede modificar las indicaciones, contraindicaciones y precauciones de las vacunas. Es necesario detectar y estudiar estos casos antes de realizar modificaciones en las recomendaciones vigentes.

43i. INFECCIONES RESPIRATORIAS A REPETICIÓN (0 A 6 AÑOS)

Dr. Miguel Angel Cedrato - Profesor Titular Consulto (U.B.A.)

Desde 1946 hasta el 2002 pude redactar 62400 historias clínicas de infecciones respiratorias a repetición, derivadas de distintos puntos de Argentina, Uruguay, Brasil, Chile, Paraguay, Perú, Bolivia, Colombia, Venezuela, Costa Rica, Santo Domingo, México, España e Italia, siempre el mandante sospechó inmunodeficiencia.

Hemos estudiado 469 I.D. congénitas, 2717 I.D. secundarias y Down, 86 cuerpos extraños, 31.275 focos altos (adenoiditis, faringitis otitis) 23819 rinosinusitis, 63 bronquiectasias, 12 fístulas, 16 secuestros pulmonares y 3943 déficit de Ig. A.

En las infecciones altas como foco primitivo con laringotraqueitis, o neumonías, la mayor parte se debió a infecciones de guardería o Jardín de Infantes, en las sinusobronquitis se agrega un terreno inmunológico. Las bronquiectasias en su mayoría fueron postinfecciosa, solamente 3 fueron consideradas congénitas, de las 12 fístulas, 10 fueron traqueoesófagicas, 2 duodenobronquiales, en 16 niños estudiamos secuestros pulmonares en 3943 se demostró un déficit de Ig.A. con sus cuatro evoluciones.

Tratamiento: siempre empleamos el antibiótico adecuado a la bacteria patógena, en dosis suficientes, no empleamos antibióticoterapia profiláctica, en las virosis solo sintomáticos. Indicamos vitamina A, C y D siempre, feroterapia en las anemia ferropénica, B.1, B.6. B.12, con kinesioterapia respiratoria en los hipotónicos.

Sistemáticamente antígenos de gérmenes respiratorios en ayunas 2 o 3 veces por semana, Levamizol 2,5 mg /kg / dosis semanal, hormonas térmicas, en el primer trimestre de vida.

PROGRAMA
OFICIAL

45i. PROCEDENCIA DE LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS POR NEUMONIA EN INSTITUCIONES DE 3 DEPARTAMENTOS DEL PAÍS.

H. Benítez^{1,2}, G. Barrios^{1,3}, T. Mesa^{1,4}

*1 OPS-SIREVA-MSP; 2 Centro Hospitalario P. Rossell, Montevideo,
 3 Hospital Esc. Litoral, COMEPA, Paysandú,
 4 Hospital Regional, Centro Médico, CTI y Sanatorios privados, Salto.*

Introducción. La neumonía bacteriana continúa produciendo importante morbimortalidad en la población infantil. Se acepta que *Streptococcus pneumoniae* es su principal agente etiológico, pero existen diversos factores que contribuyen a su frecuencia y severidad, tales como las condiciones socioeconómicas de las familias. Con el propósito de identificar problemas vinculados con las características de las áreas de residencia de los niños hospitalizados por neumonía, se relacionará las frecuencias de las neumonías con la procedencia de los pacientes.

Objetivos. Analizar la procedencia de los niños internados por neumonía para identificar áreas donde esa patología es más frecuente.

Recomendar se priorice intervenciones de educación para la salud, mejoramiento de los servicios médicos locales e instrumentación de estrategias de vacunación antineumococo en las áreas con mayor número de casos.

Métodos. Durante un año (Junio 2001 / Mayo 2002), al ingreso de cada paciente, una licenciada en enfermería en acuerdo con el pediatra tratante, llenó una historia tipo y registró con cámara digital la radiografía de tórax de los niños. Así confirmado el diagnóstico al ingreso de neumonía, se procedió a ubicar los casos en el mapa de cada una de las ciudades (Montevideo, Paysandú, Salto), distinguiendo seccionales policiales o barrios, áreas urbanas y periurbanas, características socio económicas y tasas de mortalidad en relación con la frecuencia de los casos de neumonías hospitalizadas.

Resultados. En Montevideo se captaron 648 pacientes y en Paysandú / Salto 647, reconociéndose en las 3 ciudades zonas con mayor número de pacientes con neumonía. En Montevideo la distribución de los casos mostró una frecuencia variable, con áreas de mayor concentración en 5 de las 24 seccionales que representaron 55%. En P/S la procedencia de los pacientes evidenció zonas periurbanas con predominio de distintos factores de riesgo para la salud.

Conclusiones. El análisis efectuado permitió localizar zonas de mayor riesgo coincidente con medios socioeconómicos deficitarios hacia los cuales deben orientarse acciones de promoción de hábitos saludables en el niño y los jóvenes, educación permanente por parte de todos los miembros del equipo de salud incorporando la estrategia de AIEPI. Enfermería considera de suma importancia la visita del hogar y que se registre en la historia las condicionantes a ese nivel y en su entorno inmediato, los cuales podrían favorecer severidad de los casos y posibles reingresos a corto o a mediano plazo. No obstante enfatizar las diferentes acciones propuestas, creemos que la vacunación antineumococo sería la solución más apropiada para lograr una mayor equidad en salud, considerando la complejidad de los factores analizados.

PROGRAMA
 OFICIAL

52i. PORTADORES DE STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE Y HAEMOPHILUS INFLUENZAE EN NIÑOS INGRESADOS POR IRA BAJA, PRESUMIBLEMENTE BACTERIANA.

*M González, I Tamargo, D Quiñónez.
 Hospital Pediátrico Docente "William Soler". Ciudad de la Habana*

I- Introducción. En Cuba se realizan alrededor de 4 000 000 de atenciones médicas por IRA como promedio anual, que representan del 20 al 30 % de las atenciones médicas y el 30% de las hospitalizaciones. Aunque se ha logrado disminuir la mortalidad por esta causa a 0.5 por cada mil nacidos vivos, la "influenza y neumonía" constituyen la quinta causa de muerte en los menores de un año y la sexta en la población en general.

A pesar de múltiples esfuerzos por conocer los principales agentes responsables de las neumonías bacterianas, sólo logramos la identificación del microorganismo causal en el 3,5 % de los enfermos, lo que se explica por el mecanismo canalicular descendente de la diseminación de la infección.

II-Objetivos.

1. Conocer si existe asociación estadísticamente significativa entre el estado de portador de Streptococcus Pneumoniae, Haemophilus Influenzae tipo B y el ingreso por IRA, presumiblemente bacteriana.
2. Describir la frecuencia de colonización por Streptococcus Pneumoniae, Haemophilus Influenzae tipo B en ambos grupos de estudio.
3. Describir la resistencia antimicrobiana de las cepas aisladas.

III-Diseño. Estudio Observacional, Caso-Control.

IV- Resultados. Se realizó un estudio caso - control con una muestra de niños ingresados en el Hospital "William Soler" en el período de Marzo - Julio del pasado año, enfermos y no enfermos de IRA bacteriana. El tamaño de la muestra fue de 95 casos y el mismo número de controles. A todos los pacientes se les realizó exudado nasal y faríngeo en la mañana siguiente al ingreso. Del total de los casos, se aisló S pneumoniae en 39 niños (41%) y en los controles en 50 (52.6%); la frecuencia de aislamiento fue mayor en los "controles."

El H influenzae se identificó en 26 de los casos (27.3%) y en 18 de los controles (18.9%) y fueron en su totalidad no tipificables. El 13.1% del total de pacientes tenía ambos gérmenes en su nasofaringe. La frecuencia de aislamiento fue significativamente mayor en los menores de un año para una p de 0.002. Se realizó la serotificación de las cepas de neumococos aisladas y los serotipos más frecuentes, en los casos fueron 19,14,6,1,9,7 y 18 lo que se corresponde con los que se aíslan en Cuba en las enfermedades invasoras causadas por este germen. Se determinó la susceptibilidad antimicrobiana de las cepas aisladas, utilizando la técnica de Eplinson (E test) para determinar la concentración inhibitoria mínima. Se encontró susceptibilidad disminuida del S pneumoniae a la penicilina en 65 % y al sulfaprin en el 89.88%; la resistencia a la eritromicina válida para los nuevos macrólidos) apareció en el 19.10 % de las cepas y no se encontraron cepas resistentes a la ceftriaxone. En cuanto al H influenzae se encontró resistencia al cloranfenicol en 12 cepas (27.2%) y al ampicillin en 21 cepas (47.7%); fue mayor para el sulfaprin (68.18%).

V-Conclusiones.

1. La presencia de neumococos en la nasofaringe no se asocia estadísticamente a los ingresos por IRA bacteriana, pero los serotipos que en nuestro país provocan enfermedades invasoras, están colonizando la nasofaringe de los pacientes enfermos de forma estadísticamente significativa.
2. Aunque no tenemos cepas de neumococos con elevada resistencia a la penicilina los valores de resistencia intermedia son preocupantes y nos debe alertar sobre su uso indiscriminado. Existe susceptibilidad adecuada tanto del Streptococcus Pneumoniae como del Haemophilus Influenzae tipo B a las cefalosporina de tercera generación.

PROGRAMA
 OFICIAL

73. INFECCIONES RESPIRATORIAS BAJAS EN NIÑOS NEUTROPENICOS FEBRILES CON ENFERMEDADES MALIGNAS

*Devoto S, Rivas N, Hascalovici C, Procopio A, Fernández A, López E.
Infectología. Unidad 9. Hospital de Niños "R Gutiérrez",
Asociado a la Facultad de Medicina – UBA. Buenos Aires. Argentina*

Introducción: El pulmón del niño con cáncer es órgano susceptible de infecciones consideradas frecuentemente como "emergencia" por su elevada morbimortalidad. Desempeñan rol determinante los factores de huésped «especial» y los patógenos oportunistas.

Objetivo: Actualizar las infecciones pulmonares en pacientes pediátricos oncohematológicos neutropénicos febriles (NF), debido a la escasa bibliografía existente.

Material y métodos: Se enrolaron prospectivamente entre octubre 1997-diciembre 2002 los pacientes NF que ingresaron a la Unidad 9 del HNRG. Se incluyeron en una base de datos confeccionada según parámetros clínicos, de laboratorio y hematológicos. De ellos se analizaron los que padecieron infección respiratoria baja (IRB).

Resultados: Se estudiaron 597 episodios de NF, ocurridos en 276 pacientes con predominio masculino (61.6%), la presencia de IRB fue 79/597 (13%). La edad media fue 88.6 meses en el grupo total sin IRB (Grupo global= 518 episodios) y 81.7 meses en IRB.

La enfermedad de base predominante fue LLA en inducción y no hubo diferencias en el recuento de PMN/mm³ al ingreso en ambos grupos.

En el grupo global 178 (34%) episodios se consideraron pacientes de alto riesgo, en el de IRB 46 (58%) p<0.00008.

Los parámetros evolutivos de ambos grupos fueron días de internación media 9.0 y 20.3, duración de fiebre 3.3 y 9.1 días, recuperación de la neutropenia 6.3 y 8.1 días en grupo global e IRB respectivamente.

En el primer grupo pasaron a UTI 16 pacientes (3%) y en IRB 22 (27%) p<0.0005.

Las IRB se identificaron en relación a la presentación radiológica como Focal 28(35%), Bifocal 4(5%) Intersticial 14(18%), Focal más intersticial 16(20%), Neumonía con derrame 9(11%), Neumotórax 5(6%), Neumonía abscedada 3(3%). Se observó mayor duración de la internación, fiebre y tratamiento antibiótico en intersticiales, neumotórax y abscedadas. Se rescató agente etiológico en 27%, con predominio de gérmenes gram (-) y hongos.

La evolución fue favorable en 503 (97%) episodios del grupo global y en 69 (77%) de IRB, p<0.0005.

La aparición tardía (>48hs) del foco pulmonar se relacionó con mayor mortalidad, p<0.02. En el primer grupo la presencia de sepsis fue menor que en IRB, (3.2% vs. 19.7%) p<0.0001 y en IRB esta asociación aumentó la incidencia de mortalidad, p<0.0005.

Conclusiones: -La presencia de IRB aumenta el riesgo del paciente oncológico neutropénico febril, con manifestación de enfermedad severa en muchos casos.

-El paciente con IRB presenta mayor duración de la fiebre y tiempo de internación, especialmente en las intersticiales y complicadas.

-Las IRB relacionadas a sepsis requirieron mayor derivación a UTI y presentaron mayor mortalidad.

PROGRAMA
OFICIAL

79. REEVALUACION DE LA PUNCION PULMONAR COMO METODO DE DIAGNOSTICO ETIOLOGICO EN NEUMONIAS

*S. Apodaca, C. Minck, D. Lovera, y A. Arbo.
Servicio de Pediatría. Instituto de Medicina Tropical (IMT). Asunción, Paraguay*

La identificación de la etiología de las neumonías sigue representando un desafío en pediatría. Desde que los hemocultivos son positivos en una minoría de los pacientes, y otros métodos resultan pocos confiables (ej. identificación de antígenos en orina), existe gran necesidad de alternativas.

Objetivos: Evaluación de la efectividad y rendimiento bacteriológico de la punción pulmonar en niños con neumonía.

Material y Métodos: Estudio prospectivo, iniciado en Nov 2001, en el que se incluyeron pacientes de 3m a 15 años, hospitalizados en el Servicio de Pediatría del IMT, con neumonía con imagen radiográficamente visible de condensación, excluyéndose casos con ATB previo, choque o insuficiencia respiratoria. Además de la punción pulmonar, se obtuvo en todos los casos un hemocultivo simultáneamente. Resultados: Hasta el 28/02/03, se incluyeron 34 pacientes (50% varones), con una edad media de 31 ±28 meses (rango de 8 m a 12 años). 10/34 pts (29%) presentaron desnutrición de ≥1er. Grado. El hemocultivo fue positivo en 4 pacientes (11,7%). La muestra obtenida por punción pulmonar resultó positiva en 12 pacientes (35%), aislándose en 10/12 casos (83%) *S. pneumoniae* y *H. influenzae* tipo b y *Escherichia coli* en los restantes 2 casos, respectivamente. Al comparar la efectividad entre ambos métodos, el rendimiento de la punción pulmonar fue significativamente mayor del hemocultivo ($p<0.05$). Hubo complicaciones relacionadas al procedimiento en 2 pacientes (6%) (neumotorax), requiriéndose en uno de ellos inserción de tubo pleural.

Conclusiones: La punción pulmonar mejoraría el rescate etiológico en pacientes con neumonía, aunque no esta exenta de complicaciones.

41i. CORIORRETINITIS TOXOPLÁSMICA EN NIÑOS. (CUBA)

Dr. Jorge Ponce Bittar, Dra. Ileana Alvarez Lam,
Dra. Ida González Núñez, Dr. Nivaldo Linares Pérez
*Especialista de I Grado en Pediatría. MSc Infectología.
HOSPITAL WILLIAM SOLER. CUBA.*

La toxoplasmosis es una zoonosis de amplia distribución mundial producida por *Toxoplasma gondii*, protozoo intracelular obligado de la subclase *Coccidia*. Actualmente se considera la tercera causa de coriorretinitis en el mundo y la más frecuente en los Estados Unidos. Este estudio muestra un grupo de 41 niños con Coriorretinitis toxoplásmica, cuyo diagnóstico y seguimiento se realizó en el Instituto "Pedro Kouri" desde Junio de 1993 hasta Junio del 2002. Predominó el grupo de edad entre 6 y 14 años (61%) y la raza blanca (87.8%). No hubo distinción en cuanto al sexo. El motivo de consulta más frecuente fue la dificultad para la visión (58.5%), siendo el ojo izquierdo el más afectado (46.3%). No hubo asociación significativa entre el tipo de lesión, activa o cicatrizal y el resultado de la inmunofluorescencia indirecta. Todos los casos evolucionaron de forma satisfactoria con el tratamiento impuesto, y solamente presentaron recidiva 3 pacientes.

PROGRAMA
OFICIAL

62. NEUMONÍA POR BASIDIOLUS RANARUM. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.

*Autores: B Barreiros, E Povea, A Cantillo, M González, C Reyes, O Cubero.
 Hospital Pediátrico Docente "William Soler".
 Ciudad de la Habana. Cuba. Enero, 2003.*

Paciente Elozabet Valladares Fernández, procedente de la Provincia Granma. Cuatro años de edad, historia de salud hasta el 20 de Julio del 2002. Comienza con manifestaciones catarrales y fiebre, añadiéndose dificultad para respirar e inicia tratamiento con eritromicina y broncodilatadores, evoluciona desfavorablemente y al realizar radiografía del tórax donde se observa una imagen condensante en región parahiliar derecha, se diagnostica una neumonía presumiblemente bacteriana y comienza tratamiento con Penicilina, no mejora, más tarde ceftriazone por siete días sin mejoría. Comienza entonces tratamiento con Vancomicina y la paciente continuaba peor: fiebre, pérdida de peso, inapetencia, astenia e incremento de la dificultad respiratoria con poca tolerancia al decúbito y al examen físico un cuadro obstructivo bronquial. En este momento se traslada a nuestro Hospital donde se comienza estudio de una Neumonía de etiología no definida. En la analítica sanguínea se mantuvo todo el tiempo con leucocitosis con predominio de polinucleados y eritrosedimentación en tres cifras.

Indicamos esófagograma y se visualiza desplazamiento del tercio medio del estómago lo que sugiere la presencia de un tumor de mediastino que se comprueba por TAC (hipodenso, poco vascularizado en mediastino medio). Se realiza toracoscopia por mínimo acceso con toma de muestra y se realiza diagnóstico histológico: *Basidiobolus ranarum*.

Este hongo filamentoso generalmente provoca lesiones nodulares subcutáneas en extremidades y tronco. Existen escasos reportes en la literatura de afectación intestinal y la torácica, es excepcional, con una elevada mortalidad. Se indica tratamiento con Anfotericin B, Fluconazol y Yoduro de Potasio que mantiene durante 16 semanas. La masa tumoral se reduce, logramos mejoría clínica y analítica quedando una lesión nodular por lo que se realiza lobectomía. La evolución ha sido favorable. Es el primer caso reportado en Cuba de edad pediátrica.

PROGRAMA
 OFICIAL

71. EVALUACIÓN DE UN PLAN DE CONTROL DE PARASITOSIS INTES- TINALES EN JARDINES INFANTILES DE LA CIUDAD DE MONTEVIDEO

*E Zanetta, A Acuña, D Da Rosa, A Alfonso, S Saúl, H Colombo, A Lena, A Combol, M Foren, M Gómez Haedo, P Vivas, J Basso y M Fernández
 Dpto.de Parasitología y Micología, Instituto de Higiene, Facultad de Medicina,
 UROU; División Salud, Servicio de Atención a la Salud,
 Intendencia Municipal de Montevideo.*

Introducción: Las Enteroparasitosis son especialmente prevalentes en la infancia. Las guarderías o Jardines de infantes pueden representar un riesgo para la adquisición y transmisión de diversos agentes infecciosos, entre ellos los enteroparásitos y convertirse así en focos de diseminación de los mismos. Desde 1991 funciona un Convenio entre la I.M.M. y la Facultad de Medicina, para el control de las Enteroparasitosis, que se cumple en forma ininterrumpida hasta el presente. El mismo implica el estudio en forma semestral de 19 guarderías de zonas periféricas en el momento actual, abarcando aproximadamente 1400 niños. La metodología empleada consistió en la realización de diversas actividades informativas, diagnósticas, terapéuticas y educativas como fue descrita en trabajos anteriores.

Objetivos:

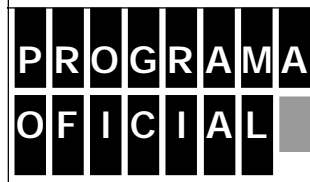
- Analizar las cifras de prevalencia global de parasitismo intestinal, así como la de cada uno de los parásitos hallados, durante los 11 años de aplicación de la metodología.
- Identificar guarderías con niños infectados con geohelminetos.
- Señalar las dificultades surgidas y nuevas propuestas para optimizar el funcionamiento.
- Difundir una metodología exitosa que pueda aplicarse a nivel nacional en preescolares.

Diseño: Se analizaron los resultados obtenidos durante estos 11 años aplicando la metodología propuesta inicialmente: según calendario formulado se cumplieron en cada guardería y en cada semestre una serie de 4 actividades: 1 informativa, 2 recolección de muestras y diagnóstico mediante examen coproparasitario y espátula adhesiva, 3 terapéutica y 4 postratamiento. Se evaluó la efectividad del plan instrumentado mediante el análisis de las cifras de prevalencia y la aplicación de pruebas estadísticas (test de Zeta), comparando los resultados obtenidos entre 1992 y 2002.-

Resultados:

AÑO	Nº GUARDERIAS	Nº NIÑOS	GIARDIASIS	OXIUROSIS	PREV.GLOBAL
1992	4	183	39 %	22 %	65 %
1994	13	444	25 %	15 %	41 %
1996	16	1180	19 %	12 %	32 %
1998	18	1127	17 %	11 %	34 %
2000	19	1400	15 %	7,5 %	26 %
2002	19	1415	11 %	10 %	24 %

Conclusiones: Se comprueba un descenso estadísticamente significativo en las cifras de prevalencia halladas. A pesar de las dificultades que surgen en la operativización de un programa tan ambicioso, consideramos que se trata de una intervención de gran impacto, que disminuye la morbilidad asociada con las enteroparasitosis y contribuye a reducir las desigualdades en salud existentes en nuestro país.



75. HALLAZGO DE MICROSPORIDIOS EN UNA POBLACIÓN INFANTIL DE CONSULTA HOSPITALARIA. DIAGNÓSTICO PARASITOLÓGICO EN HECES.

N Fernández, C Nuñez, E Zanetta, S Fazzio.
 Sección de Parasitología. Laboratorio de Patología Clínica. C
 entro Hospitalario Pereira Rossell. Montevideo. Uruguay.

Introducción: Los microsporidios son un grupo de protozoarios intracelulares, formadores de esporas. Las especies que pueden parasitar el intestino delgado son *Enterocytozoon bieneusi* y *Encephalitozoon intestinalis*, habiéndose diagnosticado fundamentalmente en pacientes VIH-SIDA, con una prevalencia entre 3-40% en individuos con diarrea crónica. En el 90 % de los casos las infecciones son causadas por *Enterocytozoon bieneusi*. Existen escasos reportes sobre esta parasitosis en población infantil VIH-SIDA; también se han diagnosticado en desnutridos. En población infantil sana y sin sintomatología digestiva, también se han detectado esporas de microsporidios, confirmando que estos agentes no siempre son patógenos y que existe el estado de portador asintomático una vez que se adquiere inmunidad.

El diagnóstico se realiza mediante técnicas de coloración de las heces, como la tricrómica modificada por Weber, con una sensibilidad de alrededor del 85 %. Los hallazgos se confirman por microscopía electrónica (gold standard) lo que permite la identificación de género y especie.

Objetivo: Es demostrar la presencia de esporas de microsporidios en niños con y sin diarrea.
Diseño: Entre abril del 2001 y diciembre del 2002, se procesaron 432 muestras de heces correspondientes a solicitudes de examen coproparasitario de niños internados y ambulatorios que consultaron en el Centro Hospitalario Pereira Rossell. Se seleccionaron 3 grupos de muestras; uno correspondió a heces de niños inmunocompetentes (n = 334) con diarrea y sin dato clínico de diarrea pero con heces alteradas (pastosas, semi-líquidas, líquidas); el segundo, a muestras de niños inmunocomprometidos (n = 66) y el tercero a muestras de niños inmunodeprimidos (n = 32). En la mayor parte de los casos se procesó una única muestra de heces. Por cada muestra se confeccionaron 4 frotis y se colorearon con las tinciones de Gram-Cromotrope y Tricrómica modificada por Weber.

