Ecos de las XXX Jornadas

OXIGENACIÓN NOCTURNA Y FUNCIÓN PULMONAR EN NIÑOS CON BRONQUIOLITIS OBLITERANTE POSINFECCIOSA

Selvino M.V, Colom, A., Kuhar, F., Teper, A.

Centro Respiratorio Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez", Buenos Aires, Argentina. email: unidad3@intramed.net

Introducción

Los pacientes con enfermedades pulmonares crónicas pueden desarrollar hipoxemia durante el sueño. La función pulmonar en pacientes con bronquiolitis obliterante posinfecciosa (BO) se encuentra severamente comprometida aún en edad escolar. Hay poca información sobre la saturación de oxígeno nocturna en niños con BO con enfermedad pulmonar severa.

Objetivos

PRINCIPAL
Determinar la prevalencia de hipoxemia durante el sueño en pacientes escolares con bronquiolitis obliterante pos-infecciosa.

SECUNDARIOS

-Determinar si existe asociación entre:

- · Hipoxemia durante el sueño y función pulmonar.
- Hipoxemia durante el sueño y estado nutricional.
- Hipoxemia durante el sueño y test de marcha de los 6 minutos.

Materiales y Métodos

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Estudio transversal de pacientes con bronquiolitis obliterante post-infecciosa.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Diagnóstico de bronquiolitis obliterante.
- · Edad mayor a 4 años.
- · Pacientes capaces de realizar maniobra de CVF.
- Ausencia durante los tres meses previos de reagudización respiratoria.
- Condición clínica estable.

- Se excluyeron pacientes con oxígeno suplementario, trastornos neurológicos, displasia craneofacial, cardiopatía y uso de sedantes o antiepilépticos.
- Se valoró el estado nutricional.
- Se realizó:
 - · Espirometría
- Test de marcha de los 6 minutos
- SaO2 por oximetría de pulso, despierto en reposo
- · Se monitorizó la SaO2 durante la noche.
- Se definió hipoxemia nocturna a SaO2<90% por >5% del tiempo de estudio

Resultados

Pacientes	
n	40
Edad (años)*	12 (4-19)
Sexo Masculino	22
Percentilo Peso*	29 ± 24
Percentilo Talla*	37 ± 24
MC*	17,2 ± 3
SapO2 reposo*	98 ± 1
*= (V+DC)	

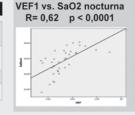
^{*= (}X±DS)

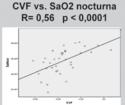
Función Pulmonar					
Variable	Valor	Respuesta β2			
CVF (%)*	58 ± 18	1 ± 17			
VEF1 (%)*	43 ± 14	7 ± 12			
VEF1/CVF	0.66				
FEF25-75 (%)*	22 ± 14	19 ± 36			
*= (X±DS)					

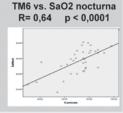
Distancia en metros*	459 ± 107
% de la distancia esperada*	71 ± 15
SaO ₂ reposo*	98 ± 1
SaO ₂ al finalizar estudio*	93 ± 3
Índice de fatiga Borg	0 (0-2)
*= (X±DS)	

Asociaciones

Oximetría Nocturna Tiempo de estudio libre de artefactos (minutos)* 518 ± 102 Episodios de Hipoxemia nocturna 0 SapO2* 96 ± 2 SapO2 inferior* 90 ± 3







Conclusiones

Los resultados del estudio muestran que a pesar del severo compromiso de la función respiratoria, los niños con BO posinfecciosa a edad escolar no presentan episodios de hipoxemia nocturna.

La oxigenación nocturna se correlacionó con el grado de compromiso de la función pulmonar y con su capacidad funcional expresada por el test de caminata.

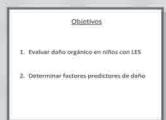


Daño Orgánico en Niños con Lupus Eritematoso Sistémico (LES)

Alvarez, M; <u>Deves, V</u>; Coronado, M; Meiorin, S; Cocucci, M; Arechaga, L; Moreno, J; Espada, G.

Servicio de Reumatología Hospital de Niños "Dr Ricardo Gutierrez" Buenos Aires, Argentina









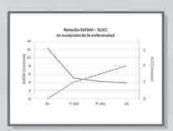
	Resultados (cas demográficas y c (iiii 88)	linicas	
Mujores	n (m)	2	2 (62)
Edad of Dx	(ello) Mediums (IIIC)	13,1	(11,5-14,7)
Tpo de seguimiento	(edust Memoria (HIC)	5.1	(1,7-6,5)
Tpa de evalución enf	Listoù Mediana (BIC)	5.6	(4.6.6)
SLEDAL at Dx	Mediunii (8)C)	12	(7,7-15.2)
Manifestaciones clínicas al Dx a mucocutinas projec-esquelético q terral		n % 62 (75) 60 (68) 89 (50) 10 (11.4)	

102



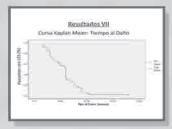






Daño a	prin	ner año		
		144/m 	Hin Status Hind 2	
fino di fin	8 (8)00	13 (12/6)	\$2,T.112,97	. 111
Тао ее вменьное инев	20099	5,9 (12.6)	30.0 (0.2)	1.096
Presubni	T 1787	30 (44)	57-1481	7%
Al Diagnortio)		4-(191	0 (8.9)	1.00
- SINC -	0.050			
ABillion	0.650	13 (57)	30.1482	1.60
SLEDAY	HODE:	35.8(7)	13/4/115/21	100
Tratablemo egrecio o musi	- in the co	1.1 (62)	31 (44:3)	7.900
Doors unumishad wide CFC ALT* abo (gr)	HID4)	60.03+6.03	S-N21-81	

		Quille Towns	Bir Defu	В
Fire or City	8.990	\$3.1 (53.1)	(2.003.8)	777
Lampe on evolution (ma)	4900	5.2 (12.3)	3,50(1.0)	615
Progrume	- 100	£1.145.61	211 (90)	:115
Al Dingressing:		7 (15,7)	3 (7.3)	69
SNC	((200)			
Bifum	466	20 (43.4	24 (57)	101
54.0088	HOTE .	E4.9 (15.8)	11.6658,41	m
Printernation agreesive descript	H (H)	20 (43.4)	-24.(57)	hi
Doese acomplista de CTC -		20.7 (411.5)	10.7(±0.4)	



	(Regresión	in Indiana and	
19-41175	77	0.5	11.7
Medie	2551	70,715.2	IMT.
SNC at the	7889	0.046	1899
E-Street, Prompt Stocks	1.001	0.642	391
Sc#O4/ Association et	1000	6912	.007
HIC 93 EL MICS	.8791	30054	,796
Danie salarmer der CTC 2 'prics	30%	300 EX	(700)
Dames of the last	338	3(47)	2897

П	Conclusiones
þ	i illuestro serer de pocimiero probatricos con LES
ŀ	La provehencia de daño fun de 52%.
٠	Re amoio a un alto scorr de SEEDAI el micro de fa enfermedad (p.912) y a la doise acumulade de esteroides a la ultima comulta: (vator needio de 31.7 gl ± 12.4, p.04)
	La hille rengi, convenience y catanism Poerco las enuesa mai comunes de Callo duránte di primer allo de analocion de la antirrimistati, qual hago de 3 dice de seguinamento, los catanisms, anecosta secución y si artrela, miscaste flueno las previolentes (posibilitamente casicionadas a 4 did miscasteritamento).
	No se hallinos gredistrom de siallo en esso cohorda.
	Annual Commissional Art (ST Journal for Annual Commissional Commission

Revisión de la literatura					
	Section 10	100-04E	-		
Date II	1100	-0.1	446	- 10	
MICH.	167	230	101	9.5	
No. of Contract	7.887	315	61	10	
Administration for	1347	3.1	- 4	10	
Conductors, %	7.9.1	223.	44	7.0	
Total la	44	21 to		-	
Secretar St.	2007	8.1	100	3.5	
Manager St.	15637	25	14	5000	
fiel's:	5600	24	181	34	
mer in	6.4	2.4		1.1	
	- 4		4		
Street Street	155	Mar.		40.5	
men Germen	10.7	26.9	-	43.8	

EXPERIENCIA DE CAPACITACIÓN CONTINUA E INTERDISCIPLINARIA EN SERVICIO.