Resultados: Se observaron esporas de microsporidios en 12 (35%) muestras de niños inmunodeprimidos (VIH-SIDA y un niño con leucemia); 3 (4,5%) de niños desnutridos y en 20 (6%) de inmunocompetentes, correspondiendo a solicitudes con dato clínico de: diarrea crónica (2), diarrea persistente (2), enf.celíaca (9), diarrea no catalogada (1), otros datos clínicos como dolor abdominal (2) y 4 muestras sin datos clínicos.

Conclusiones: Se demuestra la presencia por primera vez en nuestro país de esporas de microsporidios en niños VIH+, en niños inmunocompetentes con diarrea y niños con heces alteradas, así como en desnutridos.

No podemos establecer el rol patogénico de estos agentes en esta población, ya que no se vinculó con la clínica ni con la presencia de otros enteropatógenos.

Estos hallazgos constituyen un nuevo aporte al diagnóstico etiológico de diarrea en niños inmunodeprimidos e inmunocompetentes, estableciendo una referencia para estudios de prevalencia.

87. SARNA COSTROSA: UNA FORMA POCO FRECUENTE DE ESCABIOSIS

Salmentón G.M.; Galiana a; Bonasse J; De Anda G.

Se presentan los casos clínicos de tres niños de: 2 meses 20 días, 6 y 11 años de edad respectivamente, con diagnóstico de sarna costrosa o (sarna noruega). Esta forma de presentación de escabiosis tiene ciertas particularidades a tener en cuenta: A) es altamente contagiosa por la enorme población acariana; B) ocurre en pacientes habitualmente inmunocomprometidos o con un terreno particular. Se destaca la importancia del conocimiento de esta entidad para realizar un diagnóstico y tratamiento precoz, evitando de esta manera epidemias familiares e intrahospitalarias. Se realizó el tratamiento con Ivermectina vía oral y escabicidas tópicos a los niños de 6 y 11 años; al lactante de 2 meses y 20 días solamente escabicidas tópicos.

57i. INFECCIONES RESPIRATORIAS VIRALES (IRV) EN NIÑOS HOSPITALIZADOS.

*A Parra¹, P Pellegrino², D Viale², L Casimir², R Bologna¹.
Servicio Infectología¹ y Microbiología².
Hospital de Pediatría Dr. J P Garrahan. Buenos Aires. Argentina.*

Introducción: La importancia de los virus respiratorios como patógenos es ampliamente conocida. La morbimortalidad que acompaña estas infecciones es mayor en la niñez temprana. El objetivo de este estudio fue analizar la incidencia de los diferentes virus en las infecciones respiratorias virales en niños que requirieron hospitalización por esta patología, la morbimortalidad y las complicaciones asociadas.

Diseño: Estudio retrospectivo. Se evaluaron las historias clínicas de 565 niños con IRV internados durante 2002 en un hospital pediátrico de referencia. Se analizaron los parámetros clínicos, epidemiológicos y virológicos. Las muestras de aspirado nasofaríngeas fueron analizadas utilizando inmunofluorescencia indirecta. Los datos fueron procesados con el software EpiInfo 6.04.

Resultados: En 477 pacientes (p) (84%) se aisló virus sincicial respiratorio (VSR), parainfluenza 3 (PI3) en 45 p (8%), en 30 p (5.3%) adenovirus (ADV) y en 13 p (2.3%) influenza A y B. Las infecciones por VSR, ADV y PI3 fueron detectadas durante todo el año con picos de incidencia de VSR y PI3 en invierno y de ADV en primavera. Las infecciones por influenza ocurrieron durante el invierno.

La media de edad fue de 16.4 meses y el 67% eran menores de 1 año. La relación varones/mujeres fue 1.2:1. Presentaban enfermedad de base 309 p (55%). Las más comunes fueron: enfermedad cardiopulmonar en 171 p (30%), inmunosupresión 40 p (7%) y enfermedad neurológica 30 p (5.3%). La forma predominante de presentación fue la bronquiolitis. La media de hospitalización fue 9.8 ± 13 días (d). El promedio de duración del suplemento de oxígeno fue 8.7 d. Ingresaron a terapia intensiva (TI) 59 p (12.3%). La necesidad de TI fue más frecuente en p con ADV vs el resto (34.7% vs 11%; RR=3.1; IC:1.67-5.7; p=0.0003). La mortalidad global fue de 3.3% ; se asoció con infección por ADV [22% vs 2.4 %; (resto de virus) RR=9; (IC:3.4-24); p=0.0005] como también con la presencia de enfermedad de base [4.7 % vs 1.4 %; RR=3.2; (IC:0.9-11); p=0.049].

Conclusiones: La gran mayoría de las infecciones respiratorias correspondieron al VSR, pero ADV estuvo asociado a mayor mortalidad, complicaciones serias y requerimiento de terapia intensiva. La presencia de enfermedad de base estuvo asociada a un incremento en la morbimortalidad. Se necesitan nuevas estrategias para la prevención de las IRV de manera de evitar la morbimortalidad asociada y su implicancia en los costos de la atención médica.

PROGRAMA
OFICIAL

58i. INFLUENZA EN NIÑOS HOSPITALIZADOS: FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD

*A Parra¹, P Pellegrino², D Viale², L Casimir², R Bologna¹.
 Servicio Infectología¹ y Microbiología².
 Hospital de Pediatría Dr. J P Garrahan. Buenos Aires. Argentina.*

Introducción: La gripe es una infección respiratoria aguda reconocida desde hace varios siglos. A pesar de contar con vacunas efectivas y drogas antivirales, aún ocurren epidemias de gravedad variable. El objetivo de este estudio fue evaluar la morbimortalidad de la infección por el virus de influenza en niños hospitalizados.

Diseño: Estudio retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas de 61 pacientes hospitalizados con influenza durante el año 1998. Las muestras de aspirados nasofaríngeos fueron analizadas utilizando inmunofluorescencia indirecta y cultivo. Los análisis estadísticos se realizaron en el software Statistica.

Resultados: Durante el período de estudio, se documentó influenza en 61 niños (16%) sobre 388 pacientes hospitalizados por infecciones respiratorias virales. Todas las cepas correspondieron a influenza A, subtipo A SIDNEY 05/97 H3N2. La edad promedio fue de 18 meses (r: 1-56 m), 63% eran menores de 1 año de edad y 55% eran varones. En 33 niños (51%) se confirmó la presencia de enfermedad de base (EB) (cardiopatía congénita N=9, enfermedad pulmonar N=6, infección por HIV N=4, otros N=14). Las manifestaciones clínicas fueron: dificultad respiratoria (78%), fiebre (77%), tos (70%), bronquiolitis (49%) y neumonía (21%). El promedio de días de síntomas previos al ingreso fue 4.3 ± 3.9 días. El 77% de los niños requirió O_2 suplementario. La media de días de O_2 fue de 11 días (± 13). Ingresaron a Terapia Intensiva 7 p (11%) que fueron sometidos a asistencia respiratoria mecánica (ARM); 23 p fueron tratados con antivirales. La media de hospitalización fue de 17 días ± 21 , y se prolongó en niños con enfermedad de base. Fallecieron 6 niños (10%), todos presentaban EB. El análisis univariado mostró que la presencia de EB fue un factor de riesgo de mortalidad ($p=0.025$), al igual que el ingreso a ARM ($p<0.004$). En el análisis multivariado se observó que el uso de ARM aumentó significativamente el riesgo de muerte [OR (LC95) 47.5 (4.5 - 500); $p<0.002$].

Conclusiones: La presencia de EB fue un factor de riesgo de mortalidad asociado a la gripe en niños que requirieron hospitalización, como así también la necesidad de ARM. En esta población deben extremarse las medidas de prevención y tratamiento de la gripe.

PROGRAMA
 OFICIAL

66. SECUELAS BRONCOPULMONARES LUEGO DE UNA INFECCIÓN RESPIRATORIA BAJA POR VIRUS RESPIRATORIO SINCICIAL. RESULTADOS PRELIMINARES.

*Giachetto G, Martínez A, Labadie D, Sismondi R, Almada C, López MJ.
Clínica Pediátrica "A", Policlínica de asistencia de niños oxigenodependientes,
Facultad de Medicina, Centro Hospitalario Pereira Rossell.*

Introducción: Las infecciones respiratorias agudas bajas (IRAB) de etiología viral son importante causa de morbimortalidad en Uruguay. El agente etiológico más frecuente es el virus sincicial respiratorio (VRS). Se describió la asociación entre IRAB por VRS y sibilancias recurrentes.

Objetivos: valorar el tipo y severidad de las secuelas broncopulmonares luego de una IRAB por VRS, en niños menores de 2 años hospitalizados.

Métodos: Se planificó el seguimiento en los 3 primeros años luego del alta, de niños menores de 2 años hospitalizados con su primera IRAB por VRS entre enero de 1999 y setiembre de 2002 en la Clínica Pediátrica «A» del Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Se excluyeron los niños con factores de riesgo de severidad. En cada control se valoró: presencia de síntomas y signos respiratorios y su frecuencia; internaciones por enfermedad respiratoria; tratamiento.

Resultados: Se presentan los resultados preliminares del seguimiento hasta diciembre de 2002. Se encuentran en seguimiento 79 niños. Presentaron síntomas respiratorios recurrentes el 60% de los 78 pacientes controlados a los 6 meses y el 55% de los 43 controlados a los 12 meses. De estos niños, 5 requerían suplemento de oxígeno en domicilio a los 3 meses, 4 a los 6, 3 a los 12, y uno a los 15 meses del alta. Los síntomas más frecuentes fueron las sibilancias con o sin fatiga, que se presentaron en 46 niños. Reciben medicación inhalatoria con agonistas β_2 38 y con glucocorticoides 16. Reingresaron por crisis bronco-obstructivas 18; ninguno requirió cuidados intensivos. Ningún niño falleció durante el seguimiento.

Conclusiones: Al igual que en otras series se comprobó sibilancias recurrentes en una proporción importante de los niños al año de seguimiento. A diferencia de lo que sucede con otras infecciones virales pocos niños mantuvieron hipoxemia luego del alta y en todos los casos fue transitoria. Este estudio continuará hasta completar el seguimiento a 3 años de toda la cohorte.

PROGRAMA
OFICIAL

69. SECUELAS BRONCOPULMONARES LUEGO DE UNA INFECCIÓN VIRAL: SEGUIMIENTO DE UNA COHORTE.

*De Martini AC, Moreira I, Giachetto G.
 Policlínica de Asistencia de niños oxigenodependientes.
 Centro Hospitalario Pereira Rossell. Montevideo, Uruguay.*

Introducción: En los últimos años se han comunicado casos de niños que luego de una neumonía grave de etiología viral desarrollan secuelas broncopulmonares con insuficiencia respiratoria crónica. En el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell estos niños representan un nuevo problema asistencial. En nuestro medio existen pocos reportes que describan el curso clínico de esta enfermedad.

Objetivo: Describir la evolución clínica de una cohorte de niños oxigenodependientes con enfermedad respiratoria crónica debida a secuela de infección viral.

Material y Métodos: Se analizó la evolución de los niños oxigenodependientes portadores de enfermedad respiratoria crónica debida a infección viral, controlados en la Policlínica de Asistencia de niños oxigenodependientes del Centro Hospitalario Pereira Rossell entre abril de 1999 y diciembre de 2002. Se valoró: características de la infección respiratoria que desencadenó la enfermedad, tipo y frecuencia de síntomas y signos respiratorios, requerimientos de oxígeno, hipertensión pulmonar, hallazgos radiológicos y evolución clínica (internaciones, complicaciones y mortalidad).

Resultados: Se realizó el seguimiento de 12 niños. La etiología fue adenovirus 5, VRS 5, Influenza B 1, Influenza A 1. La edad promedio al inicio de la enfermedad fue 8 meses. Requirieron asistencia ventilatoria mecánica prolongada 9/12. Tenían antecedentes de prematuridad 3, asma en familiares de primer grado 3, infecciones respiratorias bajas de probable etiología viral 5 y por VRS 2. Al inicio del seguimiento todos presentaban obstrucción bronquial permanente y requerían suplementos de oxígeno en forma continua. Ninguno tenía hipertensión pulmonar. La hiperinsuflación y el compromiso intersticial fueron las alteraciones radiológicas más frecuentes. Los pacientes con enfermedad por adenovirus presentaron alteraciones más severas (atelectasias persistentes, bullas, patrón en mosaico). Durante el seguimiento de los 5 niños con enfermedad respiratoria por VRS; 4 requerían oxigenoterapia continua a los 4 meses, 2 a los 6 meses, 1 a los 14 meses y 1 a los 20 meses. De los 5 niños con adenovirus, 2 requirieron oxigenoterapia durante 20 meses y 3 mantuvieron obstrucción bronquial permanente y oxigenodependencia al finalizar el periodo de seguimiento (2 durante 6 meses y 1 durante 28 meses). De los 2 niños con influenza, uno requirió oxigenoterapia durante 21 meses y el otro la mantuvo durante 36 meses. Ningún paciente desarrolló hipertensión pulmonar. Reingresaron por infecciones respiratorias 6/12 niños. Ninguno falleció durante el seguimiento.

Conclusiones: Al igual que en otras series las secuelas broncopulmonares más severas se observaron luego de la infección respiratoria por adenovirus. La infección por VRS determina alteraciones radiológicas menos severas e hipoxemia transitoria. Futuros estudios son necesarios para profundizar en los conocimientos sobre los factores de riesgo asociados con la aparición de secuelas respiratorias crónicas en niños con infecciones respiratorias de etiología viral.

PROGRAMA
 OFICIAL

76. SEVERIDAD DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS POR VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO Y DESARROLLO DE SIBILANCIAS RECURRENTES. IDENTIFICACIÓN DE FACTORES PREDISPONENTES Y PROTECTORES.

*Bellinzona G., Ferreiro B., Laffone G., Cetraro L., Robledo M., Barreiro A.
Clínica de Pediatría "C". Centro Hospitalario Pereira Rossell. Facultad de Medicina.
Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.*

Introducción. En los niños la infección respiratoria aguda (IRA) viral es causa frecuente de sibilancias recurrentes (SR) en la evolución inmediata y alejada. En el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) la IRA tiene una elevada incidencia como causa de ingreso especialmente en invierno. El Virus Respiratorio Sincicial (VRS) es la causa más frecuente de IRA y es conocida su asociación con el desarrollo de sibilancias recurrentes y objeto de múltiples investigaciones.

Hipótesis y objetivos. Teniendo en cuenta la hipótesis de una mayor incidencia evolutiva de SR en aquellos niños que han padecido formas clínicas más severas de IRA a VRS, el presente trabajo tiene los siguientes objetivos: 1) Determinar la asociación entre la severidad clínica de IRA a VRS al ingreso y desarrollo evolutivo de SR. 2) Determinar los factores predisponentes y los protectores para el desarrollo evolutivo de SR.

Métodos. Se reclutó una cohorte prospectiva de 29 niños con IRA a VRS, diagnosticada por aspirado nasofaríngeo por técnicas de inmunofluorescencia, que egresaron vivos consecutivamente del Servicio de Pediatría "C" del CHPR en el período 1 de abril a 1 de octubre del año 2001. Cada niño fue controlado mensualmente en Policlínica hasta el momento del corte, con una mediana de seguimiento 3 meses, siendo el evento buscado la presencia de SR. Como factores predisponentes y protectores de SR se consideraron: tabaquismo intradomiciliario, cohabitación con preescolares, asma, antecedentes de cardiopatía congénita, asistencia respiratoria mecánica, prematurez, crisis broncoobstructivas previas y estado nutricional. La severidad clínica al ingreso se determinó a través del puntaje de Tal como leves (< 4) y moderadas-severas (≥ 4). Las asociaciones se exploraron a través de RR (IC 95%) y la probabilidad exacta de Fisher, estratificando según factores de confusión.

Resultados. 1) En las IRA moderadas-severas la incidencia de SR fue de 58.3% (7/12), mientras en las leves fue de 76.5% (12/17), RR = 0.92 IC 95% 0.51 - 1.66), p = 1.

2) La incidencia de SR en niños en cohabitación con preescolares fue de 33.3% (4/12) significativamente menor que cuando la cohabitación estaba ausente, 94.1% (16/17), RR = 0.35 (0.16 - 0.80), p = 0.0009.

3) La incidencia de IRA alta para el grupo que desarrolló SR fue de 84.2% (16/19) claramente mayor que cuando no estuvo presente 40% (4/10), RR=2.11, p=0.03.

4) En el resto de los factores explorados no se encontraron diferencias significativas entre las tasas de incidencia de SR.

Conclusiones. No se encontró en esta cohorte y para el tiempo de seguimiento considerado una asociación significativa entre severidad clínica de la IRA a VRS y el desarrollo evolutivo de SR. La cohabitación con preescolares fue un factor protector significativo. La IRA alta fue un factor predisponente para el desarrollo de SR: El resto de los factores explorados no mostró asociación significativa con SR.

PROGRAMA
OFICIAL

77. INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA BAJA POR VIRUS RESPIRATORIO SINCICIAL. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, RADIOLÓGICAS Y EVOLUTIVAS.

*Lafon G., Ferreiro B.; Cetraro L.; Robledo M.; Barreiro A.; Bellinzona G.
Clínica Pediátrica "C". Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR).
Facultad de Medicina. Montevideo. Uruguay.*

Introducción: Las infecciones respiratorias agudas bajas (IRA) tienen una alta prevalencia en invierno en nuestro país, generando un problema de salud pública por la alta demanda asistencial. Dentro de los virus el más frecuente es el virus respiratorio sincicial (VRS) cuya incidencia es de 50-80% en nuestro medio.

Objetivo: describir las características de una población de niños menores de 1 año hospitalizados por infección respiratoria baja a VRS.

Material y Método: estudio descriptivo realizado en el semestre abril-octubre de 2001. Se reclutó todos los niños menores de 1 año que ingresaron a la Clínica Pediátrica "C" del CHPR con diagnóstico de IRA a VRS confirmada por Inmunofluorescencia indirecta o test rápido de detección por ELISA. Se analizaron los diferentes aspectos clínicos, radiológicos, evolutivos y la terapéutica realizada. Se utilizó el score de Tal modificado para catalogar la severidad de la IRA al ingreso y para valorar la evolución.

Resultados: Ingresaron 48 niños, 27 (56,2%) de sexo masculino, 32 (66,6%) menores de 6 meses, 43 (89,6%) eutróficos, 26 (54,2%) con antecedente ambiental de tabaquismo; 28 (58,3%) con antecedentes familiares de asma y 23 (47,9%) cohabitación con preescolares. Como antecedentes personales 16 (33,3%) crisis bronco obstructivas previas.

El 62,5% tenían una IRA leve, el 37,5% IRA moderada-severa. El 54,2% de los niños mejoraron en los primeros 3 días. La radiografía de tórax evidenció hiperinsuflación en 47 (97,9%), infiltrado difuso en 43 (89,6%), atelectasia en 5 (10,4%) y consolidación en 10 (20,8%). El tratamiento realizado fue en 91,7% oxigenoterapia, broncodilatadores en 95,8%, antibióticos en 50% e hidratación parenteral en 20,8%. En esta serie 3 niños requirieron cuidados intensivos y 1 falleció.

Conclusiones: en la serie analizada la mayoría de los pacientes eran varones, eutróficos y menores de 6 meses sin antecedentes personales a destacar, con alto porcentaje de antecedentes de tabaquismo ambiental, asma y cohabitación con preescolares. Destacamos que la mayoría presentaba una IRA leve al ingreso, con hiperinsuflación e infiltrados difusos en la radiografía de tórax. El tratamiento fue la oxigenoterapia y broncodilatadores en la mayoría de los casos, destacando el elevado uso de antibióticos.

**PROGRAMA
OFICIAL**

63. MERONEM: IMPACTO EN LAS UTI PEDIÁTRICAS. ANÁLISIS MULTICENTRICO DE DOS AÑOS EN LAS UTI PEDIÁTRICAS DE CIUDAD DE LA HABANA, CUBA.

*Dra. Manresa Gómez D.L., Dra. Mena Miranda V.R.,
Dra. García Cristiá Y, Dr. Jerónimo Álvarez R.
Hospital Pediátrico Centro Habana y Hospital Pediátrico Juan Manuel Márquez*

INTRODUCCIÓN.

El uso del Meronem en nuestras Terapias Intensivas Pediátricas para la sepsis bacterianas y las respuestas obtenidas, en los diferentes pacientes motivo este análisis multicéntrico en la Ciudad de la Habana, donde se tomo la información de 3 Hospitales Pediátricos con multiperfil. Meronem es un antibiótico carbapénico que se usa en la sepsis bacteriana, sean dependientes de cualquier subsistema, independiente de la complicación que pueda presentar el paciente debido a las pocas reacciones adversas que presenta el mismo. Presenta un amplio espectro gram positivo, gram negativos, aerobios y anaerobios y microorganismos productores de Betalactamasa de espectro extendido, para los cuales es una opción por excelencia. Su administración monoterápica, nos facilita la disminución de los costos pacientes. Todo ello motivo la realización de este trabajo.

Material y método

Se hizo un análisis retrospectivo de dos años (2000 al 2002) en 3 UTI Pediátricas de la Ciudad de la Habana. Editándose la siguiente encuesta: Datos generales, Diagnostico, Aislamiento de microorganismos, Momento de imposición del Meronem, Intervalo de días en la mejoría clínica, Procederes invasivos, Monoterapia o no. Se computarizaron los datos para obtener los resultados.

Objetivos.

Generales:

- Demostrar el uso del Meronem en la sepsis bacteriana grave

Específicos:

- Ventajas en la sepsis grave, independiente del microorganismo causante de la misma
- Identificar su uso monoterápico
- Reconocer la respuesta rápida con la administración del Meronem
- Identificación del intervalo de días de aparición de la mejoría clínica
- Demostrar que se presentan pocas reacciones adversas.

Resultados:

Se realiza un estudio del 100% de los pacientes ingresados en las UTIP en dos años, de ellos se uso el Meronem en un 20% de los mismos, en la totalidad se inicio la administración por vía endovenosa, y en un 10% de forma monoterápica, de estos pacientes el aislamiento microbiológico correspondió a gérmenes gram negativos (enterobacterias), la respuesta clínica con expresión de mejoría clínica apareció más menos a las 48 horas de tratamiento en un 16% de los casos, en la totalidad de los mismos se acometieron procederes invasivos por múltiples vías y en la mayoría se utilizo ventilación mecánica.

Conclusiones:

1. El uso del Meronem en la sepsis bacteriana grave, hizo posible resultados satisfactorios en pacientes críticos de las UTIP
2. En el 10% de nuestros casos se uso de forma monoterápica.
3. En la utilización monoterápica, revertieron prontamente los signos clínicos de sepsis graves y fueron menos las complicaciones
4. En los casos revisados las reacciones adversas fueron en un 2%.

Recomendaciones: Sugerimos con la realización de este trabajo que la identificación del patógeno en forma temprana en la sepsis graves en UTIP, permite la utilización del Meronem en forma monoterápica.

PROGRAMA
OFICIAL

67. VIGILANCIA DEL USO DE ANTIBIÓTICOS EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO DEL CENTRO HOPITALARIO PEREIRA ROSELL: GASTO Y CONSUMO, Y SUSCEPTIBILIDAD A LOS ANTIMICROBIANA.

Giachetto G, Pérez MC, Algorta G, Nanni L, Martínez A, Camacho G. Unidad de Infectología Pediátrica, Departamento de Farmacia, Laboratorio de Microbiología. Centro Hospitalario Perereira Rossell, Montevideo, Uruguay.

Introducción: La utilización de guías para el tratamiento antibiótico empírico constituye una estrategia fundamental para contener el aumento sostenido en la resistencia bacteriana y en los gastos en antibióticos. En 1998, en el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell se adecuaron las guías de antibioticoterapia empírica para las infecciones más frecuentes asistidas en salas generales y en emergencia, en base a la epidemiología local. Desde esa fecha se comenzó la vigilancia del uso de antibióticos.

Objetivos: Evaluar los resultados de esta vigilancia sobre el gasto y consumo de antibióticos y sobre la susceptibilidad antimicrobiana.

Metodología: Se determinó el gasto generado por los antibióticos recomendados en las guías de atención hospitalaria, en salas generales y en emergencia (penicilina, aminopenicilinas, cefalosporinas, macrólidos). Para estimar el consumo en pacientes hospitalizados se calculó la Dosis Diaria Definida (DDD)/100 camas día para cada uno de los antibióticos. Se compararon los resultados de gasto y consumo 2001 - 2002. Se comparó la susceptibilidad antimicrobiana de los gérmenes más frecuentes del período 2001-2002 con la previa a la adecuación de las guías terapéuticas.

Resultados: Los antibióticos recomendados representaron en el 2001 el 74% del gasto en antibióticos (\$U 2206652.57) y en el 2002 el 75% (\$U 1642560.25). Los antibióticos más utilizados fueron las aminopenicilinas. El consumo de cefuroxime i/v disminuyó 60% (13.1 DDD/100 camas-día en el 2001, 5.36 DDD/100 camas-día en el 2002). El consumo de ceftriaxona i/v y el de amoxicilina oral aumentaron 38% y 16% respectivamente. Para el resto de los antibióticos el consumo se mantuvo constante. Las tasas de susceptibilidad antimicrobiana de los gérmenes más frecuentes (*S.aureus*, *E.coli*) se mantuvieron constantes.

Conclusiones: Estos son los primeros resultados de la vigilancia del uso de antibióticos en este hospital y demuestran la vigencia y la aceptación de las guías de antibioticoterapia empírica propuestas.

PROGRAMA
 OFICIAL

70. SHIGELLA: EVOLUCIÓN DE LA RESISTENCIA ANTIMICROBIANA E IMPLICANCIAS TERAPEUTICAS.

*Montano A, Torres ME, Pírez MC, Algorta G, Schelotto F.
Centro Hospitalario Pereira Rossell y Depto de Bacteriología y Virología. Facultad de
Medicina. Montevideo, Uruguay.*

Introducción. *Shigella* es un bacilo gram negativo patógeno intracelular en el ser humano. En nuestro medio constituye la principal causa de diarrea invasiva en niños. En esta enfermedad está indicado el tratamiento con antimicrobianos, dificultado actualmente por la creciente aparición de cepas resistentes a las drogas de uso habitual. El arsenal terapéutico se ve aún más disminuido en niños, ya que algunas drogas como quinolonas fluoradas no se recomiendan y no se dispone de presentación pediátrica en otras.

Objetivos. Analizar la situación de la resistencia a antibióticos en cepas de *Shigella* circulantes en nuestro medio.

Materiales y métodos. Se revisaron datos de 214 aislamientos entre 1990 y el año 2000. Los datos corresponden a cepas provenientes de niños, coprocultivos (213) y hemocultivos (1 cepa) aislados en el Laboratorio de Bacteriología del Centro Hospitalario Pereira Rossell y en el Departamento de Bacteriología y Virología.

Resultados. Las especies aisladas fueron *S.flexneri* 169 (79%), *S.sonnei* 27 (13%), *S.dysenteriae* 4 (2%) , *S.boydii* 2 (1%), sin tipificar 12 cepas.

Fueron resistentes 78% de las cepas a ampicilina, 61% a sulfametoxazol - trimetoprim, 44% a cloranfenicol, 2% a cefalosporinas de tercera generación. Se detectaron 80 cepas multi-resistentes (37%), con una resistencia combinada a ampicilina, sulfametoxazol - trimetoprim y cloranfenicol.

Discusión y conclusiones. La distribución por serotipos en nuestro medio es la esperada, siendo *S. flexneri* el serotipo mas frecuente, coincidiendo con datos de la región.

La elevada resistencia a ampicilina y sulfametoxazol - trimetoprim invalidan el uso de estas drogas para el tratamiento de niños con disentería.

La resistencia a cefalosporinas de tercera generación es aún baja y aunque represente una opción en niños hospitalizados, el riesgo de diseminación de la resistencia ha limitado su uso para el tratamiento ambulatorio. Las fluorquinolonas, recomendadas en adultos, no ha sido aprobado en niños para esta indicación.

Disponer de otros antibióticos, en particular orales para el tratamiento ambulatorio empírico de esta enfermedad justifican profundizar en el tema.

PROGRAMA
OFICIAL

74. ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO DEL CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL.

Giachetto G, Camacho G, Speranza N, Telechea H, Olmos I, Kegel S, Banchemo P, Nanni L, Algorta G, Martínez A, Pérez MC. Clínica Pediátrica "A", Centro de Información de medicamentos, Laboratorio de Microbiología. Centro Hospitalario Pereira Rossell, Facultad de Medicina. Montevideo, Uruguay.

Introducción: Los antibióticos constituyen uno de los grupos terapéuticos más utilizados. En el año 2002 en el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell representaron el 35% del gasto en medicamentos (\$U 1642560.25). Se han desarrollado estrategias para promover su racional, detener el desarrollo de resistencia bacteriana y disminuir los gastos. El desarrollo de guías terapéuticas, la vigilancia de la susceptibilidad bacteriana a los antibióticos y la monitorización de su uso constituyen las más importantes.

Objetivo: Analizar la prescripción de antibióticos en el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell.

Materiales y métodos: Se analizó el uso de antibióticos en todos los pacientes hospitalizados en salas generales y que consultaron en la emergencia del Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell, entre el 12 y el 15 de marzo de 2003. Se registró: edad, tipo de antibiótico indicado, vía de administración, dosis, diagnóstico clínico presuntivo y hallazgos microbiológicos. Se utilizó como patrón de oro las guías de antibioticoterapia empírica elaboradas en el hospital, publicadas en el año 2000.

Resultados: Recibieron antibióticos 337 pacientes: 180 en salas generales y 157 en emergencia. La edad media fue 5.1 años. Las indicaciones más frecuentes fueron: infección de piel y partes blandas (30.5%), infecciones respiratorias (29.3%), infección urinaria (6.2%) y postoperatorios (6.2%). En el 85.5% de los pacientes se utilizó b-lactámicos: cefradina 32%, aminopenicilinas solas 27.5% y asociadas a inhibidores de b lactamasas 4.7%, ceftriaxona 11.3% y cefuroxime 10%. Se prescribió cefradina en 71/103 infecciones de piel y partes blandas; amoxicilina 19/22 faringitis y 31/42 otitis media agudas, ampicilina 24/33 neumonias y cefuroxime 14/21 infecciones urinarias.

Conclusiones: Estos resultados demuestran una adecuada aceptación y cumplimiento de las guías de antibioticoterapia empírica del hospital. Es necesario continuar con el programa de monitorización del uso de antibióticos y la vigilancia de la susceptibilidad bacteriana.

PROGRAMA
 OFICIAL

49i. COMPORTAMIENTO DE LA MENINGITIS A STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE EN CUIDADOS CRÍTICOS. ESTUDIO DE 3 AÑOS.

*E.M Pleguezuelos, O. Quirós, L.M Fernández.
Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica.
Hospital Pediátrico Provincial Universitario de Camagüey. Cuba.*

Introducción: La emergencia en años recientes de la infección neumococcica del SNC en Cuba se ha convertido en un preocupante problema clínico en las Unidades de Cuidados Críticos Pediátricos.

Objetivos: Evaluar indicadores pronósticos clínicos y humorales en la presentación y curso de la meningitis a neumococo y la respuesta a la terapéutica.

Diseño: Se realizó un estudio de 41 pacientes ingresados con el diagnóstico de meningitis a Streptococcus pneumoniae en la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica entre octubre de 1999 y septiembre del 2002. Se evaluaron parámetros clínicos (hemodinámicos y neurológicos) y de laboratorio (hematológicos y del LCR) iniciales y evolutivos durante la estadía en la UTIP, curso de la enfermedad, tratamientos antimicrobianos utilizados, causas de muerte en los fallecidos y condición neurológica desde el egreso hasta seis meses después.

Resultados: La edad menor de 2 años, la baja celularidad inicial del LCR (< 100 células) especialmente asociada con hiperproteínorraquia severa y la aparición de manifestaciones de edema cerebral en las primeras 24 horas se encontraron como factores pronósticos fundamentales en términos de mortalidad y discapacidades neurológicas secuelas. La HTE incontrolable fue la causa más importante de muerte. En el 14,8 % de los pacientes se registró fallo a la terapéutica combinada de Ceftriaxone/Vancomicina., pero no hubo diferencias en el resultado clínico final en relación con el tratamiento antibiótico utilizado.

Conclusiones: La estandarización de parámetros clínicos y humorales de gravedad puede ser útil para la definición pronóstica de factores de riesgo de los niños que ingresan en las UCIP con meningitis a neumococo. Las terapéuticas actuales de primera línea con cefalosporinas de 3ra generación o régimen combinatorio con Vancomicina muestran todavía altos índices de efectividad.

PROGRAMA
OFICIAL

51i. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE ENFERMEDAD INVASIVA POR NEUMOCOCCO EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS EN EL AREA ESTATAL DE LA CIUDAD DE CORDOBA: HALLAZGOS RADIOLÓGICOS EN DOS HOSPITALES PEDIÁTRICOS.

Tregnaghi M, Oller A*, Robledo H*, Tregnaghi P*,
 Rodríguez M*, Ceballos A*, Ussher J*, Ruttimann R**
 CDEPAP-Roma 1465 -Cordoba-* -GSK***

Las Infecciones respiratorias agudas son responsables de 4 a 5 millones de muertes anuales en menores de 5 años y el Streptococcus pneumoniae es el agente patógeno mas importante asociado a ellas.

Objetivo: evaluar los resultados radiológicos obtenidos en dos hospitales pediátricos (Hospital Infantil y Hospital de Niños) de la vigilancia activa de enfermedad invasiva por neumococo en niños menores de 2 años en la Ciudad de Cordoba.

Material y Metodo: estudio prospectivo, descriptivo, de 3 años de duración (2000-2002), de vigilancia activa en niños de 2 a 24 meses de edad, en dos hospitales pediátricos del area estatal, que presentaban criterio de inclusión (sospecha clinica de neumonia). Se definio neumonia de consolidación (de acuerdo a la OMS) al infiltrado alveolar confluyente que compromete un segmento pulmonar o un lóbulo, con frecuencia acompañado de broncograma aereo., con aislamiento bacteriológico, o sin ello (neumonía obvia). Resultados: en el periodo 2000-2003 se efectuaron 9663 radiografías de torax en dos de los hospitales pediátricos (Hospital Infantil y de Niños) involucrados en el estudio ; 18% fueron neumonías de acuerdo los criterios enunciados, 5% de ellas con aislamiento bacteriológico y 95% neumonías obvias. El 90% fueron unilobulares. En el 72% de las neumonías con documentación bacteriológica el neumococo fue aislado de sangre (Neumonía con bacteriemia). El 71% de los pacientes con neumonia obvia fueron tratados ambulatoriamente; internados el 62% de los pacientes con aislamiento bacteriológico. La edad de presentación mas frecuente fue de 6 a 18 meses. El 22% de los pacientes en estudio presentaron otras imágenes radiológicas : 55% patron intersticial, 23% hiperinsuflacion, 9% atelectasia y 13% imágenes combinadas (intersticial+hiperinsuflacion y/o atelectasia). En 5 pacientes con imágenes intersticiales se aislo neumococo de sangre. Conclusiones: 1-El estudio de vigilancia activa ha demostrado la alta carga de enfermedad respiratoria en este grupo etario, que puede potencialmente ser reducida inmunizando a los menores de 2 años con vacunas neumococicas conjugadas multivalentes. 2- La importancia del trabajo coordinado entre Centros de Salud y Hospitales , que permite el manejo ambulatorio de pacientes con patología respiratoria baja, disminuyendo costos en salud.

PROGRAMA
 OFICIAL

56i. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA ACTIVA DE ENFERMEDAD NEUMOCOCICA EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DE EDAD EN LA CIUDAD DE CORDOBA

Tregnaghi M.,Ceballos A.,Ussher J*.,
Ruttimann R.**Tregnaghi JP*,Rodríguez A*.,
y Grupo de Estudio de la Enfermedad Neumococica de Cordoba*.
*Centro de Desarrollo de Proyectos Avanzados-Roma 1465
Bo.Pueyrredon-Corboca-Argentina
**GSK-Argentina*

Introducción: El Streptococcus pneumoniae (neumococo) es causa importante de infección bacteriana en niños en el mundo ; su epidemiología ,serotipos y resistencia varía según las regiones.

Objetivo: Investigar la incidencia e impacto de la enfermedad neumococica invasiva(EI) en niños menores de 2 años en la Ciudad de Cordoba(CC)(Argentina).

Material y Metodo: Estudio prospectivo, descriptivo, de 3 años de duración(2000-2002) de vigilancia activa en el area estatal de salud de la CC, que abarca 86 Centros de Atención Primaria y 4 Hospitales Pediatricos.

Criterios de Inclusión: niño de 2 a 24 meses de edad, residente en la CC, con temperatura axilar $\geq 39^{\circ}\text{C}$ o sospecha clínica de neumonía, meningitis, artritis ,peritonitis ,sepsis o pericarditis. Se definió EI al aislamiento del neumococo de un sitio normalmente estéril. Neumonía obvia (NO)neumonía de consolidación con infiltrado alveolar confluyente sin aislamiento bacteriano.

Resultados: En los 3 años de vigilancia , la media de niños de la cohorte en estudio fue 28737. La incidencia de EI fue 212.27/100000: bacteriemia 91.62, neumonía con aislamiento 99.77, meningitis 8.10, OMA con bacteriemia 6.95 y absceso 5.77/100.000. De acuerdo a edad la mayor incidencia fue : para bacteriemia de 6 a 11 meses(153.13/100000), neumonía con aislamiento 12 a 17 y 18 a 24 meses (148.93 y 136.17/100000 respectivamente), meningitis 2 a 5 y 18 a 24 meses (19.14 y 16.97/100000 respectivamente). La incidencia de NO fue 2421.96/100000, siendo la edad de mayor afectación 6 a 11 meses, con 2943.59. Los serotipos mas frecuentemente hallados fueron: 14(45%), 6B (11%), 1(9%) y 5(9%).

Conclusiones: Resaltamos la importancia de la VIGILANCIA ACTIVA como metodología optima para poder determinar la real carga de enfermedad, el grupo etareo mas afectado y la resistencia bacteriana predominante. En la region, para que las acciones de salud tendientes a prevenir esta enfermedad sean coherentes con los resultados de la vigilancia.

PROGRAMA
OFICIAL

59. BACTERIEMIA POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE EN DE LA COMUNIDAD

Tregnaghi J. P., Ruttimann R**., Tregnaghi M*., Cevallos A*., Ussher J*., Rodríguez M*., y Grupo de estudio de enfermedad neumocócica.*
 *Centro de Desarrollo de Proyectos Avanzados (CDePAP) Córdoba, Argentina
 ** GSK

Introducción: *Streptococcus Pneumoniae* es el primer agente etiológico en bacteriemias de la comunidad. El único método valido en la actualidad para el diagnostico es su aislamiento en sangre.

Objetivo: Conocer la incidencia, serotipos involucrados y rendimiento del hemocultivo relacionado con el tiempo previo de fiebre en niños con bacteriemia por *S. pneumoniae*
Material y método: Diseño del estudio: vigilancia epidemiológica realizada entre el 1 de Diciembre de 1999 y el 30 de Noviembre de 2002. Ámbito: Sistema Estatal de Salud de la Ciudad de Córdoba. La cohorte en estudio fue de 28737 niños durante 3 años. Criterios de inclusión: niños con temperatura axilar = ó > de 39°C en las ultimas 24 horas, entre los 2 y los 24 meses de edad

Resultados: Se efectuaron hemocultivos en todos los niños que cumplían criterios de inclusión 8.043 y se obtuvieron 79 aislamientos de *S. Pneumoniae* (0.98%), la tasa de incidencia promedio de los tres años fue 91,62 (por 10 5), la tasa de incidencia por grupo etário fue: 2 a 5 meses de 76.58 (por 105), 6 a 11 meses de 153,13 (por 10 5), 12 a 17 meses 80,78 (por 105) y 18 a 24 meses 51,04 (por 105). Del total de aislamientos el 42.42% correspondía a niños que habían presentado fiebre en las ultimas 6 horas, el 24.24% entre las 6 y las 12 horas, y un 33.34% entre las 12 y las 24 horas. Del total de niños con bacteriemias sin foco, el 69 (87,34%) fueron seguidos en forma ambulatoria y 10 (12,65%) fueron internados. Serotipos más frecuentemente encontrados: 14 (38%); 18c (15%); 1 (13%); 6b (11%); 5 (5%); 9v (5%).

Conclusiones: la tasa de incidencia de Bacteriemia sin foco ha sido elevada, la mayor frecuencia fue en el grupo etário de 6 a 17 meses. Mayoritariamente fueron seguidos en forma ambulatoria . Los serotipos mas frecuentemente aislados fueron el 14; 18c; 1; 6b y 5.(82%) El análisis del impacto de los serotipos 1 y 5 correspondió al 18%.

PROGRAMA
 OFICIAL

80. INFECCIONES POR ESCHERICHIA COLI PRODUCTOR DE TOXINAS TIPO SHIGA (STEC) EN URUGUAY.

G. Varela, P. Gadea, A. Sirok, I. Mota, R. Sabelli, M. Bernadá,
 G. Grotiuz, C. Pérez, G. Algorta, F. Schelotto.
 Instituto de Higiene e Instituto de Pediatría, Facultad de Medicina.

El Síndrome Urémico Hemolítico (SUH) es la causa más frecuente de insuficiencia renal aguda en niños pequeños. Su incidencia anual estimada en Uruguay es de 5/100.000 niños menores de 5 años, lo que significa aproximadamente 15 nuevos casos por año. Desde 1989 se realiza el estudio de las infecciones por STEC y el SUH en Uruguay, y desde 2001 participamos del programa regional de vigilancia de estas infecciones. **Objetivos:** Describir las características epidemiológicas, clínicas y microbiológicas de todos los casos reportados como SUH en Uruguay, e investigar la presencia y las características de las cepas STEC encontradas en niños estudiados por diarrea con sangre en Montevideo y en el Interior. Investigar estos gérmenes en muestras de carne bovina, posible fuente de infección humana.

Métodos: Desde el 1/11/2001 al 15/3/2003, se incluyeron 15 niños menores de 5 años con diagnóstico de SUH procedentes de distintos CTI públicos y privados. Su estudio microbiológico se desarrolló en el Departamento de Bacteriología y Virología, Instituto de Higiene. Se realizó microscopía directa de materias fecales, coprocultivo que incluyó caldo de enriquecimiento CT-TSB con telurito y cefixime, medio de aislamiento MacConkey sorbitol, e identificación de genes productores de citoxinas mediante PCR en pool de colonias y luego en colonias individuales. Se realizó además búsqueda de citotoxinas en filtrados de heces y de antitoxinas en suero por ensayos de neutralización sobre células Vero. En el mismo período se incluyeron 97 niños con diarrea con sangre procedentes de Montevideo (CHPR), Tacuarembó y Mercedes, a los que se realizó igual investigación en materias fecales. En igual lapso, e incluyendo procedimientos de separación inmunomagnética, se estudiaron 139 muestras de carne picada obtenidas al azar en carnicerías y supermercados de Montevideo.

Resultados: Los niños portadores de SUH, tenían entre 5 y 28 meses, con una mediana de 15 meses. 7 procedían de Montevideo y 8 del interior. 12 tenían el antecedente de diarrea con sangre. 10 habían recibido antibióticos previamente. 9 requirieron diálisis peritoneal. Un paciente falleció durante el período agudo. Los serotipos STEC recuperados de casos de SUH fueron: O111:H- (VT1-VT2); O26:H NT(VT1); O145:H NT (VT2) y O157:H7 (VT1-VT2). En un caso ocurrió coinfección por O26 VT1 y O145 VT2. Todas las cepas son *eaeA* y *E-hly* positivas, y sensibles a todos los antimicrobianos probados. Estos casos presentaron diarrea con sangre previa. Otro cultivo, O26:H NT y VT1+ fue aislado de un niño con diarrea con sangre que no evolucionó a SUH. En total, 4 de las diarreas con sangre estudiadas estaban asociadas con STEC, y 20 con *Shigella flexneri* o *S. sonnei*. Se aislaron de carnes 2 cepas STEC O157:H7, una productora de VT1 y otra de VT1 y VT2. Las propiedades de estos y otros cultivos sospechosos están siendo estudiadas en comparación con las de STEC de países vecinos, y teniendo como centro de referencia microbiológica los laboratorios del Instituto Malbrán, Buenos Aires.

Conclusiones: Por primera vez en nuestro medio se ha logrado aislar y estudiar las cepas STEC asociadas con pacientes con SUH y con diarreas con sangre. Son pocos los enfermos en que se pudo identificar el germen involucrado, por probable interferencia de antibióticos previos. Las cepas STEC que afectan a los niños son mayoritariamente de serotipos diferentes a O157:H7, que sin embargo circula también en Uruguay. Continuar con el estudio clínico epidemiológico de casos de SUH permitirá planificar diseños dirigidos a detectar factores de riesgo para el desarrollo de SUH en niños con diarrea con sangre. Se destaca la importancia de mantener la vigilancia epidemiológica e instrumentar la notificación obligatoria al MSP de niños con SUH, para conocer la prevalencia real de esta enfermedad en nuestro país.

PROGRAMA
 OFICIAL

SESIÓN DE POSTERS N°2
 Sábado 17 de Mayo

VACUNAS

INFECCIONES BACTERIANAS

INFECCIONES VIRALES

HIV

TUBERCULOSIS

MISCELANEAS

**54i. DIAGNÓSTICO TARDÍO DE LA INFECCIÓN HIV PEDIÁTRICA.
 PROGRESORES LENTOS, UN ALERTA PARA EL PEDIATRA.**

A Fallo, L Torrado, A Cané, EL López. Servicio de Infectología. Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez". Buenos Aires, Argentina

Introducción y objetivos: A partir del tratamiento de la mujer embarazada con infección HIV (ACTG076) y el desarrollo de técnicas de diagnóstico (ADN-PCR-HIV), los objetivos fundamentales fueron la reducción en las tasas de transmisión vertical y el diagnóstico y tratamiento precoz de la infección HIV pediátrica. En los últimos años hemos observado un aumento progresivo y significativo en la edad al diagnóstico de casos nuevos. Con el objetivo de determinar las variables implicadas en el diagnóstico tardío en pediatría se efectuó el presente trabajo retrospectivo en niños mayores de 4 años ingresados a partir del año 2000.

Resultados: Desde 1990 ingresaron 366 niños con infección HIV; mientras que entre los años 1990-2000 la edad de casos nuevos estaba en $x= 1.65 \pm 2$ años, en 2000-03 aumentó a $x= 4.01 \pm 4$ a. ($p < 0.0001$). En el periodo 2000-2003 ingresaron 183 pacientes en riesgo de infección HIV, confirmándose en 68 (37%), dentro de este grupo 29 eran mayores de 4 años de edad; se excluyeron 7 pacientes por tener diagnóstico previo en otros centros, 1 por abuso sexual y 1 por transmisión indeterminada. Se incluyeron entonces 20 pacientes infectados perinatales. La edad al diagnóstico de este grupo fue $x: 9.3 \pm 3$ a ($r: 4-13$ a), el 60% eran varones. Ninguno recibió profilaxis de transmisión vertical, 11/19 (59%) recibieron lactancia materna; 8 (40 %) eran huérfanos. En 17/20 (85%) el diagnóstico se sospechó por cuadro clínico, en 6 de ellos (31.6%) el diagnóstico materno fue posterior al niño; 2 casos consultaron a partir del diagnóstico reciente de los padres. En 6 había conocimiento previo de infección HIV pero negación del mismo; y en 5 la madre había fallecido por SIDA, pero la familia a cargo desconocía el diagnóstico. El 90 % presentaba antecedentes clínicos relacionados con HIV entre 0-88 meses antes del diagnóstico ($x: 37 \pm 38$ m): 10 (50 %) neumonías, 10 (50%) otitis crónica, 6 (30%) varicela/zoster recidivante o de evolución tórpida, 5 (25%) diarrea crónica, 3 (15%) retraso de crecimiento, 3 BOR, 2 (10%) retraso madurativo, 2 parotiditis recidivante, 1 (5%) condilomas perineales. Al diagnóstico 11 (60%) se encontraban en estadio C, 8 (40 %) en estadio B y 1 (5%) en A. El 50 % tenía $CD4 < 200$ cs/mm³ ($CD4$ $x: 11 \pm 10$ %). La carga viral basal fue $x: 4.4 \pm 1.4$ cps/ml (log). Al ingreso 12/20 (60 %) presentaban adenopatías generalizadas y 5 (20%) hepatoesplenomegalia. Las principales enfermedades marcadoras al diagnóstico fueron: 6 (30%) infecciones bacterianas graves, 4 (20%) cryptosporidiosis, 3 (15%) neumonitis linfoidea, 2 neumonía por p. carinii, 2 Tuberculosis, 2 encefalopatía, 1 síndrome de emaciación, 1 citomegalovirus; 1 falleció por p. carinii.