Hiebra MC, Pasqualini D, Toporosi S, Mayansky G, Milgram L, Esrubilsky V, Poggione N, Arditi Z, Garbocci A, Longarela H, Glombovsky A, González A. **Servicio de Adolescencia del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.** mhiebra@fibertel.com.ar

Introducción: El Servicio de Adolescencia fue creado en 1982. En 2012 se realizaron 22.000 consultas de clínica, ginecología, salud mental, psicopedagogía y servicio social y se internaron 112 adolescentes en un sector diferenciado. La capacitación continua de recursos humanos en trabajo integral e interdisciplinario ha sido un eje fundamental entre las actividades desarrolladas. Profesionales del servicio han sido directores, asesores, autores y tutores del programa de capacitación y de proyectos de investigación. Se relata una experiencia de 31 años de trabajo en docencia.

Objetivos:

- 1. Describir la gestión de la capacitación en servicio.
- 2. Referir el perfil de los que participaron en dicha capacitación.

Gestión de la capacitación: Se crearon espacios de capacitación reconocidos por: el Comité de Docencia e Investigación del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, el Ministerio de Salud del GABA, la Facultad de Medicina y de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, la Sociedad Argentina de Pediatría y el Ministerio de Salud de la Nación. Se implementó: atención clínica y de salud mental supervisada, pases diarios, ateneos intra e interdisciplinarios semanales y cursos anuales. Se desarrollaron proyectos de investigación, que se presentaron en Congresos y Jornadas; varios fueron publicados en diversos medios y algunos obtuvieron premios

Perfil de los capacitados: *Rotantes de pediatría, salud mental, trabajo social del hospital y de otros centros de CABA, del país y de otros países. *Médicos, psicólogos, psiquiatras y psicopedagogos participan del Programa de Actualización de Postgrado Interdisciplinario, Teórico- práctico, Bianual del Ministerio de Salud de CABA y de la Facultad de Medicina de UBA desde 1996. En total se capacitaron 91 profesionales.

*24 pediatras y 8 jefes de residentes ingresaron a la Residencia Posbásica en Salud Integral del Adolescente, desde 2005.

Becas de iniciación y perfeccionamiento fueron otorgadas a ex-residentes o concurrentes por la SAP y el Ministerio de Salud de la Nación.

*Capacitación en servicio a profesionales de varias provincias a través del Programa de Salud Integral en la Adolescencia del Ministerio de Salud de la Nación. 5 profesionales de planta y 13 formados en el servicio participan del programa.

Lecciones aprendidas: La capacitación en servicio constituye una herramienta útil para integrar la transmisión teórica y clínica a los jóvenes profesionales y al enriquecimiento permanente entre generaciones. Los capacitados se constituyen en agentes multiplicadores capaces de generar espacios donde continuar un programa de atención y prevención en adolescencia.



Piercing y tatuajes como Indicadores de Conductas de Riesgo en la Adolescencia

Ruggiero S, Tello J, Soubies E, Sanz C drpajarito@hotmail.com Servicio de Adolescencia - Hospital General de Niños Pedro de Elizalde - CABA

ntroducción

Durante la adolescencia los jóvenes confrontan lo cotidiano para generar su identidad; al hacerlo pueden exponerse a situaciones riesgosas. Cierta evidencia sugiere que el uso de piercings y/o tatuajes podría asociarse con conductas de riesgo. Identificar oportunamente a estos sujetos permitiría adoptar las medidas preventivas correspondientes

Objetivos

- Evaluar si existe asociación entre el uso de piercings y/o tatuajes y conductas de riesgo en adolescentes.
- •Estimar la prevalencia de esta práctica.

Población

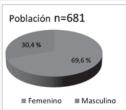
Adolescentes de 12 a 20 años de edad asistidos en el Servicio de Adolescencia del HGNPE, desde el 01/12/2012 al 30/01/2013.