Conclusiones: Se observó un aumento significativo de niños progresores lentos con enfermedad avanzada y antecedentes clínicos notorios. Estos datos evidencian en parte, una falla en detectar a la mujer embarazada HIV+ y un déficit en la prevención de la transmisión vertical, y por otro lado, la falta de pautas de alarma para detectar pacientes sintomáticos e indicar tratamientos precoces que eviten la progresión de la enfermedad.

55i. EPIDEMIOLOGIA DE ACCIDENTES OCUPACIONALES Y NO OCUPACIONALES

*A Fallo, L Torrado, M Amado, N Rossenfeld, V Bonardo, E López.
Servicio de Infectología. Servicio de Hemoterapia.
Hospital de Niños «Ricardo Gutiérrez». Buenos Aires. Argentina*

Introducción: La exposición a materiales contaminados con sangre constituye uno de los principales factores de riesgo de adquisición de enfermedades infectocontagiosas en el personal de salud. En los últimos años este riesgo se ha extendido a la población general. Conocer la epidemiología de cada centro contribuirá a establecer adecuadas y efectivas estrategias de prevención y a un correcto manejo y contención del accidentado.

Objetivos: Evaluar la frecuencia de los distintos tipos de accidentes ocupacionales y no ocupacionales; la población más afectada y su estado inmunitario para hepatitis B y tétanos, indicación de profilaxis postexposición (PPE) y evaluar el seguimiento.

Materiales Y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo de los accidentes ocupacionales y no ocupacionales denunciados entre diciembre de 1997 y Julio 2002.

Resultados: Se recibieron 198 denuncias de accidentes: 159 (80%) de adultos y 39 (20%) en niños, (3.5/mes).

Accidentes Ocupacionales: la población femenina afectada fue de 127 (80%). Según la ocupación se informaron: 71 (45%) médicos, 36 (23%) enfermeras, 22 (14%) personal de limpieza, 12 (8%) administrativos, 8 (5%) laboratoristas y 8 (5%) instrumentadoras. Sobre el total de 71 médicos: 53 (75 %) eran residentes de clínica pediátrica, 8 (11%) médicos de planta de clínica, 7 (10%) residentes de cirugía y 3 (4%) médicos de planta de cirugía. Las lesiones más frecuentes fueron: 110 (69%) lesiones por pinchazo, 18 (11%) laceraciones, 16 (10%) salpicadura de mucosas, 9 (6 %) cortes, 5 (3%) salpicadura cutánea y 1 (0.6%) mordedura. El lugar del accidente fue: 55 (38%) unidades de clínica pediátrica, 33 (21%) terapia intensiva y 19 (12%) en quirófano. La fuente era conocida en 117 casos (74%), 92 (79 %) fueron HIV negativas y 25 (21%) fuentes HIV positivas. La evaluación de antecedentes de vacuna para hepatitis B fue: 121 (76%) contaban con 3 dosis, 14 (9 %) 2 dosis, 4 (2%) 1 dosis y 20 (13%) sin cobertura. Para tétanos 122 (77%) tenían esquema completo y 37 (23%) sin protección. Iniciaron PPE 155/159 (97 %), suspendiendo la mayoría al comprobar que la fuente era negativa, se constató que 41 (26%) completaron 1 mes de profilaxis.

Accidentes No Ocupacionales: en niños el tipo de accidente más frecuente fue el pinchazo 25/39 (65%) seguido por el abuso sexual 4 (10%); el lugar del accidente fue en: vía pública 17 (49%), domicilio 11 (32%), club 4 (11%), hospitales 2 (6%) y colegio 1 (3%).

Conclusiones: 1) Los más afectados fueron los médicos residentes de clínica, seguido por personal de enfermería; 2) la lesión por pinchazo fue la más frecuente; 3) los lugares donde se registraron mayor número de accidentes fueron las unidades de clínica y terapia intensiva; 4) predominó la fuente conocida y sin riesgo; 5) El 24% del personal no contaba con protección para hepatitis B; 6) el 23% no contaban con vacunación adecuada para tétanos; 7) no se detectaron casos de seroconversión. Estos datos apoyan la necesidad de elaborar un plan de prevención y seguimiento de accidentes más efectivo que el implementado hasta la fecha.

PROGRAMA
OFICIAL

60. EL IMPACTO EN SALUD DE VIRUS RESPIRATORIOS Y DE FACTORES AMBIENTALES SE DIRIME EN SANTIAGO DE CHILE EN EL INVIERNO 2002.

*Avendaño LF, Parra J, Padilla C y Palomino MA.
 Programa Virología. ICBM. Hosp. Roberto del Río. Dpto. Pediatría. Norte. Facultad de
 Medicina. Univ. Chile. Santiago. Chile. Proyecto FONDECYT 1010630*

Introducción: Durante el invierno se observa un aumento de la demanda de atención pediátrica asociada a tres factores: clima frío y lluvioso, contaminación aérea y epidemias de virus respiratorios. En el invierno del 2002 se presentaron en forma sucesiva en Santiago fuertes lluvias, contaminación aérea, frío y epidemia de virus respiratorio sincicial (VRS).

Objetivos: estudiar la influencia de factores ambientales y de VRS en la demanda de atención pediátrica respiratoria

Diseño: Se registraron el número de consultas al servicio de urgencia y de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda baja (IRAB), de abril a octubre del 2002, en un hospital pediátrico de Santiago. Se hizo paralelamente una vigilancia de virus respiratorios – VRS, adenovirus, influenza y parainfluenza – en lactantes hospitalizados por IRAB, mediante aislamiento e inmunofluorescencia. Se analizó la información diaria de variables de clima (temperatura, humedad relativa y lluvias) y de contaminación aérea (MP 10) en la zona norte de Santiago.

Resultados: Se observó una onda de aumento de consultas y hospitalizaciones pediátricas que alcanzó el máximo en la semana 29, lo que coincidió con la máxima detección de VRS. Las fuertes lluvias en las semanas 22, 23 y 30, así como la baja temperatura registrada en junio y julio (semanas 23, 24, 26, 27 y 30) no aumentaron la demanda de atención en salud. La elevada contaminación aérea registrada de la semana 24 a 26, tampoco representó una mayor carga asistencial en salud infantil.

Conclusiones: La epidemia de VRS es el principal factor asociado al aumento de la demanda invernal de atención en salud infantil en Santiago.

PROGRAMA
 OFICIAL

86. ROTAVIRUS: INFECCIÓN INTAHOSPITALARIA EN SALAS GENERALES DEL PEDIATRÍA . CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL.

*Daniela Sandin, Marcos Delfino, Marie Boulay, María del Carmen Viera, Graciela Pascale, Mariela Alvez, Valeria Lepera, Ana María Sánchez, Maren Karina Machado, María Catalina Pérez, Alicia Montano y Ana María Ferrari.
Clínicas Pediátrica. Departamento de Bacteriología y Virología.
Facultad de Medicina. Sección Virología. Facultad de Ciencias.*

Introducción: Los rotavirus son una de las causas más frecuentes de diarrea en los países en vías de desarrollo. Son también causantes de brotes y epidemias de diarrea intrahospitalaria. En el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell (HP-CHPR) se comenzó en los últimos años el registro y estudio sistemático de las infecciones intrahospitalarias. Desde abril de 2002 se incorporó la investigación de la infección por rotavirus en los casos de diarrea intrahospitalaria.

Objetivos: describir los casos de diarrea intrahospitalaria ocurridos desde la incorporación de la investigación de rotavirus.

Pacientes y métodos: del 1º de abril al 31 de diciembre de 2002 se estudiaron los pacientes de 0 a 14 años registrados por el Comité de Infecciones Intrahospitalarias de HP-CHPR como casos de diarrea intrahospitalaria. Se definió como diarrea intrahospitalaria aquel paciente que instala la diarrea 72 horas después del ingreso.

La muestra para el diagnóstico de rotavirus fue de materia fecal, que se tomó en sala y se trasladó refrigerada al Laboratorio de Virología del Instituto de Higiene. La técnica diagnóstica fue la electroforesis en gel de agarosa. Las Muestras positivas se estudiaron en la Sección Virología de la Facultad de Ciencias donde se realizó la caracterización electroferotípica en gel de poliacrilamida.

De los registros hospitalarios se obtuvieron los siguientes datos: edad, sexo, estado nutricional, enfermedad que motivó el ingreso, momento de instalación de la diarrea, duración de la diarrea, servicio de origen, evolución, complicaciones y días de internación.

Resultados: Se registraron 73 niños con diarrea intrahospitalaria. Rotavirus fue detectado en 29 de estos niños (40 %), distribuidos según el servicio de ingreso de la siguiente forma: 15 de 39 en Pediatría A, 8 de 19 en Pediatría B y 6 de 15 en Pediatría C. Todos los rotavirus detectados tenían patrón electroferotípico largo.

Los niños con diarrea intrahospitalaria por rotavirus tuvieron una edad promedio de 10.9 meses (rango 2-42 meses); 16 eran de sexo masculino. No fue posible ubicar la historia clínica de una de las niñas. Se describen las características de los otros 28 pacientes. Con respecto al estado nutricional, 14 eran eutróficos, 2 obesos y 12 desnutridos.

La enfermedad que motivó el ingreso fue: infección respiratoria baja de probable etiología viral en 14 (50 %), neumonía con empiema en 4 (14.2 %), infección urinaria en 2, patología neurológica en 2, otras causas en 6. La diarrea apareció en promedio a los 7.2 días de internación (rango 3 a 35) y duró en promedio 3.7 días (rango 1 a 8). Presentaron complicaciones 5 niños: deshidratación 3, intolerancia a hidratos de carbono 3, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica 2. Ningún niño presentó shock, ni sepsis ni requirió internación en CTI; ninguno falleció. La duración promedio de la hospitalización fue de 13,4 días (rango 6 a 38).

Conclusiones: Rotavirus se identificó en el 40 % de los casos de diarrea intrahospitalaria en las salas generales del hospital. Hay que mejorar la notificación de los casos de diarrea intrahospitalaria y continuar estudios que permitan la caracterización genotípica de estas cepas. Se debe mejorar las medidas de control de esta enfermedad.

PROGRAMA
OFICIAL

90. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL SIDA PEDIÁTRICO EN CUBA.

*I. González Nuñez, M. Díaz Jidy, J. Pérez Avila.
 Instituto Pedro Kourí, Ciudad Habana Cuba.*

INTRODUCCION: Los casos pediátricos han aumentado con respecto a la transmisión vertical como resultado de la diseminación VIH/SIDA entre mujeres en edad reproductiva. En Cuba, al existir pocos casos infectados por el VIH y a la intervención temprana epidemiológica se ha podido controlar de cierta manera el nacimiento de niños provenientes de padres seropositivos

OBJETIVOS: Evaluar la reducción de la transmisión perinatal del VIH en los hijos de madres seropositivas al VIH/SIDA.

MATERIAL Y METODO: Un programa controlado ha sido implantado en el país. La política de salud incluye la interrupción del embarazo siempre y cuando la pareja lo acepte y de su autorización. El proyecto incluye que todas las mujeres seropositivas que deseen tener su hijo, a partir de las 14 semanas del embarazo reciban 500 mg de AZT hasta el parto que la mayoría de las veces es por cesárea. El niño después de las 8 horas de nacido recibe 2 mg/Kg/dosis de AZT en jarabe cada 6 horas durante las primeras 6 semanas de vida. Estos niños son seguidos en las consultas de pediatría del IPK para determinar si están infectados o no por el VIH, además se les atiende cualquier patología que puedan presentar.

RESULTADOS: Desde el 1ero de Enero de 1986 al 26 de Marzo del 2003 han parido el 12,3% de las mujeres seropositivas reportadas en el país (120 / 974), hay 5 madres que han parido en dos ocasiones

De estos 125 niños nacidos de madres seropositivas al VIH, 14 niños resultaron seropositivos, 13 han desarrollado el SIDA (10,4%) 7 están con tratamiento antirretroviral, 1 asintomático, y han fallecido 6 por esta causa Actualmente hay 75 niños negativos al VIH (60,0%) demostrado por PCR WB y 36 niños que aún se encuentran en estudio (28,8%).. Además hay 16 casos, 2 por transfusión de sangre, 1 ya fallecido, 2 casos por hemofilia A severa, por transfusión de crioprecipitado que también están con tratamiento antirretroviral, así como 12 adolescentes que lo adquirieron por vía sexual, que hacen un total de 30 niños VIH/SIDA en el país.

CONCLUSIONES: De acuerdo a los factores presentados aquí podemos considerar que el programa de control y prevención establecido en el país ha sido efectivo, pues el número de niños infectados permanece bajo cuando lo comparamos con otros países.

WB= Western-blot; PCR= Reacción en Cadena de la Polimerasa.

PROGRAMA
 OFICIAL

1i. CONTROL DE UN BROTE EPIDEMICO DE ENFERMEDAD MENINGOCOCICA POR N. MENINGITIDIS SEROGRUPO B.

Pírez MC; Picón T*; Galazka J*; Savio M *** Rubio I**;
Montano A**.; Ferrari AM.**.*
** Comité de Infectología de la S.U.P. ** Facultad de Medicina
*** Area Vigilancia Epidemiológica M.S.P.
Montevideo- Uruguay*

Introducción: En julio del año 2001, en el Uruguay, algunos eventos que alertaron sobre la posibilidad de un cambio en la evolución de la enfermedad invasiva meningocócica, EIM, por *Neisseria meningitidis* serogrupo B y señalaron la posibilidad del pasaje de la forma endémica a la forma epidémica de la enfermedad. El brote epidémico que ocurrió entre mayo y julio de 2001 en la ciudad de Santa Lucía con una tasa de incidencia de 30 casos/100.000 habitantes motivó una amplia discusión entre las autoridades sanitarias del país que culminó con la vacunación de la población de 4 a 19 años de esta ciudad y sus alrededores y que se extendió luego al resto del país. Se usó la vacuna antimeningocócica B-C desarrollada por el Instituto Finlay de Cuba .

Objetivo: Analizar los casos ocurridos de EIM después de la vacunación con vacuna antimeningocócica B-C en los departamentos de Canelones (443 053 habitantes), abril 2002- marzo 2003 , un año de observación post-vacunación , y en Montevideo (1.344.839 habitantes), agosto 2002-marzo 2003, ocho meses de observación post-vacunación.

Métodos: Se analizaron los casos de EIM ocurridos en los departamentos de Canelones y Montevideo y notificados al Área de Vigilancia Epidemiológica del MSP del Uruguay después de administrar la vacuna antimeningocócica B-C Se compararon con los casos ocurridos en los 2 años previos: períodos pre-brote epidémico, y brote epidémico. Las variables analizadas fueron: edad, forma clínica ,vacunación con vacuna antimeningocócica B-C, evolución clínica y serotipo y sero-subtipo de *N. meningitidis serogrupo B*

Resultados: a) Canelones: En el período pre-brote epidémico la incidencia fue de 1.5 casos /100.000 hab., y se duplicó en el brote epidémico a 3.4 /100.000 hab., en el período post-vacunal la incidencia fue de 1.8 /100.000 hab. La letalidad fue 27% en el período del brote epidémico, y 12,5%, en el post-vacunal. En el período epidémico hubo una incidencia de 7.4 casos /100.000 hab. en el grupo de 4 a 19 años, no hubo casos en ese grupo en el período post-vacunal. En el brote epidémico el grupo de 4 a 19 años tuvo 3 muertos, no ocurrieron muertes en el grupo etario vacunado. b) Montevideo: En el período pre-brote epidémico la incidencia de 1.4 casos/100.000 hab. y aumenta al doble, 4.6/100.000 hab. en el epidémico. En el período post-vacunal ocurrieron 9 casos, 0.7/100.000 hab, dos en pacientes vacunados. La letalidad fue de 5%, en el pre- brote epidémico, y de 10%, en el brote epidémico. No hubo muertes en los 8 meses después de la vacunación. En el período epidémico ocurrieron 15 casos en el grupo etario de 4 a 19 años, disminuyó a 4 casos después de la vacunación. En los 2 primeros períodos predominó la cepa B4,7 P1.19,15 que desapareció en el período post-vacunal. En el período epidémico ocurrieron 15 casos en el grupo etario de 4 a 19 años, disminuyó a 4 casos después de la vacunación.

Discusión: La incidencia de la enfermedad después de la campaña de vacunación se situó en los valores previos al año 2001, a expensas de la ausencia de los casos en el grupo de 4 a 19 años, población objeto de la vacunación. Se destaca también la disminución de muertes por la cepa vacunal

Conclusión: La vacunación con la vacuna anti-meningocócica B-C fue útil para el control del brote epidémico del año 2001. Logró reducir la incidencia y los casos fatales en el grupo etario donde predominaban .

PROGRAMA
OFICIAL

5i. NIVELES DE ANTITOXINA TETANICA Y DIFTERICA EN RECIEN NACIDOS DE CIUDAD DE LA HABANA.

*R Ochoa Azze, JC Martínez Rodríguez,
 X Ferriol Marchena, E Estrada González, F Sotolongo Padrón.
 Instituto Finlay. DACTA. Ave 27 No. 19805. La Lisa,
 Ciudad de La Habana. Cuba. AP 16017. CP 11600.*

Introducción: Más de 500 000 recién nacidos de los países en desarrollo todavía mueren de tétanos neonatal. Las embarazadas cubanas son inmunizadas con toxoide tetánico para su prevención.

Objetivos: Cuantificar los niveles de antitoxina tetánica y diftérica en muestras de cordón umbilical empleando ELISAs que correlacionan con las pruebas de neutralización *in vivo*.

Material y Métodos: 311 recién nacidos se seleccionaron aleatoriamente en Ciudad de La Habana, después que sus padres dieran el consentimiento informado por escrito. Las muestras de suero fueron tomadas durante el procedimiento de corte del cordón umbilical. ELISAs indirectos fueron empleados para la cuantificación de antitoxina tetánica y diftérica. Se calcularon los Títulos Medios Geométricos (TMG) y los Intervalos de Confianza al 95 % (IC 95 %) y los resultados se clasificaron según el nivel de antitoxina: < 0.01 UI/mL no protectores, entre 0.01-0.09 UI/mL protección no confiable, entre 0.1-0.9 UI/mL protección confiable, y > 1.0 UI/mL protección de larga duración.

Resultados: Se detectó una inmunidad contra la difteria confiable en el 48.88 % de las muestras, sólo cuatro recién nacidos presentaron protección de larga duración. El TMG fue 0.088 UI/mL y el IC 95 % abarcó de 0.079 - 0.099 UI/mL. Los niveles de antitoxina tetánica fueron excelentes. Todos los recién nacidos se encontraban protegidos, un 87.78 % presentaron niveles de antitoxina tetánica de larga duración. El TMG fue 4.16 UI/mL y el IC 95 % de 3.65 - 4.74 UI/mL.

Conclusiones: El programa cubano de inmunización para la prevención del tétanos neonatal es apropiado. Se detectó susceptibilidad a la difteria en los recién nacidos.

PROGRAMA
 OFICIAL

6i. PERSISTENCIA DE ANTITOXINA TETÁNICA Y DIFTERIA EN PREESCOLARES CUBANOS.

*R Ochoa Azze, JC Martínez Rodríguez, X Ferriol Marchena,
E Estrada González, F Sotolongo Padrón.
Instituto Finlay. DACTA. Ave 27 No. 19805. La Lisa,
Ciudad de La Habana. Cuba. AP 16017. CP 11600.*

Introducción: El tétanos es la tercera causa de muerte entre las enfermedades prevenibles por vacunas. La difteria todavía azota los niños del tercer mundo y ha reemergido en adultos no inmunes.

Objetivos: Detectar los niveles de antitoxina tetánica y diftérica en preescolares cubanos.

Material y Métodos: Se tomó una muestra significativa de todos los municipios de Cuba. Se calculó un tamaño muestral de 1152 niños entre 1 y 5 años de edad, asumiendo una seroprevalencia de antitoxina del 80 %, una confiabilidad del 95 %, precisión del 5 % y se tuvo en cuenta la estratificación por edad y las pérdidas del estudio. Los niños fueron aleatoriamente seleccionados después que los padres dieran el consentimiento informado. Las muestras de suero fueron evaluadas por ELISA. Los Títulos Medios Geométricos (TMG) y los Intervalos de Confianza al 95 % (IC 95 %) fueron calculados. Los resultados se clasificaron según el nivel de antitoxina: < 0.01 UI/mL no protectores, entre 0.01-0.09 UI/mL protección no confiable, entre 0.1-0.9 UI/mL protección confiable, y > 1.0 UI/mL protección de larga duración.

Resultados: Se estudiaron 1356 preescolares. Todos los niños presentaban niveles de antitoxina tetánica protectores, de los cuales, el 64.8 % con valores correspondientes a protección de larga duración. Niveles no protectores de antitoxina diftérica se detectaron sólo en el 0.5 % de los niños estudiados. Inmunidad antidiftérica confiable y de larga duración en el 82.4 % de las muestras. La respuesta inmune máxima se alcanzó como era esperado a los dos años de edad, al culminar el esquema básico de inmunización, el TMG de antitoxina tetánica a esta edad fue 3.15 UI/mL (2.52-3.53 UI/mL) y el de antitoxina diftérica fue 0.913 UI/mL (0.79-1.05 UI/mL).

Conclusiones: Los niveles de antitoxina en preescolares cubanos son adecuados para la prevención del tétanos y la difteria.

PROGRAMA
OFICIAL

7i. SEGURIDAD E INMUNOGENICIDAD DE UNA NUEVA VACUNA DE POLISACÁRIDO VI DE SALMONELLA TYPHI EN ESCOLARES CUBANOS.

R Ochoa Azze, JC Martínez Rodríguez, J Menéndez Hernández, I Baró Suárez, M Ginebra Iniesta, X Ferriol Marchena, V Rodríguez Alfonso, M Mirabal Sosa, M Armesto del Río, F Sotolongo Padrón. Instituto Finlay. DACTA. Ave 27 No. 19805. La Lisa, Ciudad de La Habana. Cuba. AP 16017. CP 11600.

Introducción: La fiebre tifoidea es aún un problema serio de salud en muchos países en desarrollo, a pesar de la existencia de vacunas seguras e inmunogénicas basadas en el polisacárido Vi de *Salmonella Typhi*.

Objetivos: Evaluar en escolares cubanos la seguridad e inmunogenicidad de vax-TyViã, nueva vacuna de polisacárido Vi de *Salmonella Typhi* desarrollada en el Instituto Finlay.

Material y Métodos: Se realizó un estudio aleatorizado, controlado, a doble ciego en niños cubanos entre 9 y 13 años de edad. Se estimó un tamaño muestral de al menos 300 niños, el que fue aumentado para compensar las bajas. Los niños fueron distribuidos aleatoriamente en 3 grupos; inmunizados respectivamente con una dosis única de vax-TyViã, TYPHIM Vi™ (Pasteur Mérieux), o toxoide tetánico. Se tomaron muestras de suero antes y 21 días después de la inmunización para evaluar por ELISA la presencia de anticuerpos contra el polisacárido Vi. Se calcularon los Títulos Medios Geométricos (TMG), los Intervalos de Confianza al 95 % (IC 95 %) y la seroconversión (T1/T0³ 4). La reactogenicidad se evaluó por vigilancia activa los primeros 7 días.

Resultados: La reactogenicidad de ambas vacunas polisacáridicas fue baja. Los grupos conformados con los 335 niños evaluados presentaron una inmunidad prevacunal homogénea. Los TMG de anticuerpos contra el polisacárido Vi inducidos después de la vacunación con vax-TyViã y TYPHIM Vi™ fueron respectivamente de 4.18 U/mL y 3.98 U/mL, con un IC 95 % de 3.60 – 4.92 U/mL y 3.34 – 4.73 U/mL. La seroconversión alcanzada fue de 85.61 % con vax-TyViã y de 78.36 % para TYPHIM Vi™. En contraste, la seroconversión con vax-TETã fue 0 %. No se detectaron diferencias entre los niveles de seroprotección entre ambas vacunas polisacáridicas.

Conclusiones: La inmunogenicidad de vax-TyViã en escolares cubanos no fue inferior a la de TYPHIM Vi™ y su reactogenicidad resultó similar.

PROGRAMA
 OFICIAL

84. DESARROLLO DE VACUNAS QUE PREVIENEN ALGUNAS ENFERMEDADES QUE AFECTAN AL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

IE Cuevas, J. Hernández, R. Montero, S. Beoto, V. Casanueva, A. Hernández, G. Alfalla, Ch. Fernández
Instituto Finlay, Centro de Investigación
Producción de Vacunas y Sueros. La Habana, Cuba.

Introducción: Las enfermedades del Sistema Nervioso Central (SNC) se clasifican de acuerdo a su origen en primarias y secundarias. En lo que se refiere a las iniciales éstas pueden ser: infecciosas, tóxicas, hereditarias, congénitas, tumorales, metabólicas y sistémicas. Las infecciosas pueden ser provocadas por bacterias, virus, hongos, parásitos, entre otros microorganismos. Dentro de estas enfermedades se encuentran: meningitis bacteriana y vírica, el tétanos, leptospirosis, poliometritis, rabia, priones, etc¹. El Instituto Finlay ha desarrollado vacunas contra enfermedades, que tienen una incidencia directa o indirecta sobre el SNC, destacándose la primera y única vacuna contra la meningitis por meningococo B (**VA-MENGOC-BC[®]**) Además, trabaja en líneas priorizadas como el desarrollo de una vacuna contra la enfermedad de Alzheimer, y otras infecciosas tales como la Tuberculosis, Leishmania, Estreptococos, etc; que pueden afectar el SNC.

Objetivos: El objetivo fundamental de este trabajo es demostrar la incidencia de la aplicación de las vacunas desarrolladas en esta institución (como son la vacuna contra la meningitis por meningococo, la leptospira el tétanos y la fiebre tifoidea); en la disminución de las estas enfermedades, cuyo efecto puede dejar secuelas neurológicas severas y hasta permanentes en los que sobreviven.

Diseño: Revisión de estudios descriptivos sobre el impacto sobre la morbilidad y la mortalidad de cuatro vacunas desarrolladas por el Instituto Finlay: la antimeningocócica contra el serogrupo B y C (**VA-MENGOC-BC[®]**), anatoxina tetánica (**vax-TET[®]**), la vacuna trivalente que contiene suspensión de células de *Leptospira interrogans* perteneciente a los serogrupos *Canicola serovar canicola*, *Icterohaemorrhagiae serovar copenhageni* y *Pomona serovar mozdok* (**vax-SPIRAL[®]**) y la vacuna de polisacárido capsular Vi purificado de *Salmonella typhi* (**vax-TyVi[®]**). Los datos obtenidos de estos experimentos fueron procesados utilizando Microsoft Excel/97.

Resultados: La aplicación de la vacuna antimeningocócica ha permitido una reducción en las tasas de morbilidad y mortalidad. De una tasa inicial en 1983 de 14.3 de morbilidad y 2.1 de mortalidad por cada 100 000 habitantes, se redujo a 2.4 y 0.7 en 1991 (a los dos años de aplicada masivamente la vacuna). Actualmente se encuentran las tasas en un 0.4 y 0.1 de morbilidad y mortalidad, respectivamente. En el caso de **VA-MENGOC-BC[®]** se ha aplicado además en Brasil, Colombia, Argentina, Uruguay, entre otros países.

Por su parte la vacuna contra la leptospirosis posibilitó una reducción en la tasa de morbilidad de 0.7 en 1994 a 0.3 en el 2002. La Leptospirosis puede provocar en el 10% de casos severos o mal diagnosticados encefalitis y meningitis. En el caso de la vacuna contra fiebre tifoidea la tasa de morbilidad de 1.0 en 1980 disminuyó a 0.2 en el 2001. La fiebre tifoidea en casos severos puede provocar disfunción cerebral. Finalmente, con respecto al tétanos desde 1996 la tasa de morbilidad y mortalidad está en 0, aunque se han producidos 2 casos aislados.

Conclusiones: La inmunización por de estas vacunas, disminuye la incidencia de enfermedades infecciosas y permite la reducción de secuelas neurológicas.

Referencias:

- 1.-Incidencia de algunas enfermedades de declaración obligatoria.1970-2001. Anuario. Ministerio Nacional de salud, 2002
- 2.-The epidemiological impact of meningococcal B vaccination in Cuba. Mem. Inst Oswaldo Cruz, Río de Janeiro. Vol. 94:, 1999

PROGRAMA
OFICIAL

85. EXPERIENCIAS EN EL USO DE VACUNA ANTIMENINGOCÓCICA CONTRA EL SEROGRUPO B Y C EN AMÉRICA LATINA: ACTUALIZACIÓN

*IE Cuevas, V Casanueva, J Hernández.
Gerencia Médica, Instituto Finlay, Centro de Investigación
Producción de Vacunas y Sueros. La Habana, Cuba.*

Introducción: La enfermedad invasiva causada por el serogrupo B se distribuye en países industrializados y en el hemisferio occidental y se presenta en forma endemo-epidémica en varias regiones y países en forma de epidemias lentas o hiperendemia. Allí causa al menos 500 mil casos y 50 000 muertes cada año.

La producción de secuelas permanentes (hasta 20 %), neurosensoriales, retraso mental, tróficas por necrosis y muerte a pocas horas de instaladas por lo que constituye un gran problema para la salud pública.

Objetivos: Mostrar las experiencias existentes en la inmunoprofilaxis de la enfermedad meningocócica contra el serogrupo B y C en Latinoamérica.

Diseño: Artículo de revisión de los estudios de fase III y los empleados durante el período de post-licenciamiento para evaluar el efecto de la intervención, basados en el comportamiento de la incidencia, la letalidad, los cambios de patrón en el comportamiento de la enfermedad meningocócica epidemiológicos de la enfermedad meningocócica y las notificaciones de eventos adversos postvacunales

Resultados: El estudio de eficacia fase III realizado entre 1987 y 1989 en estudiantes entre 10 y 14 años, determinó una eficacia del 83%.

La urgencia de la epidemia determina se priorice la vacunación por los menores de 6 años en todas las provincias, hasta inmunizar, escalonadamente toda la población cubana menor de 25 años.

En Cuba, con la estrategia utilizada (campañas y vacunación programada) la enfermedad meningocócica se mantiene controlada con una tasa general con valores pre-epidémicos desde hace años.

En 1989 se inicia la vacunación en forma de campañas en 8 estados de Brasil.

En 1991 Colombia comienza a utilizar la vacuna en campaña pública para niños menores de 5 años en Antioquia y en la red privada, así como en Uruguay y Paraguay.

En Río de Janeiro se vacunaron en campaña masiva 3 millones de niños entre 6 meses y 14 años, que se extendió hasta 1995. Luego de vacunados diversos territorios, el Comité Regional de Medicina señaló que la tasa de la enfermedad disminuyó en un 50%.»

En 1994 se inicia su uso en Argentina; en Colombia se evalúa la cohorte de Itaguí vacunada 4 años antes, obteniéndose una efectividad superior al 95%.

En 1996 se realizan campañas en municipios de Río Grande del Sur y del Norte (Brasil) y se lanza la vacuna en República Dominicana.

En 1997 la vacuna es utilizada en Siria, se realizan campañas en Río Grande del Sur, Amazonas y en Cabo de Agostino (Pernambuco).

Entre 1989-1999 se han realizado 20 campañas de vacunación en 13 estados de Brasil con cerca de 25 millones de dosis aplicadas.

En 2001 se inicia uso en forma de campaña en Uruguay en niños y adolescentes, hasta 19 años, aplicando 1 millón 200 mil dosis en Santa Lucía, Canelones y otros departamentos.

Conclusiones: Las características de esta enfermedad, hacen que la prevención sea la medida de excelencia para reducir el impacto de ella.

La vacuna se ha utilizado masivamente (aplicación de más de 50 millones de dosis) durante 15 años, a partir de 1987, sin reportarse eventos adversos irreversibles ó mortales. Los resultados de efectividad obtenidos en la etapa de post-licenciamiento son mayoritariamente satisfactorios para la vacuna cuando se han evaluado campañas masivas. La vacuna antimeningocócica cubana ha demostrado ser la única vacuna segura, eficaz y efectiva contra el meningococo B.

PROGRAMA
OFICIAL

2i. PORTADORES DE NEISSERIA MENINGITIDIS EN NIÑOS DE UN CÍRCULO INFANTIL

Martínez I, Alvarez N, Sotolongo F, Zamora L, Nuñez N, Izquierdo L, Climent J
Dirección de Asistencia Científico Técnica Aplicada (DACTA),
Instituto Finlay. La Habana, Cuba

Introducción: La flora bacteriana del TRS humano es variable, las bacterias se adquieren, eliminan y reaparecen en diversas etapas. En niños de Círculos Infantiles son frecuentes las infecciones respiratorias agudas bacterianas (IRAB) por existir un contacto estrecho entre ellos. En Cuba la incidencia de la enfermedad meningocócica es muy baja, debido a la inmunización con la vacuna Va-Mengoc-BC, pero resulta de interés las investigaciones para detectar la prevalencia y características de las cepas aisladas en grupos de riesgo. Por ser escasos en Cuba los estudios de portadores y sus posibles factores de riesgo durante un período no – epidémico, nos propusimos investigar la situación existente en un Círculo Infantil de Ciudad de La Habana.

Objetivos: Determinar la prevalencia de portadores de *N. meningitidis* en niños de un círculo infantil, identificar los diferentes marcadores fenotípicos (serogrupo, sero/subtipos e inmunotipos) y susceptibilidad a la penicilina en las cepas de meningococo detectadas, así como, establecer la relación existente entre el portador y los factores de riesgo investigados.

Diseño: El estudio se realizó en el Círculo Infantil "Canto a la Esperanza", de Ciudad de La Habana, fue aprobado por la Comisión de Etica, Comisión Provincial de Educación, Ministerio de Salud Pública y el consentimiento informado de padres o tutores. De 203 niños, 160 (8 meses a 6 años de edad), cumplieron los requisitos establecidos. Se realizó una encuesta para detectar posibles factores de riesgo asociados al portador (edad, sexo, hacinamiento, fumadores en el ámbito familiar, amigdalectomía, vacunación, flora bacteriana asociada y otros). Se tomó exudado de la nasofaringe posterior en mayo y junio del 2001. Este, se sembró e incubó en: Agar Mueller Hinton + suero fetal bovino al 5 % + inhibidor VCN (para *N. meningitidis* y otras *Neisserias*), Agar Mueller Hinton + sangre de carnero desfibrinada al 5 % (otros patógenos) y Agar Infusión Cerebro Corazón con Hemina, NAD y Bacitracina (para *Haemophilus* sp). La identificación de *N. meningitidis*, *N. lactamica*, *M. catarrhalis*, *Haemophilus* sp) se realizó por *api*NH. Para el resto se emplearon los métodos convencionales. En *N. meningitidis* se realizó la seroagrupación, clasificación de sero/subtipos/inmunotipos por ELISA de células enteras con AcM y la susceptibilidad a penicilina (PEN) se hizo por el método de dilución en agar.

Resultados: El porcentaje de portadores fue del 4.3 %, no detectándose significación estadística entre éstos y los factores de riesgo investigados. Sin embargo, 71.4 % fueron niños de 4 años y 85.7 % del sexo masculino. El 71.5 % de las cepas de meningococo fueron NA:NT:P1.6:L3,7,9 y el 85.7 % resultó moderadamente resistente a PEN (CMI 0.12-1 mg/ml). Hubo un porcentaje alto de portadores de *Haemophilus* sp (92.5 %), *S. pneumoniae* (77.5 %), *N. lactamica* (47.5 %) y otros.

Conclusiones: El porcentaje de portadores de *N. meningitidis* estuvo dentro de los límites descritos en la literatura para este grupo de edades, predominaron las cepas NA:NT:P1.6:L3,7,9 y hubo un elevado porcentaje de cepas de *N. meningitidis* con susceptibilidad intermedia a PEN. Sin embargo, no se detectó significación estadística entre los portadores y los factores de riesgo investigados. Hubo un porcentaje elevado de portadores de *Haemophilus* sp., *S. pneumoniae* y *N. lactamica*.

PROGRAMA
OFICIAL

3i. PORTADORES DE NEISSERIA MENINGITIDIS EN UNA ESCUELA PRIMARIA

Martínez I, López O, Sotolongo F, Zamora L, Bencomo A, Gutiérrez M, Climent J, Mirabal M
 Dirección de Asistencia Científica Aplicada (DACTA),
 Instituto Finlay. La Habana, Cuba

Introducción: La importancia del portador de *N. meningitidis* y su relación con la enfermedad meningocócica (EM) se reconoce desde hace muchos años. Se señalan factores de riesgo que favorecen la colonización de la nasofaringe por *N. meningitidis*, entre éstos se reportan: edad, sexo, hábito de fumar, flora bacteriana acompañante, amigdalectomía, hacinamiento, infección respiratoria aguda (IRA), alcoholismo y otros. Por encontrarnos en un período no epidémico y ser escasos en nuestro país los estudios de portadores entre la población escolar, nos propusimos detectar en niños de una Escuela Primaria de Ciudad de La Habana, la prevalencia de portadores de *N. meningitidis* y su posible asociación con diferentes factores de riesgo investigados.

Objetivos: Conocer la prevalencia de portadores de *N. meningitidis* y otras bacterias potencialmente patógenas en la nasofaringe en niños de 5 -12 años de edad de la Escuela "Mártires del Corintia" de Ciudad de La Habana, caracterizar las cepas aisladas y relacionar el estado de portador con los posibles factores de riesgo investigados.

Diseño: Previo a su realización, se obtuvo la aprobación por parte del Ministerio de Educación, Ministerio de Salud Pública y el consentimiento informado de padres o tutores. El estudio se realizó en niños de 5-12 años de edad, pertenecientes a la "Escuela Mártires del Corintia". De una matrícula de 380 niños, 318 cumplieron con los requisitos establecidos. En todos, se realizó una encuesta donde se indagó sobre los aspectos de la investigación y diferentes factores de riesgo. Se realizó exudado de la nasofaringe posterior, éste se sembró en medio de Agar Thayer Martín y Agar Sangre con 5 % de sangre de carnero desfibrada y se incubó a 37°C con 5 % de CO₂. Además, se tomó una muestra de saliva, la que se inactivó a 56°C y centrifugó a 3400 r.p.m. por 10 minutos, conservando el sobrenadante a -70° hasta su procesamiento. La identificación de los microorganismos aislados se realizó por métodos convencionales. *N. meningitidis* se clasificó en sero/subtipos e inmunotipos por ELISA de células enteras con AcMs y para la detección del estado secretor de antígenos de grupo sanguíneo ABH en la saliva, se empleó la técnica de inhibición de la hemaglutinación.

Resultados: Se detectó un 6,9 % de portadores de *N. meningitidis* y entre éstos el porcentaje fue mayor en los niños de 11 año, mostrando significación estadística la asociación de *N. meningitidis* con tres de los factores de riesgo detectados: edad ($p=0,024$), antecedente de IRA reciente ($p=0,01847$) y la presencia de *N. lactamica* y *S. pneumoniae*. El 90,9 % de las cepas de meningococo fueron no agrupables (NA) y entre ellas predominó el fenotipo NA:NT:P1.NST:L3,7,9. Se encontraron varias asociaciones fenotípicas y otros microorganismos potencialmente patógenos colonizando la nasofaringe de los niños. No hubo asociación significativa entre el portador de *N. meningitidis* y el estado secretor de antígenos ABH.

Conclusiones: El número de portadores mostró cifras similares a las descritas en la literatura para este grupo, predominaron las cepas NA:NT:P1.NST:L3,7,9. La edad, el antecedente de IRA y la presencia de *S. pneumoniae* y *N. lactamica*, se asociaron de forma estadísticamente significativa al portador.

PROGRAMA
 OFICIAL

46i. ENFERMEDAD DE KAWASAKI EN UN LACTANTE DE DOS MESES

B Amorín, M García, L Martínez

Servicio de Pediatría. Hospital Escuela del Litoral. Paysandú. Uruguay

Introducción: La enfermedad de Kawasaki es un síndrome vasculítico multisistémico, febril, agudo, autolimitado, de etiología incierta, que se manifiesta en niños pequeños; es poco frecuente en mayores de ocho años y en menores de tres meses. Se caracteriza por una arteritis necrotizante que afecta a pequeñas y medianas arterias. La vasculitis se debería a una respuesta inmunológica potente, desencadenada por un "superantígeno" que lleva a la producción de factores inflamatorios y autoanticuerpos. La morbimortalidad de la enfermedad se vincula con la afectación coronaria presente en 20-25 % de los pacientes no tratados. El diagnóstico es clínico; se basa en los criterios difundidos en 1967 por el Dr. Kawasaki: fiebre de cinco días o más de evolución más cuatro de los siguientes criterios: conjuntivitis sin exudado, alteraciones en la mucosa oral, erupción generalizada polimorfa, eritema e induración palmar y plantar con descamación posterior, adenopatía cervical solitaria mayor de 1.5 cm de diámetro y enfermedad no explicada por otro proceso patológico.

Objetivo: Presentación de un caso clínico de Enfermedad de Kawasaki en un lactante de dos meses.

Historia clínica: Lactante de 2 meses y 17 días, sexo femenino, raza blanca, procedente de Paysandú. Comienza dos días antes del ingreso con fiebre hasta 39 ° axilar, rinitis y tos catarral. A las 24 hs agrega erupción cutánea, irritabilidad y rechazo del alimento. En el examen físico: se destaca, gran irritabilidad, febril, erupción maculopapulosa eritematosa, generalizada, confluyente, con tinte amarillento. Abdomen: borde inferior hepático 4 cm del reborde costal. Resto del examen normal. Paraclínica: Hemograma: 28300 leucocitos/mm³, 72 % neutrófilos, 3% cayados, Hemoglobina 8.8 g% plaquetas: 548000/mm³ Proteína C Reactiva: 192 mg%. Aspartatoaminotransferasa: 78 u/l, gammaglutamiltranspeptidasa 222 u/l, Bilirrubina total 4.71 mg% predominio directa. Tiempo de protrombina 65 %. Radiografía de tórax normal. Líquido cefaloraquídeo normal, cultivo estéril. Hemocultivo estéril. Antígenos virales en exudado nasofaríngeo negativo. Ecografía abdominal: hepatomegalia, vesícula dilatada. Con el planteo de probable sepsis, se inicia tratamiento con Ceftriaxona intravenosa. Al cuarto día de evolución agrega: fisuras de labios y sangrado de la mucosa oral, deposiciones líquidas, induración y eritema de palmas y plantas; al quinto día: eritema conjuntival sin exudado; al sexto día: adenomegalia cervical de 2 cm de diámetro, desde el séptimo día descamación de palmas y plantas. Con el diagnóstico de Enfermedad de Kawasaki, se realiza tratamiento con gammaglobulina intravenosa 2 gr/kg una dosis y ácido acetil salicílico vía oral durante 8 semanas. Ecocardiograma al mes y a los seis meses sin alteraciones coronarias.

Conclusiones: Es importante pensar en el diagnóstico de Enfermedad de Kawasaki ante un lactante con un exantema febril. Se debe tener presente que en los menores de un año esta enfermedad se puede presentar en forma atípica, sin cumplir todos los criterios clínicos mencionados, y frente a la duda, se debe tratar como tal, ya que está demostrado que con un tratamiento precoz, la incidencia de afectación coronaria disminuye significativamente hasta 3-5%.

PROGRAMA
OFICIAL

89. ALERGIA E INFECCIÓN. MEJORA DE LA SINTOMATOLOGÍA ALÉRGICA DURANTE LOS PROCESOS INFECCIOSOS.

Bodas A., Barata H., Axenfeld J., Cedrato A.

Los especialistas en el tratamiento de enfermedades alérgicas y autoinmunidad observamos en los últimos años un fenómeno que en principio era paradójico, pero a la luz de los recientes conocimientos en la modulación del sistema inmune, aparece como absolutamente lógico. Nuestras observaciones fueron las siguientes:

- 1) La reducción de las infecciones durante la infancia aumenta la patología alérgica en el adulto.
- 2) Los pacientes con algún tipo de inmunodeficiencia, sobre todo de IgA, sufren un mayor número de procesos infecciosos, mejorando simultáneamente su sintomatología alérgica, situación que se revierte al controlarse el cuadro viral o bacteriano.
- 3) Los trabajadores afectados a tareas de limpieza o recolección de residuos tienen menos atopía que los trabajadores de oficina.
- 4) Pacientes con sintomatología alérgica manifiesta (asma, rinitis etc.), aún con altos niveles de IgE, tienen una notoria mejoría durante el curso de procesos infecciosos (donde se produce una inmunodeficiencia transitoria) a pesar de producirse un aumento, también transitorio de intermediarios proinflamatorios. Una vez controlado éste se vuelve al cuadro original.

En esta presentación tratamos de explicar el posible mecanismo de éstos fenómenos a través de un desplazamiento hacia la vía TH1 de la activación linfocitaria, con la consiguiente depresión de la vía TH2, responsable de la enfermedad alérgica.

82. ENFERMEDAD DE WEIL (LEPTOSPIROSIS): UN PROBLEMA DE SALUD EMERGENTE PARA AMÉRICA LATINA.

*IE Cuevas, V Casanueva, J Hernández
 Gerencia Médica, Instituto Finlay, Centro de Investigación
 Producción de Vacunas y Sueros. La Habana, Cuba.*

Introducción: Hasta hace pocos años la leptospirosis se consideraba un problema de salud animal. El brote de Achuapa (1995) y el Mitch (1998) la convirtió en objeto de atención en humanos de América Latina, sin embargo, hasta hoy, no hay un sistema de información estandarizado para toda la región que permita obtener datos consistentes para comparación entre países.

Objetivos: Mostrar las características de la enfermedad en Latinoamérica y la posibilidad de inmunoprofilaxis de la población de riesgo.

Diseño: Revisión de estudios descriptivos sobre la enfermedad.

Resultados: La emergencia de enfermedades transmisibles no conocidas con anterioridad, puede explicarse en el deterioro de las condiciones sociales de la gente, y son consecuencia de inundaciones, falta de saneamiento y condiciones de deterioro ambiental que afectan a poblaciones de menores recursos socio-económicos.

Su reconocimiento depende de la capacidad diagnóstica de los países, la accesibilidad de la atención médica y la experiencia de los sistemas de vigilancia epidemiológica y epizootiología. En Colombia los serovares más frecuentes son pomona, canicola e icterohaemorrhagiae. En Brasil (Rio de Janeiro y Salvador de Bahía) los serovares más frecuentes son icterohaemorrhagiae, canicola y pomona.