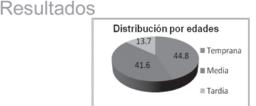
Diseño Corte Transversal

Material y métodos

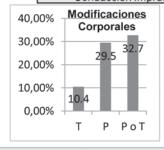
Se aplicó la encuesta sobre conductas de riesgo del Sistema de Vigilancia de Comportamientos de Riesgo en la Juventud (YRBSS, CDC, EEUU)que monitorea seis categorías: lesiones no intencionales y violencia, sexualidad, consumo de sustancias, alimentación y actividad física inadecuadas. Además, se indagó sobre piercings y/o tatuajes. La encuesta fue autoadministrada y anónima.

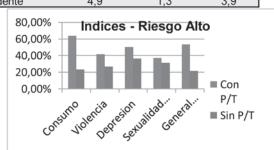






		Con P/T (%)	Sin P/T (%)	OR IC95%
	Tabaco	71,7	27,7	6,61
Consumos	Alcohol (CEE)	50,2	24	3,1
	Marihuana	29,1	5	7,78
	Cocaina	11,2	0,7	19,15
	Otras sustancias	8,5	0,9	10,5
Violencia	Peleas fisicas	13	5,2	2,7
	Portacion armas	8,1	1,3	6,61
Depresion		45,7	30,6	1,91
	Ideas	25,1	16,6	1,68
Suicidio	Plan	18,8	12,4	1,63
	Intento	19,7	12	1,801
IRS	Temprano	46,6	21	3,29
Conducc	ion Imprudente	4,9	1,3	3,9





Conclusión

En los adolescentes evaluados, el uso de tatuajes y/o piercings se asoció significativamente a conductas de riesgo como: consumo de alcohol y drogas, síntomas depresivos, conductas suicidas y violentas, inicio de relaciones sexuales tempranas y falta de prevención de accidentes.

Prevalencia de tatuados: 10,4% y de uso de piercings: 29,5%

EFECTO DE LA APLICACIÓN DE LA ESTIMULACIÓN MUTISESORIAL ATVV (AUDITIVA, TÁCTIL, VESTIBULAR Y VISUAL) REALIZADA POR ALAS MADRES EN EL MODO ADAPTATIVO FISIOLÓGICO DEL RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO

ADRIANA RAQUEL TABORDAORTIZ
ADRIANATABORDAORTIZ@HOTMAIL.COM- ARTABORDAO@UNAL.EDU.CO.

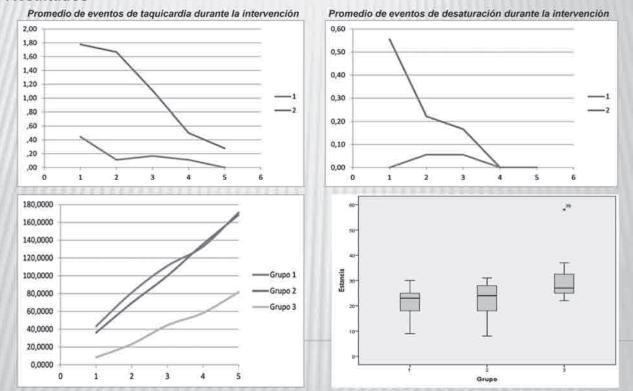
Objetivo general:

 Determinar la eficacia de la aplicación de la estimulación multisensorial ATVV realizada por las madres en el modo adaptativo fisiológico del recién nacido pretérmino.
 Objetivos específicos:

Determinar los cambios fisiológicos (FC, Sa02) que el recién nacido pretérmino presenta antes, durante y después de la aplicación de la estimulación multisensoral ATVV.

- •Establecer diariamente la ganancia de peso del recién nacido pretérmino.
- Determinar la estancia hospitalaria del recién nacido pretérmino.

Resultados



Conclusiones

Ganancia de peso promedio por grupo

El estimulo contextual: estimulación multisensorial ATVV aplicada por las madres en el recién nacido prematuro hemodinámicamente estable, al no ser un método invasivo, puede ser ejecutada sin la interrupción de los procedimientos llevados a cabo diariamente en el recién nacido pretérmino.