En República Dominicana son los serovares más frecuentes son icterohaemorrhagiae, canicola y pomona. En Barbados los serovares más frecuentes son autumnalis, icterohaemorrhagiae y ballum. En Cuba hubo una epidemia que iniciada en la de cada de los años noventa estuvo predominada por esos mismos serogrupos debido a factores de riesgo laborales y mayor acceso a la actividad agrícola.

La obtención de una vacuna contra esos serogrupos posibilitó el control de la enfermedad.

Conclusiones: La adecuada caracterización de la población vulnerable es necesaria para cualquier enfoque de salud pública. La experiencia en la prevención de la enfermedad mediante la inmunoprofilaxis en Cuba puede ser útil para los países de la región.

PROGRAMA
 OFICIAL

83. FIEBRE TIFOIDEA: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS EN LA REGIÓN DE LATINOAMÉRICA.

*IE Cuevas, V Casanueva, J Hernández
Gerencia Médica, Instituto Finlay, Centro de Investigación-
Producción de Vacunas y Sueros. La Habana, Cuba.*

Introducción: La salmonella typhi, agente de la fiebre tifoidea, se adquiere al ingerir alimentos o agua contaminada (mayor riesgo). Provoca una infección del tracto gastrointestinal y luego una afección sistémica (fiebre enteral), sin dejar inmunidad suficiente para enfrentar nuevas infecciones.

Hasta 1995, Argentina, Bolivia, Perú, Nicaragua y Guatemala, así como Uruguay y Paraguay estaban entre los países con menos del 70% de acceso al agua potable. La constante migración hacia las periferias de las ciudades, puede haber empeorado este problema.

Objetivos: Mostrar las características de la enfermedad en Latinoamérica y la posibilidad de inmunoprofilaxis de la población de riesgo.

Diseño: Revisión de estudios descriptivos sobre la enfermedad.

Resultados: Latinoamérica y el Caribe, se hallan en un área de endemicidad intermedia, con una morbilidad 150 casos por 100,000 habitantes anualmente y 10 000 fallecimientos anuales, donde la morbilidad en menores de cinco años tiene la característica de infección enteral y diarreas. Los costos médicos estimados asociados al manejo de los casos varían entre U\$D 2 500-4 500 por caso, por lo que se le considera como un sustancial problema de salud pública en Sudamérica.

Los riesgos individuales para nuestra región son: zonas de nueva urbanización; uso de agua contaminada; alimentos enlatados con uso de agua de dudosa calidad; a emergencia de cepas resistentes a los antibióticos habituales ha complicado el abordaje de los casos clínicos y los portadores.

En Cuba la fiebre tifoidea no es un problema de salud, debido a la inversión realizada en provisión de agua potable.

El enfoque inmunoprofiláctico existente era proteger a los escolares con una vacuna de células enteras, administrada a partir del quinto grado.

La vigilancia postlicenciamiento de esa vacuna puso de manifiesto que era muy reactogénica y fue necesario discontinuar su uso, hasta obtener un producto más seguro.

La solución fue una vacuna basada en polisacárido capsular Vi, cuyos exámenes prelicenciamiento mostraron que no era inferior a la existente en el mercado producida por Aventis Pasteur, sin diferencias en cuanto a seguridad e inmunogenicidad.

Conclusiones: La Fiebre tifoidea es un sustancial problema de salud pública en países de la región. La situación de abasto de agua y la emergencia de cepas con resistencia múltiple aconseja un enfoque inmunoprofiláctico, para evitar los costos en salud y la mortalidad asociada. El uso de una vacuna como vaxTyVi en población en riesgo puede ser una alternativa costoefectiva.

PROGRAMA
OFICIAL

88. MENINGITIS A STREPTOCOCCUS PYOGENES COMPLICADA CON GLOMERULONEFRITIS DIFUSA AGUDA POSTINFECCIOSA. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

R Machado, T Sabat, G Algorta, J Vidal, W Pérez
 Servicio de Pediatría y Laboratorio. Hospital Británico. Montevideo. Uruguay.

Introducción: Desde 1980 se ha visto un incremento en la incidencia de las enfermedades invasivas por *Streptococcus pyogenes* (streptococo beta hemolítico del grupo A) (SGA). Sin embargo, la meningitis bacteriana aguda causada por este patógeno sigue siendo poco frecuente con muy pocos casos reportados. Se presenta el caso de un niño de 5 años previamente sano con meningitis aguda supurada (MEAS) a SGA que curó sin secuelas neurológicas complicándose con glomerulonefritis difusa aguda (GNDA) postinfecciosa.

Caso clínico: Preescolar de 5 años de sexo masculino, raza blanca, con antecedentes patológicos de celulitis periorbitaria a los 3 años. Padre cursando faringitis estreptocócica. Ingresó el 16/02/03 al Hospital Británico con fiebre de 41°C, vómitos, depresión neuropsíquica progresiva y rigidez de nuca. Cuarenta y ocho horas antes rinitis escasa y cefalea. Al examen: depresión neuropsíquica, Glasgow 10, apirético, taquicárdico bien perfundido. PA normal. Piel y mucosas sin elementos hemorrágicos. Rigidez de nuca. Sin signos neurológicos focales. Examen ORL normal. Hemograma: 20.000 glóbulos blancos, 75%PMN, 25%LMN, PCR 129 mg/L, LCR: proteínas 3g/L, glucosa 0,6g/L, al examen directo cocos Gram + en cadenas cortas, cultivo SGA. TAC de cráneo y senos faciales normal. Se inició ceftriaxona y vancomicina agregando penicilina y suspendiendo vancomicina luego de resultado de cultivo. Se estudió a los contactos con exudado faríngeo. Evolucionó favorablemente sin complicaciones neurológicas. Alta a los 13 días. A la semana del alta edemas de párpados y examen de orina con proteinuria y cilindros hialinos granulosos diagnosticándose GNDA postinfecciosa. RxTx normal, AELO 3200U, complemento C3: 79 (90-180) C4:11 (10-40), función renal normal. Se mantuvo PA en percentil 90 no requiriendo tratamiento. Evoluciona en forma favorable.

Discusión: Durante la era preantibiótica la MEAS a streptococo (sin diferenciar especie) constituía 10-20% de los casos de MEAS no tuberculosa con mortalidad >95%. Luego del descubrimiento de los antibióticos se han reportado pocos casos de MEAS a SGA constituyendo <0,2%. Es más frecuente en niños que en adultos, en estos hay en general una condición comorbida. En niños se encuentra un foco infeccioso a distancia en más del 50%. En nuestro paciente no se encontró ningún foco a distancia ni clínico ni radiológico. La mayoría de los pacientes son tratados con penicilina, en nuestro paciente se usó penicilina una vez conocido el cultivo. La mortalidad es del 13% similar a MEAS por *H. influenzae* tipo b. El porcentaje de secuelas neurológicas es 46% similar a MEAS por *Streptococcus pneumoniae*. No encontramos informes de otros pacientes con GNDA postinfecciosa como complicación alejada.

Conclusiones: LA MEAS a SGA es una enfermedad poco frecuente. Por su mortalidad y la alta frecuencia de complicaciones neurológicas graves el pediatra debe reconocerla e iniciar tratamiento adecuado oportunamente. *S.pyogenes* continua siendo sensible a penicilina.

PROGRAMA
 OFICIAL

4i. SUSCEPTIBILIDAD A LA PENICILINA DE CEPAS DE NEISSERIA MENINGITIDIS

*Martínez I, Alea V, Sotolongo F, Zamora L, Nuñez N
Instituto Finlay, Ave. 27 No. 19805, La Coronela, La Lisa, Habana, Cuba, CP 11600*

Introducción: La penicilina (PEN) constituye uno de los antimicrobianos de elección para el tratamiento de las infecciones por *N. meningitidis*. Sin embargo, en los últimos años se reportan en diversos países un aumento de los niveles de resistencia. Cuba fue afectada por una epidemia de enfermedad meningocócica (EM) en la década de los 80, la cual se inició en el año 1976, y dio origen en 1984 a las investigaciones encaminadas a obtener una vacuna contra esta enfermedad y conocer los principales marcadores epidemiológicos de las cepas circulantes, entre éstos, la susceptibilidad a los antimicrobianos utilizados para el tratamiento y profilaxis de la EM. Después de transcurrir 12 años de inmunización con VA-MENGOC-BCO, resulta de extraordinaria importancia conocer la susceptibilidad a la PEN de cepas de meningococo aisladas en la etapa epidémica y post – epidémica.

Objetivos: Determinar la susceptibilidad a la PEN de cepas de *N. meningitidis* aisladas en enfermos y portadores durante dos etapas (epidemia, post – epidemia), conocer las asociaciones fenotípicas más frecuentes de las cepas investigadas y comparar los resultados obtenidos en ambos grupos y etapas.

Diseño: El trabajo incluyó la susceptibilidad a la PEN de 283 cepas, 90 aisladas de enfermos y 193 de portadores. En todas se determinó la susceptibilidad a PEN por el método de dilución en agar, determinándose la concentración mínima inhibitoria (CMI) de acuerdo a las normas establecidas por el Comité Nacional de Normas para Laboratorios Clínicos (NCCLS). La identificación de los fenotipos se realizó por ELISA de células completas con AcM.

Resultados: El 84.27 % de las cepas resultó sensible (S) a la PEN, el 12.72 % mostró susceptibilidad disminuida (SD) y no hubo cepas resistentes (R). En la etapa epidémica, entre las cepas de enfermos, los porcentajes más altos de SD pertenecieron a los fenotipos B:15:P1.19,15:L3,7,9 (5.26 %) y B:4:P1.19,15:L3,7,9 (2.63 %). Entre las de portadores de esta misma etapa, hubo un 3.07 % con SD del fenotipo B:4:P1.19,15:L3,7,9. Sin embargo, entre éstos, en la etapa post – epidémica predominaron cepas NA:NT:NST:L3,7,9 (20.31 %) y en el 20.31 % de las cepas se detectó SD.

Conclusiones: Se obtuvieron cambios estadísticamente significativos al comparar los resultados de las cepas de portadores aisladas en la etapa epidémica y post – epidémica. También resultó significativo el comportamiento de las cepas de portadores frente a la PEN.

PROGRAMA
OFICIAL

48i. EFICACIA CLINICA DE LA PENICILINA VERSUS OTROS ANTIBIOTICOS EN EL TRATAMIENTO DE LAS NEUMONIAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD.

*JJ Marchena, V Díaz, M Pérez, E Pérez
Servicio de Infectología Pediátrica.*

Hospital Pediatrico Docente Universitario Centro Habana. Ciudad Habana. Cuba.

Introducción: Las neumonías se conocen desde la época de los griegos, ellos fueron los primeros en describirlas. Para los niños pequeños y lactantes, la causa más común de neumonía es la viral, cuando aparece la bacteria; *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Staphylococcus aureus* son los gérmenes más frecuentes.

Cuba ha demostrado disminución de las tasas de mortalidad en menores de 1 año por neumonía e influenza. En 1990 fue de 1,6 por 1000 nacidos vivos y 1998 fue de 0,4 por 1000 nacidos vivos con un 75% de reducción en estos años. Dentro de las principales causas de muerte en menores de 5 años la neumonía e influenza ocuparon el cuarto lugar en el año 1998.

La resistencia bacteriana ha complicado el tratamiento de las neumonías y otras enfermedades. Esto ha sido el tema de interés científico común en los últimos 10 años, a pesar de que este fenómeno se observa desde los años 40 del pasado siglo, en la descripción de cepas de *Staphylococcus aureus* productores de B-lactamasas, la comunidad científica ha sido testigo del advenimiento de nuevos antibióticos de diferentes clases. Cepas de agentes infecciosos inicialmente susceptibles a estas drogas, pronto se han vuelto resistentes, este fenómeno ha sido reportado en todos los países. De no tomarse medidas, pronto nos podemos ver en una situación a la era preantibiótica.

Los *Streptococcus pneumoniae* han sido monitoreados sistemáticamente en Cuba desde 1992. La resistencia a las penicilinas era de 7% en 1992, en 1998 llegó al 10,8%. La susceptibilidad intermedia fue del 32,1% en 1998. La proporción total de resistencia a la penicilina del 42,9%.

La mayoría de los estudios son referidos a la demostración in vitro del comportamiento del *Streptococcus pneumoniae* ante las penicilinas y otros antibióticos. Este trabajo se realizó para evaluar la efectividad clínica de la penicilina G en el tratamiento de las neumonías adquiridas en la comunidad en niños pequeños, comparando los resultados con la utilización de cefalosporinas de 1ra y 3ra generación. Además, demostrar que siguen siendo las penicilinas el antibiótico de elección en esta patología a pesar de la resistencia existente.

Objetivos: Comparar la efectividad de la Penicilina G con las cefalosporinas de 1ra y 3ra generación más usadas en nuestro medio en las neumonías adquiridas en la comunidad. Evaluar, por separado, la efectividad clínica de la Penicilina G, Cefazolina, Cefotaxima y Ceftriaxona, en las neumonías adquiridas en la comunidad en las primeras 72 horas de tratamiento.

Diseño: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal. El universo se conformó con todos los pacientes que ingresaron al servicio de Enfermedades Respiratorias, Unidad de Cuidados Intermedios Y Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Pediátrico Docente de Centro Habana, entre enero de 1997 y diciembre de 2001. La selección de la muestra se realizó siguiendo los siguientes criterios: niños de 2 meses a 4 años de edad, independientemente del sexo, con diagnóstico clínico, radiológico y humoral de neumonía adquirida en la comunidad (NAC). Se escogió este grupo de edad dado que existe más certeza de la NAC sea producida por *Streptococcus pneumoniae* aunque *Stafilococcus aureus* puede estar presente y también *Haemophilus influenzae*, este último cada vez con menos frecuencia gracias a la vacunación contra este germen. Diagnóstico clínico: planteamos que el paciente tuviera polipnea y/o tiraje acompañados de disminución del murmullo vesicular o presencia de estertores húmedos, aunque no tuviera fiebre. No antibióticoterapia previa en las últimas 2 semanas antes del ingreso.

PROGRAMA
OFICIAL

Resultados: La muestra quedo conformada por 468 pacientes, la mayoría entre 19 y 20 meses de edad, seguidos por los de 21 a 30 meses, con una edad promedio de 11,6, la mayor frecuencia de edad estuvo entre los 12 meses.

Con penicilina G se trataron 130 pacientes, con cefazolina y cefotaxima 120 respectivamente y 98 con ceftriaxona.

Comparativamente vemos que:

A las 24 horas: había desaparecido el tiraje en el 44,7% de los tratados con penicilina G, 44,2% de los tratados con cefazolina, 45% con cefotaxima y 45,9% con ceftriaxona. La polipnea había desaparecido en 18,5% de los tratados con penicilina G, 20% con cefazolina, 20% con cefotaxima y 19,3% con ceftriaxona. La fiebre desapareció en 7,6% de los y tratados con penicilina G, 9% con cefazolina, 7,55% con cefotaxima y 8,1% con ceftriaxona.

A las 48 horas: el 80% de los tratados con penicilina G no tenían tiraje, 78,4% con cefazolina, 80,8% con cefotaxime y 81,6% con ceftriaxona. Desapareció la polipnea en 45,4% de los tratados con penicilina G, 43,3% con cefazolina, 43,3% con cefotaxima y 42,8% con ceftriaxona. La fiebre disminuyo en 37,6% de los tratados con penicilina G, 39,8% con cefazolina, 39,3% con cefotaxima y 38,7% con ceftriaxona.

A las 72 horas: no había tiraje en el 95,4% de los tratados con penicilina G, 95,1% con cefazolina, 99,1% con cefotaxima y 100% con ceftriaxona. No se constato polipnea en 83,9% de los que llevaron tratamiento con penicilina G, 87,5% con cefazolina, 89,1% con cefotaxima y 87,8% con ceftriaxona. Desapareció la fiebre en el 87,6% de los pacientes en los que se uso la penicilina G, 92,3% de los tratados con cefazolina, 90,9% con cefotaxima y 89,7% con ceftriaxona.

Con una confiabilidad del 95% ($p=0,0711$ y chi-square de 7,023), se concluye que no hay diferencias significativas en el resultado del tratamiento con los 4 antibióticos.

Conclusiones: La penicilina G es tan efectiva como la cefazolina, cefotaxima y ceftriaxona en el tratamiento de las NAC. La penicilina G, cefazolina, cefotaxima y ceftriaxona, son muy efectivas en el tratamiento de las NAC, a pesar de los niveles de resistencia de nuestro país.

PROGRAMA
OFICIAL

42i. TENDENCIAS DE LA TUBERCULOSIS INFANTIL EN CUBA, 1983–1999.

J D'fana, E Gonzáles, L Armas.

Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri". Ciudad de la Habana. Cuba.

Introducción: En la última década se ha observado una re emergencia de la tuberculosis a escala mundial, inclusive en la población pediátrica. En Cuba la tuberculosis infantil, antes del año 1959 constituía un grave problema de salud.

Objetivo: Describir la distribución y tendencia de las tasas de notificación de casos de la tuberculosis, en menores de 15 años, de Cuba, por provincias y grupos de edades, 1983 -1999.

Metodología: Se estimó la distribución porcentual y el porcentaje de variación total de las tasas para todo el periodo y de 1983-1994 y 1995-1999. La serie temporal fue analizada mediante la simple inspección, los semipromedios y promedios móviles.

Resultados: De 1983 a 1999 la tasa de notificación de casos de tuberculosis infantil, en Cuba, ascendió de 9 casos y una tasa de 0.31 por 10⁵ habitantes a 18 casos y una tasa de 0.73 por 10⁵ habitantes (incremento anual promedio de 135%). En el periodo de 1983 a 1994 las tasas ascendieron en 141%. Tomando en cuenta que en 1995 se realizó un fortalecimiento del programa de control, de 1995 a 1999 las tasas descendieron en 31.1%. Las provincias que mayores porcentajes de distribución presentaron en todo el periodo fueron: Ciudad de la Habana (22%), Santiago de Cuba (12%), Villa Clara (11%), Matanzas (9%) y Holguín (7%). El grupo de 1 a 4 años y de 10 a 14 años presentaron los porcentajes más altos, con 238% y 98% respectivamente. No se notificaron formas graves de la tuberculosis.

Conclusiones: La tendencia de la tuberculosis infantil en Cuba es ligeramente ascendente en el periodo de 1983 a 1999, no constituyendo un problema de salud para nuestro país. El mayor número de casos se relaciona con la mayor densidad de población y con el mayor número de casos de TB en adultos. La enfermedad no es frecuente en menores de un año. Las altas coberturas de vacunación con BCG de más de 30 años en nuestro país, han permitido no desarrollar las formas graves de tuberculosis.

PROGRAMA
 OFICIAL

78. OSTEÍTIS POR BCG

*Dres. Alejandro Cuneo , María Julia Sarachaga, Miguel Karsaclian, Alvaro Galiana,
Walter Pedreira, Mario Schimchack.
CHLAyEP – Departamento de Traumatología del CHPR.*

Introducción. La vacuna con Bacilo Calmette-Guérin (BCG) es considerada una de las más seguras. Sus reacciones adversas más frecuentes son procesos inflamatorios o supurativos de los ganglios de los territorios superficiales adyacentes a la región deltoidea. La osteítis por BCG , en niños inmunocompetentes, es una complicación muy poco frecuente. Se presenta la experiencia uruguaya en esta entidad.

Objetivos: dar a conocer una patología poco frecuente que requiere tratamiento específico a fin de que sea tenida presente en toda lesión ósea que no evoluciona en los plazos habituales.

Material y método: se hizo un análisis retrospectivo, descriptivo de los pacientes que fueron tratados por esta patología. Para el diagnóstico se utilizaron los criterios de Fouchard y Hjelmstedt: 1) vacuna BCG al nacer; 2) lapso menor de 4 años entre la vacunación y la aparición de los síntomas y signos clínicos y radiológicos típicos; 3) no haber tenido contacto conocido con enfermos de TBC y 4) presencia de un granuloma caseoso en la anatomía patológica. Se incluyeron sólo niños menores de 2 años, sin patología inmunológica. Se analizaron los pacientes tratados entre 1995 y 2002.

Resultados: en el período 1996 – 2002 se trataron 4 pacientes portadores de osteítis. Todos cumplían con los criterios mencionados y fueron clasificados como tipo 2.6 de la clasificación de complicaciones provocadas por la vacuna BCG de la UICTER) . Todos fueron lactantes: 2 niños tenían 8 meses, uno tenía 9 meses y uno 11 meses, al inicio de la enfermedad al inicio de la enfermedad. Los 4 niños presentaron lesiones en los miembros. El inicio de la sintomatología apareció entre 7 y 11 meses luego del inicio de la vacunación. Tres fueron diagnosticados entre los años 1995 y 1996, uno en el año 2002. En todos la búsqueda de BK fue negativa. En todos los casos se realizó tratamiento con triple plan durante 7 meses. La evolución fue favorable tanto en lo anatómico como en lo funcional a largo plazo. Ninguno presenta secuelas.

Conclusiones: la osteítis por BCG es una complicación poco frecuente de la vacunación. El diagnóstico de esta complicación es fácilmente sospechable siguiendo los criterios de Fouchard. Se trata de un cuadro clínico en el que habitualmente los signos y síntomas no son muy significativos, lo que contrasta con la radiología, en la que las imágenes líticas son muy extensas y asocian una importante reacción perióstica. El tratamiento con triple plan antibiótico permite obtener un excelente resultado. Esta buena evolución sea confirmado en nuestro pacientes.

PROGRAMA
OFICIAL

61. TUBERCULOSIS OSEA EN NIÑOS.

*Sarachaga M.J.; Shimchack M.; Palma L.
 Comision Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevenibles –
 Centro Hospitalario Pereira Rossell.*

Introducción: La enfermedad ósea producida por Mycobacterium tuberculosis (BK) es poco frecuente en el momento actual. Se traen a discusión los casos comprobados en niños entre los años 1996 y 2002 en Uruguay, a efectos de poner de relieve la importancia de la misma, pese a su poca incidencia.

Objetivos: Comunicar la presencia de una localización poco habitual de la tuberculosis. Poner en alerta a pediatras y traumatólogos sobre la entidad y sus dificultades de diagnóstico.

Diseño: Se realizó un análisis retrospectivo y descriptivo de las historias de niños asistidos por localización ósea de la enfermedad tuberculosa. Se incluyeron sólo los pacientes en los cuales se confirmó la etiología por cultivo.

Resultados: se trataron 5 niños, con edades entre 9 y 7 años. 4 presentaron lesiones de miembros y una tuvo lesiones de malar y etmoides. Todos habían recibido BCG al nacer. No se comprobó compromiso pulmonar concomitante. En tres de los 4 pacientes con lesiones de miembros, la enfermedad se comportó como un tumor óseo que evolucionó a la supuración con persistencia de la úlcera. La 4ª se presentó como un tumor blanco de partes blandas. La niña con lesión de malar, se comportó al inicio como una sinusitis que fue drenada en múltiples oportunidades. En todos, las radiografías simples mostraron imágenes compatibles con osteomielitis. En 2 se realizó una centellografía ósea que mostró imágenes de hipercaptación, pero no fueron orientadoras. En el caso de la localización en huesos faciales se hicieron varias tomografías computarizadas que no permitieron sospechar el diagnóstico. Los 5 niños fueron tratados al inicio con antibióticos dirigidos a gérmenes inespecíficos. El diagnóstico se realizó entre 4 y 11 meses después de la aparición del primer síntoma. A todos se les realizó biopsia quirúrgica de la lesión y el patólogo informó la presencia de tuberculomas con necrosis central. En el cultivo en medio Löwenstein - Jensen crecieron bacilos de Kock. Todos fueron tratados según las Normas Nacionales para el Tratamiento de la Tuberculosis. No se comprobaron bacilos resistentes. Todos los pacientes eran inmunocompetentes. Los 5 niños evolucionaron bien, sin secuelas y con restitución ósea completa.