Asimismo, es relevante tener presente que la aplicación de la estimulación en diferentes dosis ha mostrado un comportamiento seguro en los prematuros. Por lo cual, la estimulación multisensorial ATVV es vista como una gran oportunidad para demostrar la capacidad del recién nacido pretérmino para adaptarse efectivamente

Promedop de la estancia hospitalaria



VALOR DE LA ECOGRAFIA PARA DETECTAR SINOVITIS SUBCLINICA EN ARTRITIS IDIOPATICA JUVENIL POLIARTICULAR (AIJp) EN REMISION CLINICA

Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez .Buenos Aires.

Autores: Burghi S, Guerini L, Barzola ML, Meiorin S, Blumenthal L, Espada G.. S. Reumatología y Diagnóstico por Imágenes. (marialaurabarzola@yahoo.com.ar)

INTRODUCCIÓN

La ultrasonografia (US) y el Doppler color son una herramienta útil para detectar compromiso inflamatorio sinovial y daño anatómico al diagnostico y durante el seguimiento en AIJ, pudiendo estudiar múltiples regiones articulares, fundamentalmente en el subtipo poliarticular. En niños aún no es utilizada de manera sistemática para confirmar la definición clínica de "sinovitis inactiva" y detectar "sinovitis subclínica".

OBJETIVOS

Describir los hallazgos ultrasonográficos en ptes con AIJ poliarticular en remisión clínica (RC)

PACIENTES Y MÉTODOS

- * Estudio prospectivo
- ❖ Criterios de inclusión Pacientes con AIJ poliarticular (ILAR 01) Evolución enfermedad ≥ 2 años
 - Remisión clínica con y sin medicación (RCM y RSM, Wallace 05)
- Se analizaron variables demográficas, clínico-funcionales y de actividad de la enfermedad .
- * Evaluación clínico-ecográfica (durante la misma semana) al inicio y a los 3 meses.
- Evaluación ultrasonográfica (Por 1 mismo radiólogo pediatra, ciego al examen físico) de articulaciones clínicamente inactivas, previamente afectadas
 - Sinovitis por US → Doppler positivo en área de hipertrofia sinovial.
 - Sinovitis subclínica → US con hipertrofia sinovial y Doppler positivo, en ausencia de artritis clínica

Hallazgos patológicos en US

Escala de grises

- Hipertrofia sinovial(HS): tejido intraarticular anormal hipoecoico, parcialmente compresible, c/s Doppler positivo
- Efusión articular (EF): espacio articular anormal, anecoico, compresible
- Tenosinovitis(TS): Tejido con aumento de espesor hipo o anecoico, c/s líquido peri tendón, c/s Doppler positivo.

Señal de Power Doppler y registro espectral.

- Grado 0: ausencia de señal, Grado 1: señales vasculares aisladas, Grado 2: señales vasculares confluentes en menos de la mitad del área sinovial, Grado 3: señales vasculares confluentes en más de la mitad del área sinovial.

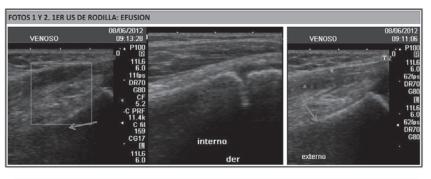
Equipo Toshiba, modelo Nemio, transductor lineal de alta frecuencia, 6-12MHz con Power Doppler color.

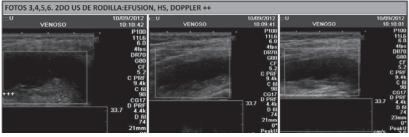
Análisis Estadístico descriptivo. SPSS 15.0

RESULTADOS

TABLA 1 Características demográficas y clínicas (n=19)

Sexo F/M	14/5
Edad a US, años	12,9 (11,4-
Mediana, (RIQ)	16,2)
Tpo remisión, años	1,53 (1,18-
Mediana, (RIQ)	2,32)
Tpo evolución a US,	6,04 (3,5-8,5)
años	
Mediana, (RIQ)	
FAN +	12 (63%)
FR+	6 (31%)
Remisión	17 (89%)
c/medicación	(MTX – antiTNF)
CHAQ	0,02 (+-0,06)
Media (±DS)	





77

LOS HÁBITOS EN NUESTROS NIÑOS. ESTEMOS ATENTOS A LO QUE NOS PASA.

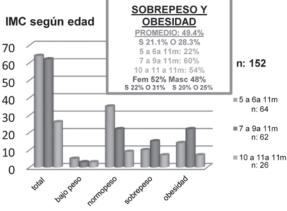
180

Autores: Tenenbaum M, Schargrodsky L, Ayuso MS, Casal de Rey R, Czerniuk P, De Bella K, Fernandez S, Podskubka S, Vaizman L, Viola P, Sabbaj L.



Contacto: mbtenen@intramed.net Introducción: Se describe un aumento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad (SO) en la población mundial. Los malos hábitos alimentarios, la falta de actividad física y el sedentarismo favorecen el inicio temprano de enfermedades cardiovasculares, síndrome metabólico y diabetes tipo 2. Objetivo: Describir en nuestra población pediátrica la prevalencia de SO y los factores de riesgo. Población: pacientes elegidos al azar de 5 a 12 años que consultaron entre junio y diciembre de 2012. Material y Métodos: Estudio transversal, descriptivo y analítico realizado en base a una encuesta. Análisis estadístico Epi info 6. Resultados: Se realizaron 152 encuestas

	Pcia. Bs As	74%	38
Procedencia	CABA	25%	112
	Otros	1%	2
Carra	Femenino	48%	73
Sexo	Masculino	52%	79
Controles	si	78%	86
en salud	no	22%	24
	Argentina	68%	102
Nacionalidad	Paraguay	17%	25
materna	Peru	9%	13
	Bolivia	6%	9
Patología	so	28%	43
materna	HTA	16%	22
Escolaridad	incompleta	59%	89
materna	completa	41%	63
	< \$3000	44%	67
Ingresos	\$ 3000 a 6000	51%	77
	\$6000 a 12000	5%	8
Hacinamiento	Si	18%	24
Subsidios	Si	41%	61



Hábitos Alimentarios:

- ✓EI 82% consume lácteos enteros.
- ✓ Sólo el 53% consume agua en las comidas principales.
- ✓El 74% almuerza en la casa acompañado.
- ✓ El 54% almuerza mirando TV.
- ✓ Consumo ≥ 4 veces por semana: Galletitas dulces 75%, jugos artificiales 58%, golosinas 45%, gaseosa 31%.
- √ Consumo ≥ 2 veces por semana: Legumbres sólo el 32%.
- ✓ Consumo ≥ 1 vez al día:

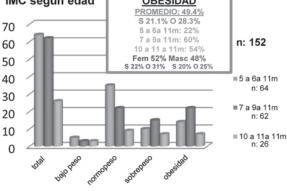
Frutas sólo el 32%, vegetales A y B sólo el 5%

✓ Consumo esporádico:

Pescado, semillas y frutos secos > 70%.

Actividad física:

✓EI 80% no realiza actividad física extraescolar programada.



Datos estadísticamente significativos

En niños con SO fue mayor:

- La TA sistólica p 0,01 x² 5,79.
- •La circunferencia de cintura p 0,00001 x² 53.

Presentaron mayor prevalencia de SO

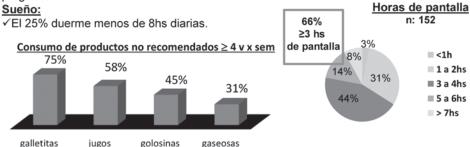
- ·Los niños hijos de madres con SO p 0,04 x^2 3,93.
- ·Los niños provenientes de familias con ingresos < a \$3000 P $0.01 x^2 6.56$.

Los niños con SO

- •No consumen vegetales A y B diariamente $p 0.04 x^2 4.19$
- •Consumen jugos diariamente p 0,006 x² 7,48.
- •Consumen frituras ≥ de 4 veces por semana $p 0,02 x^2 5,1.$

Tendencia:

·Los niños que cenan mirando tv presentaron mayor SO p 0,06 x 2 3,48.