Conclusiones: la localización ósea del BK es poco frecuente. Sin embargo, en Uruguay en los últimos 6 años se han producido 5 casos. Las dificultades para llegar al diagnóstico hacen que la enfermedad evolucione por meses antes de lograrlo. Esto retarda el inicio del tratamiento y puede llevar a la aparición de lesiones secuelas como están descritas en la literatura. Es fundamental sospechar la etiología tuberculosa en una lesión ósea que evoluciona en forma prolongada y poner en juego todos los medios disponibles para confirmarla.

53i. TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR. ¿POR QUÉ NO PENSAR EN ELLA?

Alvarez. I, Borroto JM, Gonzalez.M, Ponce.J, Gonzalez. C

Introducción: La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa generalmente de curso subagudo o crónico causada por el *Micobacterium tuberculosis*. En la época actual esta considerada una enfermedad re-emergente, sin embargo, en no pocas ocasiones pasa inadvertida trayendo consigo errores diagnóstico y terapéutico. La tuberculosis involucra diferentes órganos y tejidos; en edades pediátricas la tuberculosis ganglionar continua siendo la forma clínica extrapulmonar más frecuente y dentro de ella la localización cervical ocupa el primer lugar.

Objetivo: Demostrar la necesidad del pensamiento clínico-epidemiológico para un diagnóstico oportuno de la enfermedad.

Diseño: Presentación de un caso.

Resultados: Paciente masculino de 14 años de edad, antecedentes de salud, que debuta con un síndrome febril prolongado de 6 meses de evolución asociado a lesiones nodulares dolorosas en miembros inferiores y cuadro adénico cervical bilateral con supuración espontánea. Se realiza biopsia ganglionar en dos ocasiones demostrando proceso inflamatorio crónico y se toma cultivo de la lesión creciendo un Estafilococo coagulasa positivo. Después de llevar numerosos esquemas terapéuticos sin éxito, es remitido a nuestro centro donde por los elementos clínicos aun sin tener una historia epidemiológica que avalara nuestra sospecha planteamos la posibilidad de una tuberculosis ganglionar (escrófula). Se decide realizar prueba de mantoux entre otros complementarios y se constata la presencia de una flictena de 2 cms de diámetro interpretándose la prueba como una reacción hiperérgica. Se discute el caso en colectivo y se decide iniciar tratamiento con isoniacida, rifampicina y pirazinamida obteniéndose resolución del cuadro adénico y febril a los siete días de tratamiento. Actualmente evolución favorable.

Conclusiones: La tuberculosis debe ser una entidad clínica a tener en cuenta ante todo síndrome febril prolongado, aun cuando la fuente de infección no logre demostrarse.

PROGRAMA
OFICIAL

50i. ESTUDIO CLÍNICO, EPIDEMIOLOGICO Y DE LABORATORIO DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS. HOSPITAL PEDIÁTRICO PROVINCIAL DOCENTE "PEPE PORTILLA". DICIEMBRE 2001-DICIEMBRE 2002.

*Dra. M.A. Méndez Suárez, Dr. J.R.López Rodríguez, Dra. D. Hevia Bernal.
Hospital Pediátrico Provincial Docente "Pepe Portilla". Pinar del Río. Cuba.*

Introducción: Las infecciones nosocomiales han sido consideradas por los expertos como un importante problema sanitario de las redes hospitalarias, por ser responsables del aumento de la morbilidad, de prolongar la estancia en los servicios de riesgo y elevar los gastos directos con la consiguiente repercusión sobre la satisfacción de pacientes y familiares.

Existe acuerdo de que constituyen un indicador principal en la calidad de la atención médica, midiendo la eficiencia y eficacia del Hospital. Múltiples avances científicos y tecnológicos han sido dirigidos a su lucha, sin que aún sean exitosos los resultados alcanzados, expresión de lo difícil de su abordaje por los múltiples factores que intervienen en su incidencia.

En Cuba desde la década de los '70 del siglo pasado, se comienza con las primeras actividades investigativas, de control y prevención de las infecciones intrahospitalarias (IIH), introduciendo de forma progresiva acciones de vigilancia epidemiológica que facilitaran la toma de decisiones de forma ejecutiva y la planeación de múltiples actividades que agrupa el Programa de Prevención y Control de la Infección Intrahospitalaria, permitiendo mediante estrategias de comunicación, capacitación, y evaluación, influir en el desempeño del personal de la salud para su control. Lo anteriormente expresado justifica nuestra motivación en la realización del presente trabajo como vía de influir en primer lugar sobre el bienestar de los pacientes y también en la óptima utilización de los recursos materiales.

Objetivos:

General: Determinar el comportamiento clínico-epidemiológico y de laboratorio de las infecciones intrahospitalarias en el Hospital Pediátrico Provincial Docente "Pepe Portilla" de Pinar del Río. Cuba, y su repercusión en la morbilidad hospitalaria en el período Diciembre 2001 a Diciembre 2002.

Específicos:

1. Identificar el comportamiento de las variables edad y sexo en los pacientes que presentaron IIH.
2. Investigar los principales agentes infecciosos implicados en su etiología.
3. Conocer los principales servicios que incidieron en la IIH.
4. Determinar los factores predisponentes en el desarrollo de las IIH.
5. Reflejar los diagnósticos de la IIH en los pacientes estudiados.

Diseño: Se realizó un estudio descriptivo y longitudinal en todos los pacientes notificados con infección nosocomial en el Hospital Pediátrico Provincial Docente "Pepe Portilla" de Pinar del Río Cuba, durante el período de Diciembre del 2001 a Diciembre del 2002. Los datos se obtuvieron de las Historias clínicas y se seleccionaron como variables las siguientes:

1. Edad
2. Sexo
3. Gérmenes predominantes
4. Factores predisponentes
5. Diagnóstico de la IIH
6. Incidencia por servicio

Para el procesamiento estadístico de los datos se utilizaron los métodos Chi-cuadrado y comparación de dos proporciones de grupos independientes en una prueba y comparación de K proporciones de grupos independientes, permitiendo vaciar en tablas y gráficos que exponen los resultados del trabajo.

**PROGRAMA
OFICIAL**

Resultados: Al relacionar el comportamiento de las IIH con los diferentes grupos de edades se encontró un predominio en los menores de un año (42,7%), seguido del grupo de 13 meses a 5 años con un 22,6%.

Predominó en nuestra casuística el sexo femenino con el 54,6%.

Del universo de casos fueron estudiados 336 para una utilización del recurso microbiológico del 81%, siendo positivos el 68,5%. Predominaron los Estafilococos Coagulasas (+) y (-) con 31,1% y 22,6% respectivamente, seguidos de la Echerichia Coli con el 14,4 % y la Cándida Albicans con el 12,3%.

Los factores predisponentes asociados a la IIH que predominaron en nuestro estudio fueron: las causas multifactoriales (50,6%), la edad menor de un año (42,7%), el ingreso en unidades de alto riesgo (19,0%) y las instrumentaciones (9,9%).

Al analizar la distribución de las IIH según su localización existió un predominio con significación estadística en las infecciones respiratorias altas (29,1%), las infecciones enterales (25,0%) y las infecciones de piel y mucosas (18,0%); fueron mínimas y no representativas las sepsis severas (1,6%) y las neumonías nosocomiales (0,7%).

Las mayores tasas de IIH se encontraron en los siguientes servicios: nutrición con un 30,5%, hematología 12,1%, terapia intensiva 8,5%, y terapia intermedia con 5,3%.

Conclusiones:

1. Los pacientes menores de un año y del sexo femenino resultaron los de mayor frecuencia en el estudio.
2. La utilización del recurso microbiológico (81%) y la positividad de la muestra en un 68,5% reflejaron patrones de calidad en la conducción del Programa de Prevención y Control de las IIH en nuestro Hospital.
3. Los Estafilococos Coagulasa (+) y (-), la Echerichia Coli y la Cándida Albicans al ser los gérmenes más frecuentemente encontrados nos reafirman la necesidad de elevar la vigilancia sobre vías de transmisión prevenibles y detección de técnicas inadecuadas.
4. Las causas multifactoriales, la edad menor de un año, el ingreso de unidades de riesgo y las instrumentaciones al ser los factores predisponentes asociados más frecuentemente encontrados expresan lo complejo del control de la IIH.
5. Las infecciones respiratorias altas, las infecciones enterales y las de piel y mucosas resultaron las localizaciones más frecuentes de las IIH.
6. Los servicios de nutrición, terapias y hematología reportaron las mayores tasas de IIH muy relacionado con la calidad del paciente que tratan y las agresiones que los mismos reciben.

PROGRAMA
OFICIAL

64. INFECCION URINARIA: RESULTADOS DE LA APLICACION DE UNA PAUTA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO EN NIÑOS HOSPITALIZADOS.

*Sosa M, Lanza A, Longarela B, Martínez A, Giachetto G, Pirez MC
 Clínicas Pediátricas, Centro Hospitalario Pereira Rossell,
 Facultad de Medicina. Montevideo, Uruguay.*

Introducción: En 1998 en el Centro Hospitalario Pereira Rossell se elaboró una pauta para el manejo de niños hospitalizados con infección urinaria en base a la epidemiología local. Se definieron criterios de internación y se establecieron recomendaciones para la recolección de la muestra para urocultivo y para el tratamiento antibiótico empírico.

Objetivo: Evaluar los resultados de la aplicación de la pauta de diagnóstico y tratamiento de la infección urinaria.

Métodos: Se incluyeron niños hospitalizados con infección urinaria en las Clínicas Pediátricas «A» y «B» del Centro Hospitalario Pereira Rossell en el año 2002. Se revisaron: criterios de hospitalización, método utilizado para la recolección de la muestra, hallazgos microbiológicos, antibiótico empírico indicado, duración de la estadía hospitalaria, complicaciones e indicación de quimioprofilaxis al alta. Se compararon los hallazgos microbiológicos en este período con los utilizados para la elaboración de la misma.

Resultados: En el año 2002 fueron hospitalizados 207 niños con infección urinaria, se incluyeron en el estudio 96 (25 varones, 71 niñas), edad media 1 año 9 meses. Se cumplieron los criterios de hospitalización en 78 niños. La muestra fue recolectada por chorro medio en 46 pacientes, por cateterismo vesical en 46 y por punción suprapúbica en 1. En 3 pacientes se recolectó por dos métodos: chorro medio más punción (1) y chorro medio más cateterismo (2). Se aisló *E. coli* en 75, *Proteus* en 4, *Klebsiella* en 3 y *Enterobacter* en 3. La muestra se contaminó en 11 pacientes (chorro medio 6 y cateterismo 5). La sensibilidad de *E. coli* a los antibióticos fue: TMP-SMX 65%, ampicilina 34%, cefuroxime 99%, ácido nalidíxico 96% y nitrofurantoína 98%. El antibiótico empírico más indicado fue cefuroxime (n=70) seguido de ceftriaxona (n=12). No se encontraron diferencias significativas en el porcentaje de aislamiento de *E. Coli* ni en su sensibilidad a los antibióticos. La duración media de la estadía hospitalaria fue 5 días. Ningún paciente presentó complicaciones ni falleció durante la hospitalización.

Conclusiones: Estos resultados apoyan la efectividad de la pauta de diagnóstico y tratamiento de la infección urinaria. Se identificaron problemas en la recolección de la muestra que resulta imprescindible solucionar.

PROGRAMA
 OFICIAL

44i. FIEBRE PROLONGADA EN EL NIÑO. ESTUDIO DE 4 AÑOS.

*M del C Luis, D. Lobato, M. Morales, F. Seiglie, A. Martínez, O. Pantoja.
Hospital Pediátrico "William Soler. Ciudad de la Habana. Cuba.*

La fiebre es el signo mas frecuentemente encontrado en la práctica pediátrica y a su vez el motivo de consulta más frecuente. Llamamos fiebre prolongada a aquella que dura mas de dos semanas. Dentro del campo de la pediatría la fiebre prolongada constituye uno de los problemas en función del cual en muchas ocasiones debemos poner cuantiosos recursos y someter al paciente a una prolongada y continua observación. La literatura reporta como principales causas de fiebre prolongada en el niño las infecciones y las enfermedades del tejido conectivo.

El presente trabajo tiene como principal objetivo caracterizar los cuadros de fiebre prolongada en nuestra población infantil. Para realizar este estudio descriptivo se revisaron las historias clínicas de 102 pacientes que ingresaron en el hospital pediátrico William Soler de Ciudad de la Habana, con el diagnóstico de síndrome febril prolongado en el período comprendido entre el 1ro de enero de 1998 y el 31 de diciembre del 2001.

De las historias clínicas se tomaron datos de identidad personal, procedencia, cuadro clínico, exámenes complementarios diagnóstico al egreso y tratamiento. Los resultados obtenidos se presentaron en tablas y gráficos y se expresaron en porcentos.

De los 102 pacientes estudiados el 64.7% procedían de áreas rurales. Los niños entre 5 y 10 años de edad fueron los que ingresaron con mayor frecuencia por este cuadro. Las causas infecciosas fueron responsables del cuadro febril en un 57,8% de los casos y de estas las infecciones respiratorias en un 41,1% ; siendo las otitis medias y las sinusitis, las infecciones predominantes. El 66% de los niños menores de un año presentaba cifras de hemoglobina inferiores a 110 g/l y la eritrosedimentación en un 53 % de los casos se encontraba acelerada.

En los casos que presentaban fiebre prolongada sin focalización en 14 pacientes el 85% de los casos no se pudo precisar la causa..

Concluimos que en nuestro estudio la procedencia rural de la mayoría de nuestros pacientes, influyó en la demora en el diagnóstico de los procesos infecciosos. En el caso de la fiebre prolongada asociada a síntomas respiratorios debe hacerse de rutina examen otoscópico de paciente y de senos paranasales. La etiología no infecciosa se relaciona son enfermedades autoinmunes fundamentalmente. Cuando estamos en presencia de fiebre prolongada sin foco aparente el diagnóstico se torna difícil y en la mayoría de los casos desaparece el cuadro febril sin haber precisado su etiología

PROGRAMA
OFICIAL

72. IMÁGENES HEPÁTICAS HIPODENSAS COMO MANIFESTACIÓN DE ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

*Galiana A, Pujadas M.
Área de Aislamientos Infecciosos; Clínica Pediátrica "C";
Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay.*

INTRODUCCIÓN: Bartonella henselae es el agente etiológico de la Enfermedad por arañazo de gato, o Fiebre por arañazo de gato, caracterizada por una adenitis regional que aparece 3 a 10 días luego del desarrollo de una pápula cutánea vinculada a un arañazo de gato, en general mínimo. En raras ocasiones la enfermedad se manifiesta con sintomatología ocular, neurológica o como enfermedad granulomatosa hepatoesplénica.

CASO CLÍNICO: Adolescente de 12 años, sexo masculino, procedente de zona rural de Durazno, Uruguay, de medio socioeconómico aceptable, que ingresa por una enfermedad de 23 días de evolución caracterizada por fiebre alta y adelgazamiento. Al examen físico presenta buen estado general, fiebre de 39,5 °C axilar, piel y mucosas normocoloreadas, adenopatía axilar derecha de 2 cm de diámetro y polo de bazo. De los antecedentes se destaca: ingesta de leche de tambo y agua de pozo, contacto con gatos y antecedente personal de Hepatitis aguda anictérica (a virus A) 3 meses antes.

La ecografía abdominal y Tomografía computada toracoabdominal muestran hepatomegalia global con múltiples lesiones hipodensas de 2 mm de diámetro distribuidas en ambos lóbulos hepáticos, conglomerado de adenopatías precavaoárnicas y esplenomegalia. La Rx de torax no muestra alteraciones. Con la sospecha de linfopatía tumoral se realiza biopsia de hígado y ganglios que muestra infección granulomatosa compatible con enfermedad por arañazo de gato. El análisis serológico realizado fuera del país muestra títulos elevados de anticuerpos Ig M e Ig G para Bartonella henselae.

COMENTARIOS: Se destaca la relevancia de las imágenes hipodensas en la valoración imagenológica abdominal como elemento orientador para el diagnóstico de una de las formas de presentación atípica de esta enfermedad, así como la necesidad de contar en nuestro medio con un adecuado diagnóstico serológico de la misma.

PROGRAMA
OFICIAL

40i. ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Dra Ileana Alvarez Lam, Dr Jorge Ponce Bittar**, Dr Roberto Silva****

** Especialista de I Grado de Pediatría. Máster en Infectología. Profesor Instructor Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Jefe de Servicio de Infectología Hospital William Soler, Cuba.*

*** Especialista de I Grado de Pediatría. Máster en Infectología. Profesor Instructor Universidad de Ciencias Médicas de La Habana*

**** Especialista de I Grado en Anatomía Patológica.*

La enfermedad por arañazo de gato (EAG) es un proceso infeccioso benigno, relativamente frecuente en niños y adolescente producido por Bartonella henselae. La manifestación más frecuente de la enfermedad es la presencia de una lesión de inoculación seguida de linfadenopatía regional con o sin presencia de fiebre u otros síntomas generales. Se reporta el caso de un paciente de 13 años de edad que debutó con adenopatía axilar izquierda y cuadro febril de 37.5°C -38.5°C de 3 días de evolución con aparición más tardía de lesión similar en región interescapular, en el cual se planteaba la posibilidad de un proceso linfoproliferativo. Una vez esclarecida la historia clínico-epidemiológica del paciente se realizaron un grupo de exámenes complementarios y se indicó practicar excéresis de la lesión inicial. El estudio histopatológico mostró una linfadenitis crónica con focos pionecrotizantes compatibles con EAG. Se indicó tratamiento con eritromicina oral durante 10 días con resolución total del cuadro adénico.

ÍNDICE POR AUTOR

<i>Abarca K</i>	<i>Pag. 121</i>
<i>Acosta A</i>	<i>Pag. 133 - 134</i>
<i>Acuña A</i>	<i>Pag. 183</i>
<i>Acuña A</i>	<i>Pag. 119</i>
<i>Afonzo Y</i>	<i>Pag. 145</i>
<i>Alberti M</i>	<i>Pag. 157</i>
<i>Alea V</i>	<i>Pag. 217</i>
<i>Alfalla G</i>	<i>Pag. 209</i>
<i>Alfonso A</i>	<i>Pag. 183</i>
<i>Algorta G</i>	<i>Pag. 104 - 192 - 193 - 194 - 199 - 216</i>
<i>Almada C</i>	<i>Pag. 187</i>
<i>Almeyda L</i>	<i>Pag. 173</i>
<i>Alonso S</i>	<i>Pag. 137 - 139</i>
<i>Alvarez Lam I</i>	<i>Pag. 181 - 228</i>
<i>Alvarez N</i>	<i>Pag. 211</i>
<i>Alvarez S</i>	<i>Pag. 141</i>
<i>Alvarez I</i>	<i>Pag. 223</i>
<i>Alvez M</i>	<i>Pag. 203</i>
<i>Amado M</i>	<i>Pag. 174 - 201</i>
<i>Amen G</i>	<i>Pag. 148 - 149</i>
<i>Amorín B</i>	<i>Pag. 213</i>
<i>Aparicio S</i>	<i>Pag. 143</i>
<i>Apodaca S</i>	<i>Pag. 181</i>
<i>Apolo L</i>	<i>Pag. 125</i>
<i>Arbo A</i>	<i>Pag. 181</i>
<i>Arce T</i>	<i>Pag. 167</i>
<i>Arcos J</i>	<i>Pag. 129</i>
<i>Areal R</i>	<i>Pag. 136</i>
<i>Arezo M</i>	<i>Pag. 135</i>
<i>Arigón E</i>	<i>Pag. 156</i>
<i>Armas D</i>	<i>Pag. 134</i>
<i>Armas L</i>	<i>Pag. 220</i>
<i>Armesto del Río M</i>	<i>Pag. 208</i>
<i>Arzuaga M</i>	<i>Pag. 145</i>
<i>Asensi Botet F</i>	<i>Pag. 99</i>
<i>Avendaño LF</i>	<i>Pag. 98 - 102 - 104 - 202</i>
<i>Axenfeld J</i>	<i>Pag. 214</i>
<i>Balbi ML</i>	<i>Pag. 176</i>
<i>Banchero P</i>	<i>Pag. 162 - 194</i>
<i>Baraibar A</i>	<i>Pag. 146</i>
<i>Barata H</i>	<i>Pag. 214</i>

PROGRAMA
 OFICIAL

<i>Barillaro S</i>	<i>Pag. 148</i>
<i>Baró Suárez I</i>	<i>Pag. 208</i>
<i>Barreiro A</i>	<i>Pag. 147 - 189 - 190</i>
<i>Barreiros B</i>	<i>Pag. 182</i>
<i>Barrios G</i>	<i>Pag. 178</i>
<i>Barusso G</i>	<i>Pag. 155</i>
<i>Basso J</i>	<i>Pag. 183</i>
<i>Batista A</i>	<i>Pag. 171</i>
<i>Batovsky E</i>	<i>Pag. 156</i>
<i>Bellinzona G</i>	<i>Pag. 161 - 189 - 190</i>
<i>Benchín M</i>	<i>Pag. 164</i>
<i>Bencomo A</i>	<i>Pag. 212</i>
<i>Benítez C</i>	<i>Pag. 153</i>
<i>Benítez H</i>	<i>Pag. 178</i>
<i>Beoto S</i>	<i>Pag. 209</i>
<i>Berazategui R</i>	<i>Pag. 155</i>
<i>Beriao G</i>	<i>Pag. 139</i>
<i>Bernadá M</i>	<i>Pag. 199</i>
<i>Bernal M</i>	<i>Pag. 154</i>
<i>Berneche L</i>	<i>Pag. 14 - 145</i>
<i>Bodas A</i>	<i>Pag. 214</i>
<i>Bogliaccini JA</i>	<i>Pag. 167</i>
<i>Bolioli P</i>	<i>Pag. 137 - 139</i>
<i>Bologna R</i>	<i>Pag. 185 - 186</i>
<i>Bonardo V</i>	<i>Pag. 201</i>
<i>Bonasse J</i>	<i>Pag. 185</i>
<i>Borroto JM</i>	<i>Pag. 223</i>
<i>Boulay M</i>	<i>Pag. 203</i>
<i>Bruzzone R</i>	<i>Pag. 152</i>
<i>Cabaleiro M</i>	<i>Pag. 70</i>
<i>Caballero G</i>	<i>Pag. 128 - 138 - 140</i>
<i>Cabeza S</i>	<i>Pag. 128</i>
<i>Cabrera-Piastra MA</i>	<i>Pag. 144</i>
<i>Kairalla Farhat C</i>	<i>Pag. 112</i>
<i>Camacho G</i>	<i>Pag. 162 - 192 - 194</i>
<i>Cammarano A</i>	<i>Pag. 141 - 145</i>
<i>Cané A</i>	<i>Pag. 200</i>
<i>Cantillo A</i>	<i>Pag. 182</i>
<i>Caracciolo S</i>	<i>Pag. 125</i>
<i>Carminatti M</i>	<i>Pag. 145</i>
<i>Carol H</i>	<i>Pag. 140</i>
<i>Carro A</i>	<i>Pag. 174</i>
<i>Casamayou L</i>	<i>Pag. 140</i>
<i>Casanueva V</i>	<i>Pag. 209 - 210 - 214 - 215</i>
<i>Cascino C</i>	<i>Pag. 130</i>
<i>Casimir L</i>	<i>Pag. 185 - 186</i>
<i>Castiglioni M</i>	<i>Pag. 145</i>

X Congreso de la SLIPE
XXIV CONGRESO URUGUAYO DE PEDIATRIA
III JORNADAS URUGUAYAS DE ENFERMERIA PEDIATRICA
 I Jornada del Pediatra Joven