Conclusiones: En nuestra población el 49,4% de los niños presenta SO. Tanto los niños con SO como los normopeso consumen alimentos de mala calidad nutricional en cantidades que superan las recomendaciones. Tampoco cumplen las pautas con respecto a la ingesta de agua, lácteos, actividad física y horas de pantalla. Esto se constata a pesar de la alta concurrencia a controles de salud y la presencia de adultos durante las comidas. Resulta difícil para el pediatra y la escuela revertir la influencia de la publicidad en los hábitos familiares.



COMPRESIÓN MEDULAR AGUDA EN UN PACIENTE CON RABDOMIOSARCOMA PARAVERTEBRAL

Díaz Pumará E.1, Fernández Díaz J.1, Mesyngier P.1, De Mena A.1, Puppa G. Fallo A.1

1 Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez

1. INTRODUCCIÓN

La compresión medular es una emergencia oncológica que requiere un rápido abordaje diagnóstico y terapéutico.

2. OBJETIVOS

Presentar un paciente con compresión medular secundaria a rabdomiosarcoma y realizar una revisión de la bibliografía sobre el tema.

3. CASO CLÍNICO

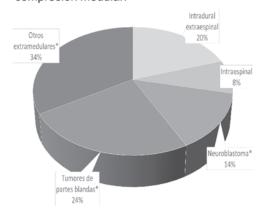
Paciente de 8 años con rabdomiosarcoma parameníngeo torácico. Se realizó resección quirúrgica (90%) un mes previo a la quimioterapia. A los 7 días del primer ciclo presenta paraparesia, disestesias y dificultad para la micción.

Con diagnostico de compresión medular se indica dexametasona endovenosa (EV) y resonancia magnética (RM) donde se observa masa tumoral paravertebral izquierda que invade el conducto raquídeo a través de los neuroforámenes ocupando el espacio extradural y desplazando el saco tecal y la médula espinal.(figura 1, 2 y 3).

Se realiza laminectomia descompresiva.

Evoluciona con recuperación inmediata de la sensibilidad y progresiva de la función motora.

Distribución de tumores que producen compresión medular.



*Tumores con origen extramedular (72%)







Figura 3

Figura 1 Figura 2

4. DISCUSIÓN

La compresión medular puede ser la presentación inicial o una complicación en la evolución de pacientes oncológicos, manifestándose como un cuadro agudo o insidioso. La RM confirma el diagnostico. El tratamiento consiste en la descompresión de la médula. No existe un protocolo terapéutico establecido en pediatría. Se recomienda asociar corticoides EV a cirugía con o sin radioterapia y quimioterapia. El pronóstico se relaciona con el compromiso neurológico al momento de iniciado el tratamiento.

5. CONCLUSIÓN

En los pacientes oncológicos un alto índice de sospecha, permite realizar diagnóstico y tratamiento precoz mejorando el pronóstico y disminuyendo las secuelas a largo plazo.

XXX JORNADAS DEL HOSPITAL DE NIÑOS "RICARDO GUTIERREZ"

186



"SINDROME NEFRÓTICO CONGÉNITO E INFANTIL. SERIE DE CASOS."

Tamashiro C.; Chaplin M.; Robledo C.; Falk N.; Huang E. claratamashiro@gmail.com
Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Buenos Aires

Introducción

El sindrome nefrótico congénito (SNC) se define como un sindrome nefrótico (SN) que se presenta antes de los tres meses de edad. Y el sindrome nefrótico infantil (SNI) es el que se presenta entre los cuatro y doce meses. Se describen causas primarias (genéticas), siendo la más frecuente la alteración del gen NPHS1 (tipo finlandés), y secundarias tales como infecciones o exposición a tóxicos. Estas son enfermedades renales poco prevalentes. El Servicio de Nefrología del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez (HNRG) es un centro de derivación de pacientes con estas patologías.

Objetivo

Describir los casos de los niños con SNC y SNI atendidos en el Servicio de Nefrología del HNRG en el período de 2000 a 2012.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes internados en el Servicio de Nefrología del HNRG en el período de 2000 a 2012. Se incluyeron los pacientes que fueron diagnosticados con SN antes del año de vida.