231 14 al 17 de MAYO

<i>Castillo L</i>	<i>Pag. 145</i>
<i>Ceballos A</i>	<i>Pag. 196 - 197</i>
<i>Cedrato A</i>	<i>Pag. 214</i>
<i>Cedrato MA</i>	<i>Pag. 177</i>
<i>Cetraro L</i>	<i>Pag. 161 - 189 - 190</i>
<i>Cevallos A</i>	<i>Pag. 198</i>
<i>Chiapella L</i>	<i>Pag. 151</i>
<i>Chiparelli H</i>	<i>Pag. 122</i>
<i>Choc B</i>	<i>Pag. 174</i>
<i>Ciocca M</i>	<i>Pag. 74</i>
<i>Climent J</i>	<i>Pag. 211 - 212</i>
<i>Colombo H</i>	<i>Pag. 183</i>
<i>Combol A</i>	<i>Pag. 183</i>
<i>Contrini MM</i>	<i>Pag. 103 - 106</i>
<i>Corrales S</i>	<i>Pag. 141 - 145</i>
<i>Costa Clemens SA</i>	<i>Pag. 110</i>
<i>Criado A</i>	<i>Pag. 151</i>
<i>Cruz M</i>	<i>Pag. 146</i>
<i>Cuagliatta G</i>	<i>Pag. 168</i>
<i>Cubero O</i>	<i>Pag. 182</i>
<i>Cuevas IE</i>	<i>Pag. 209 - 210 - 214 - 215</i>
<i>Cuevas Valdespino IE</i>	<i>Pag. 117</i>
<i>Cuneo A</i>	<i>Pag. 221</i>
<i>Curbelo E</i>	<i>Pag. 145</i>
<i>Curbelo, G</i>	<i>Pag. 156</i>
<i>Czerniuk P</i>	<i>Pag. 174</i>
<i>D'fana J</i>	<i>Pag. 220</i>
<i>Da Rosa D</i>	<i>Pag. 120 - 183</i>
<i>Da Silva LJ</i>	<i>Pag. 94</i>
<i>Da Silveira T</i>	<i>Pag. 74</i>
<i>Dabezies A</i>	<i>Pag. 145</i>
<i>De Almeida C</i>	<i>Pag. 148 - 149</i>
<i>De Anda G.</i>	<i>Pag. 185</i>
<i>De Castelet L</i>	<i>Pag. 156</i>
<i>De Leonardis D</i>	<i>Pag. 157</i>
<i>De Martini AC</i>	<i>Pag. 129 - 188</i>
<i>De Olivera N</i>	<i>Pag. 131</i>
<i>Dearma A</i>	<i>Pag. 155</i>
<i>Decia J</i>	<i>Pag. 145</i>
<i>Delfino A</i>	<i>Pag. 152</i>
<i>Delfino M</i>	<i>Pag. 203</i>
<i>Delgado L</i>	<i>Pag. 133 - 134 - 138</i>
<i>Devoto S</i>	<i>Pag. 180</i>
<i>Di Menza A</i>	<i>Pag. 156</i>
<i>Di Trane H</i>	<i>Pag. 170</i>
<i>Díaz Jidy M</i>	<i>Pag. 204</i>
<i>Diaz L</i>	<i>Pag. 156</i>

PROGRAMA
OFICIAL

<i>Díaz V</i>	<i>Pag. 218</i>
<i>Dos Santos D</i>	<i>Pag. 70</i>
<i>Duffort G</i>	<i>Pag. 146</i>
<i>Escoms S</i>	<i>Pag. 103 - 106</i>
<i>Estefanell C</i>	<i>Pag. 61</i>
<i>Estol P</i>	<i>Pag. 129</i>
<i>Estrada González E</i>	<i>Pag. 206 - 207</i>
<i>Fajardo A.</i>	<i>Pag. 143</i>
<i>Fajardo Sanz A</i>	<i>Pag. 67</i>
<i>Falero P</i>	<i>Pag. 74</i>
<i>Falleiros LH</i>	<i>Pag. 91</i>
<i>Fallo A</i>	<i>Pag. 200 - 201</i>
<i>Fazzio S</i>	<i>Pag. 184</i>
<i>Fernández A</i>	<i>Pag. 180</i>
<i>Fernández Ch</i>	<i>Pag. 209</i>
<i>Fernández LM</i>	<i>Pag. 195</i>
<i>Fernández M</i>	<i>Pag. 183</i>
<i>Fernández N</i>	<i>Pag. 156 - 184</i>
<i>Ferrari A.</i>	<i>Pag. 165</i>
<i>Ferrari AM</i>	<i>Pag. 104 - 157 - 159 - 203 - 205</i>
<i>Ferreira Bouzas R</i>	<i>Pag. 65</i>
<i>Ferreira E</i>	<i>Pag. 135 - 156</i>
<i>Ferreira EM</i>	<i>Pag. 144</i>
<i>Ferreira J</i>	<i>Pag. 146</i>
<i>Ferreiro B</i>	<i>Pag. 124 - 189 -190</i>
<i>Ferreiro P</i>	<i>Pag. 132</i>
<i>Ferriol Marchena X</i>	<i>Pag. 206 - 207 - 208</i>
<i>Foren M</i>	<i>Pag. 183</i>
<i>Fossati R</i>	<i>Pag. 156</i>
<i>Franco S</i>	<i>Pag. 158</i>
<i>Frascheri C</i>	<i>Pag. 130</i>
<i>Fuentes A</i>	<i>Pag. 156</i>
<i>Furmanski S</i>	<i>Pag. 106</i>
<i>Furtado R</i>	<i>Pag. 141</i>
<i>Gadea P</i>	<i>Pag. 199</i>
<i>Galazka J</i>	<i>Pag. 205</i>
<i>Galiana A</i>	<i>Pag. 124 - 125 -147 - 185 - 221 - 228</i>
<i>Galindo B</i>	<i>Pag. 172</i>
<i>Galindo MA</i>	<i>Pag. 172</i>
<i>Gándaro P</i>	<i>Pag. 131</i>
<i>García C</i>	<i>Pag. 131</i>
<i>García Cristiá</i>	<i>Pag. 191</i>
<i>García M</i>	<i>Pag. 213</i>
<i>García A</i>	<i>Pag. 156</i>
<i>Gentile A</i>	<i>Pag. 174</i>
<i>Giachetto G</i>	<i>Pag. 104 - 108 - 129 - 130 - 132 - 159 - 160 - 161 - 162 - 163 - 175 - 176 - 187 - 188 - 192 - 194 - 226</i>

PROGRAMA
OFICIAL

X Congreso de la SLIPE
XXIV CONGRESO URUGUAYO DE PEDIATRIA
III JORNADAS URUGUAYAS DE ENFERMERIA PEDIATRICA
 I Jornada del Pediatra Joven

233 14 al 17 de MAYO

<i>Gil L</i>	<i>Pag. 125</i>
<i>Ginebra Iniesta M</i>	<i>Pag. 208</i>
<i>Glausius G</i>	<i>Pag. 146</i>
<i>Goldfarb A</i>	<i>Pag. 169</i>
<i>Gómez Haedo M</i>	<i>Pag. 183</i>
<i>Gómez M</i>	<i>Pag. 173 - 191</i>
<i>Gonzáles E</i>	<i>Pag. 220</i>
<i>González G</i>	<i>Pag. 147 - 156</i>
<i>González M</i>	<i>Pag. 164 - 179 - 182 - 223</i>
<i>Gonzalez MV</i>	<i>Pag. 140</i>
<i>González Nuñez I</i>	<i>Pag. 181 - 204</i>
<i>González W</i>	<i>Pag. 141</i>
<i>Gonzalez C</i>	<i>Pag. 223</i>
<i>Goyetche R</i>	<i>Pag. 175</i>
<i>Grotiuz G</i>	<i>Pag. 199</i>
<i>Gruosso C</i>	<i>Pag. 130</i>
<i>Guariglia R</i>	<i>Pag. 158</i>
<i>Gueçaimburú R</i>	<i>Pag. 153</i>
<i>Gurises Unidos</i>	<i>Pag. 77</i>
<i>Gutiérrez C</i>	<i>Pag. 138 - 140 - 157</i>
<i>Gutiérrez M</i>	<i>Pag. 212</i>
<i>Gutierrez S</i>	<i>Pag. 131</i>
<i>Hackenbruck C</i>	<i>Pag. 157</i>
<i>Hascalovici C</i>	<i>Pag. 180</i>
<i>Hernández A</i>	<i>Pag. 140 - 209</i>
<i>Hernández J</i>	<i>Pag. 209 - 210 - 214 - 215</i>
<i>Herrera P</i>	<i>Pag. 105</i>
<i>Hevia Bernal D</i>	<i>Pag. 224</i>
<i>Holgado D</i>	<i>Pag. 128</i>
<i>Hugo M</i>	<i>Pag. 169</i>
<i>Iglesias C</i>	<i>Pag. 133 - 134 - 138 - 164</i>
<i>Imlach M</i>	<i>Pag. 174</i>
<i>Izquierdo L</i>	<i>Pag. 211</i>
<i>Jasinski C</i>	<i>Pag. 128 - 138 - 140</i>
<i>Jerónimo Álvarez R.</i>	<i>Pag. 191</i>
<i>Jourdan M</i>	<i>Pag. 161</i>
<i>Jurado R</i>	<i>Pag. 158</i>
<i>Kaplan Sh L</i>	<i>Pag. 75 - 88 - 89 - 101 - 104 - 109 - 121</i>
<i>Karsačian M</i>	<i>Pag. 221</i>
<i>Kegel S</i>	<i>Pag. 162 - 194</i>
<i>Kenny J</i>	<i>Pag. 124</i>
<i>Kierszenbaum J</i>	<i>Pag. 146</i>
<i>Koncke F</i>	<i>Pag. 136</i>
<i>Krivianski N</i>	<i>Pag. 163</i>
<i>Labadie D</i>	<i>Pag. 187</i>
<i>Laffone G</i>	<i>Pag. 189 - 190</i>
<i>Lang R</i>	<i>Pag. 76 - 139</i>
<i>Lanza A</i>	<i>Pag. 226</i>

PROGRAMA
OFICIAL

<i>Lapaco M</i>	<i>Pag. 174</i>
<i>Lapides MC</i>	<i>Pag. 126</i>
<i>Larrandaburu M</i>	<i>Pag. 154</i>
<i>Laundry M°J</i>	<i>Pag. 145</i>
<i>Lemes A</i>	<i>Pag. 147 - 150 - 154</i>
<i>Lena A</i>	<i>Pag. 183</i>
<i>Leon A</i>	<i>Pag. 152</i>
<i>Lepera V</i>	<i>Pag. 203</i>
<i>Linares Pérez N</i>	<i>Pag. 181</i>
<i>Lobato D</i>	<i>Pag. 227</i>
<i>Longarela B</i>	<i>Pag. 226</i>
<i>Lopez C</i>	<i>Pag. 148</i>
<i>López E</i>	<i>Pag. 180 - 200 - 201</i>
<i>López EL</i>	<i>Pag. 88 - 103 - 106</i>
<i>López MJ</i>	<i>Pag. 187</i>
<i>López O</i>	<i>Pag. 212</i>
<i>López P</i>	<i>Pag. 111</i>
<i>López Rodríguez JR</i>	<i>Pag. 224</i>
<i>Lorenzo D</i>	<i>Pag. 151</i>
<i>Lovera D</i>	<i>Pag. 181</i>
<i>Lozano G</i>	<i>Pag. 160</i>
<i>Lucas J</i>	<i>Pag. 137</i>
<i>Lucas MJ</i>	<i>Pag. 139</i>
<i>Luis MC</i>	<i>Pag. 227</i>
<i>Lustemberg A</i>	<i>Pag. 124</i>
<i>Machado MK</i>	<i>Pag. 203</i>
<i>Machado R</i>	<i>Pag. 216</i>
<i>Machiñena C</i>	<i>Pag. 149</i>
<i>Macías M</i>	<i>Pag. 92</i>
<i>Maeso G</i>	<i>Pag. 148</i>
<i>Maidana J</i>	<i>Pag. 156</i>
<i>Man C</i>	<i>Pag. 174</i>
<i>Mañé-Garzón F</i>	<i>Pag. 153</i>
<i>Marchena JJ</i>	<i>Pag. 218</i>
<i>Martell M</i>	<i>Pag. 76</i>
<i>Martínez A</i>	<i>Pag. 104 - 187 - 192 - 194 - 226 - 227</i>
<i>Martínez I</i>	<i>Pag. 211 - 212 - 217</i>
<i>Martínez L</i>	<i>Pag. 213</i>
<i>Martínez Rodríguez JC</i>	<i>Pag. 206 - 207 - 208</i>
<i>Martínez S</i>	<i>Pag. 159 - 173</i>
<i>Mata A</i>	<i>Pag. 160</i>
<i>Melían T</i>	<i>Pag. 156</i>
<i>Méndez MV</i>	<i>Pag. 140</i>
<i>Méndez Suárez MA</i>	<i>Pag. 224</i>
<i>Mendez V</i>	<i>Pag. 74 - 128 - 133 - 134 - 135 - 136 - 137 - 138 - 139</i>
<i>Menéndez Hernández J</i>	<i>Pag. 208</i>
<i>Mesa T</i>	<i>Pag. 178</i>

PROGRAMA
OFICIAL

X Congreso de la SLIPE
XXIV CONGRESO URUGUAYO DE PEDIATRÍA
III JORNADAS URUGUAYAS DE ENFERMERIA PEDIATRICA
 I Jornada del Pediatra Joven

235 14 al 17 de MAYO

<i>Michelini ML</i>	<i>Pag. 167</i>
<i>Minck C</i>	<i>Pag. 181</i>
<i>Mirabal M</i>	<i>Pag. 212</i>
<i>Mirabal Sosa M</i>	<i>Pag. 208</i>
<i>Miranda M</i>	<i>Pag. 191</i>
<i>Miura E</i>	<i>Pag. 89</i>
<i>Montano A ...</i> <i>Pag. 104 - 130 - 131 - 133 - 134 - 138 - 159 - 163 - 164 - 166</i>	<i>Pag. 175 - 176 - 193 - 203 - 205</i>
<i>Montero R</i>	<i>Pag. 209</i>
<i>Monterroso E</i>	<i>Pag. 173</i>
<i>Morales M</i>	<i>Pag. 227</i>
<i>Morasso MC</i>	<i>Pag. 63</i>
<i>Moreira I</i>	<i>Pag. 188</i>
<i>Morena G</i>	<i>Pag. 175</i>
<i>Moreno AM</i>	<i>Pag. 144</i>
<i>Mota I</i>	<i>Pag. 199</i>
<i>Muñoz S</i>	<i>Pag. 156</i>
<i>Nacif P</i>	<i>Pag. 138</i>
<i>Nairac A</i>	<i>Pag. 150</i>
<i>Nanni L</i>	<i>Pag. 104 - 108 - 162 - 192 - 194</i>
<i>Nesbitt Falomir C</i>	<i>Pag. 93</i>
<i>Nuñez C</i>	<i>Pag. 184</i>
<i>Nuñez N</i>	<i>Pag. 211 - 217</i>
<i>O'Ryan GM</i>	<i>Pag. 110</i>
<i>Ochoa Azze R</i>	<i>Pag. 206 - 207 - 208</i>
<i>Oller A</i>	<i>Pag. 196</i>
<i>Olmos I</i>	<i>Pag. 162 - 194</i>
<i>Ortega V</i>	<i>Pag. 139</i>
<i>Osta C</i>	<i>Pag. 163</i>
<i>Padilla C</i>	<i>Pag. 202</i>
<i>Palma L</i>	<i>Pag. 222</i>
<i>Palomino G</i>	<i>Pag. 176</i>
<i>Palomino MA</i>	<i>Pag. 98 - 119 - 202</i>
<i>Pantoja O</i>	<i>Pag. 227</i>
<i>Pardo L</i>	<i>Pag. 160 - 161</i>
<i>Parodi V</i>	<i>Pag. 137 - 139</i>
<i>Parra A</i>	<i>Pag. 185 - 186</i>
<i>Parra J</i>	<i>Pag. 202</i>
<i>Pascale G</i>	<i>Pag. 203</i>
<i>Pedreira W</i>	<i>Pag. 221</i>
<i>Pellegrino P</i>	<i>Pag. 185 - 186</i>
<i>Peluffo C</i>	<i>Pag. 145</i>
<i>Peluffo G</i>	<i>Pag. 176</i>
<i>Peluffo L</i>	<i>Pag. 146 - 147</i>
<i>Pereira C</i>	<i>Pag. 70</i>
<i>Peréz A</i>	<i>Pag. 172 - 175</i>
<i>Pérez Avila J</i>	<i>Pag. 204</i>

PROGRAMA
OFICIAL

Pérez E	Pag. 218
Pérez F	Pag. 136 - 159 - 164
Pérez G	Pag. 175
Pérez LE	Pag. 168
Pérez M	Pag. 218
Pérez W	Pag. 156 - 216
Perillo P	Pag. 155
Picón T	Pag. 119 - 164 - 165 - 205
Pírez C.	Pag. 199
Pirez MC	Pag. 101 -104 - 108 - 116 - 131 - 176 - 192
.....	Pag. 193 - 194 - 203 - 205 - 226
Plat F	Pag. 103
Pleguezuelos EM	Pag. 195
Ponce Bittar J	Pag. 181 - 228
Ponce J	Pag. 223
Povea E	Pag. 182
Procopio A	Pag. 180
Protasio A	Pag. 74 - 160
Pujadas M	Pag. 124 - 125 - 228
Quadrelli R	Pag. 150 - 154
Quián J	Pag. 107 - 113
Quiñónez D	Pag. 179
Quirós O	Pag. 195
Raggio V	Pag. 153
Ramos B	Pag. 160
Ramos O	Pag. 74
Raymond Villena T	Pag. 127
Rebollo L	Pag. 161
Rebuffo N	Pag. 137
Repetto M	Pag. 157
Rey A	Pag. 147 - 156
Reyes C	Pag. 182
Reyes V	Pag. 132
Reyno S	Pag. 148 - 149
Richieri A	Pag. 140
Ríos L	Pag. 135
Ripoll H	Pag. 156
Rivas C	Pag. 148 - 149
Rivas N	Pag. 180
Robledo H	Pag. 196
Robledo M	Pag. 189 - 190
Robuschi F	Pag. 163
Rodríguez A	Pag. 151 - 159 - 197
Rodríguez AV	Pag. 208
Rodríguez de Almeida L	Pag. 160
Rodríguez M	Pag. 76 - 137 - 139 - 163 - 196 - 198
Rodríguez ME	Pag. 155

X Congreso de la SLIPE
XXIV CONGRESO URUGUAYO DE PEDIATRIA
III JORNADAS URUGUAYAS DE ENFERMERIA PEDIATRICA
 I Jornada del Pediatra Joven

237 14 al 17 de MAYO

<i>Rodríguez MM</i>	<i>Pag. 153</i>
<i>Rodríguez S</i>	<i>Pag. 167</i>
<i>Rombola A</i>	<i>Pag. 174</i>
<i>Roselli MJ</i>	<i>Pag. 150</i>
<i>Rossenfeld N</i>	<i>Pag. 201</i>
<i>Rubio I</i>	<i>Pag. 131 - 157 - 164 - 166 - 175 - 205</i>
<i>Ruchansky D</i>	<i>Pag. 123</i>
<i>Ruiz E</i>	<i>Pag. 125</i>
<i>Ruttimann R</i>	<i>Pag. 196 - 197 - 198</i>
<i>Rutz G</i>	<i>Pag. 128</i>
<i>Sabat T</i>	<i>Pag. 216</i>
<i>Sabelli R</i>	<i>Pag. 199</i>
<i>Sacco G</i>	<i>Pag. 135</i>
<i>Salmentón GM</i>	<i>Pag. 185</i>
<i>Sánchez AM</i>	<i>Pag. 203</i>
<i>Sanchez M</i>	<i>Pag. 145</i>
<i>Sánchez Manduley C</i>	<i>Pag. 127</i>
<i>Sánchez Picouto D</i>	<i>Pag. 127</i>
<i>Sandin D</i>	<i>Pag. 203</i>
<i>Santoro A</i>	<i>Pag. 157</i>
<i>Santos J</i>	<i>Pag. 173</i>
<i>Sarachaga MJ</i>	<i>Pag. 94 - 128 - 131 - 221 - 222</i>
<i>Satriano R</i>	<i>Pag. 62</i>
<i>Saúl S</i>	<i>Pag. 183</i>
<i>Sauto S</i>	<i>Pag. 155</i>
<i>Savio M</i>	<i>Pag. 205</i>
<i>Sayagues B</i>	<i>Pag. 62</i>
<i>Scavone C</i>	<i>Pag. 151 - 152</i>
<i>Schelotto F</i>	<i>Pag. 193 - 199</i>
<i>Schimchack M</i>	<i>Pag. 221</i>
<i>Seiglie F</i>	<i>Pag. 227</i>
<i>Seoane L</i>	<i>Pag. 156 - 161</i>
<i>Sereno V</i>	<i>Pag. 133 - 134 - 138 - 140</i>
<i>Severgnini A</i>	<i>Pag. 155</i>
<i>Shimchack M</i>	<i>Pag. 222</i>
<i>Silva R</i>	<i>Pag. 228</i>
<i>Silvera E</i>	<i>Pag. 168 - 171</i>
<i>Sirok A</i>	<i>Pag. 199</i>
<i>Sismondi R</i>	<i>Pag. 187</i>
<i>Sofía C</i>	<i>Pag. 169</i>
<i>Sosa M</i>	<i>Pag. 226</i>
<i>Sotolongo F</i>	<i>Pag. 211 - 212 - 217</i>
<i>Sotolongo Padrón F</i>	<i>Pag. 118 - 206 - 207 - 208</i>
<i>Souto G</i>	<i>Pag. 126</i>
<i>Speranza N</i>	<i>Pag. 162 - 194</i>
<i>Squasi IR</i>	<i>Pag. 103</i>
<i>Stewart J</i>	<i>Pag. 131</i>
<i>Suárez A</i>	<i>Pag. 155</i>

PROGRAMA
OFICIAL

X Congreso de la SLIPE
 XXIV CONGRESO URUGUAYO DE PEDIATRÍA
 III JORNADAS URUGUAYAS DE ENFERMERIA PEDIATRICA
 I Jornada del Pediatra Joven

Suárez C Pag. 164
 Suarez L Pag. 155
 Szteren L Pag. 135
 Tabárez A Pag. 136
 Tamargo I Pag. 179
 Tanzi MN, Pag. 134
 Techeira I Pag. 70
 Techera R Pag. 164
 Techera S Pag. 70 - 155
 Telechea D Pag. 124
 Telechea H Pag. 162 - 194
 Tihista S Pag. 139
 Toledo M Pag. 162
 Torrado L Pag. 200 - 201
 Torres ME Pag. 193
 Turreiles AL Pag. 163
 Tregnaghi JP Pag. 196 - 197 - 198
 Tregnaghi M Pag. 196 - 197 - 198
 U Fiusa-Lima Pag. 145
 Ussher J Pag. 196 - 197 - 198
 Vaglio A Pag. 150 - 154
 Varela G Pag. 199
 Venturino S Pag. 160
 Viale D Pag. 185 - 186
 Vidal J Pag. 216
 Viera MC Pag. 203
 Viña A Pag. 103
 Vivas P Pag. 183
 Ward E Pag. 164 - 165 - 166
 Wolaj M Pag. 162
 Zamora L Pag. 211 - 212 - 217
 Zanetta E Pag. 119 - 183 - 184
 Zipitria T Pag. 160

PROGRAMA
OFICIAL

X Congreso de la SLIPE
XXIV CONGRESO URUGUAYO DE PEDIATRIA
III JORNADAS URUGUAYAS DE ENFERMERIA PEDIATRICA
I Jornada del Pediatra Joven

239 14 al 17 de MAYO

PROGRAMA
OFICIAL

14 al 17 de MAYO **240**

X Congreso de la SLIPE
XXIV CONGRESO URUGUAYO DE PEDIATRÍA
III JORNADAS URUGUAYAS DE ENFERMERIA PEDIATRICA
I Jornada del Pediatra Joven

PROGRAMA
OFICIAL