Resultados

Nro. Caso	Edad debut	Clinica debut											
		Clinica debut	Serologias	Corticoides (CTC)	Respuesta a CTC	Inmuno supresores (IS)	Respuesta a IS	Punción Biopsia Renal	Estudio Genético	IRC	Transplante renal	Nefrectomia	Evolución
1	10m	Edema MMII, ascitis	Virales y parasitarias negativas	Metilprednisona 48mg/m2 3 semanas + pulso Metilprednisolona	No	Ciclofosfamida	Si	Esclerosis focal y segmentaria	Si. Dio Negativo.	No	No	No	Descontinúa seguimiento en HNRG.
2	1m8d	Edema escrotal y en glande	CMV+. Resto negativas	No		No		Esclerosis mesangial difusa	Si. Dio Negativo.	Si		Si. A los 8 meses	Diálisis peritoneal ambulatoria
3	11m	Edemas bipalpebral y MMII	Virales y parasitarias negativas	Metilprednisona 48mg/m2 3 semanas + pulso Metilprednisolona	No	No		Esclerosis mesangial difusa	SI. NPHS1	Si	No	No	Fallece
4	11 ddv	Edemas bipalpebral y MMII. Leve ascitis, suturas amplias, hidrocele bilateral	Virales y parasitarias negativas	No		No		Hipercelularidad mesangial leve a moderada con leve aumento de matriz. Sin esclerosis	Si. Dio Negativo.			Si. A los 6 meses	Descontinúa seguimiento en HNRG.
5	4m	Edernas en MMII y macrohematuria	VDRL+, resto negativas	No		No			No	No	No	No	Resuelve luego de tratamiento con Penicilina
٠	1m y 15 d	Anasarca y fiebre	Virales y parasitarias negativas	No		No		No se pudo realizar por coagulograma alterado	No		No	No	Fallece
7	2m	Sme. Ascitico edematoso	CMV+. Resto negativas	No		No		Se realizó, sin acceso a resultado	No	Si	No	No	Fallece
	10m	Edemas Generalizados	Virales y parasitarias negativas	Metilprednisona 48mg/m2 6 semanas + pulso Metilprednisolona	No	Ciclofosfamida	Si	Glomeruloesclerosis focal y segmentaria	No				Descontinúa seguimiento en HNRG.
	4m	Edema bipalpebral, oliguria, aumento de peso	CMV+. Resto negativas	No		No		NTA en evolución. Proliferación mesangial. Sin inclusiones CMV	No	No	No	No	Descontinúa seguimiento en HNRG.
10	8m	Edema bipalpebral	Virales y parasitarias negativas	Metilprednisona 6 semanas continuo y 6 semanas discontinuo	Si	No		Proliferación mesangial	No	No	No	No	Resuelve con CTC
11	15 ddv	Edemas generalizados, hipoalbuminemia, proteinuria masiva	Virales y parasitarias negativas	No		No		Esclerosis mesangial difusa	No	Si	A la espera	Si, al año de vida	Continua bajo seguimiento ambulatorio

Conclusión

La principal causa de SNC en los países desarrollados es la genética. La misma se describe como una entidad corticoresistente, por lo cual no se debería iniciar corticoterapia. En nuestro medio se encontraron 2 casos con causa infecciosa. Respecto al SNI encontramos gran variedad etiológica: causa infecciosa, genética y con respuesta a corticoides o inmunosupresores. En ambas entidades es recomendado descartar la etiología infecciosa, especialmente es países en desarrollo. Creemos necesario seguir describiendo estos casos y realizar estudios para obtener algoritmos de diagnóstico y tratamiento adaptados a nuestro medio.

Agradecimientos: Dra. Christian Elias Costa

PATRON CLINICO EPIDEMIOLOGICO DEL VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO (VSR) EN NIÑOS INTERNADOS EN UN HOSPITAL PEDIATRICO DURANTE LOS AÑOS 2000-2012

EN ARGENTINA

193

Introducción

- ·Las infecciones respiratorias son una de las principales causas de ausentismo escolar consulta médica y hospitalización en pediatría.
- ·Los virus son los agentes patógenos más frecuentes en las infecciones respiratorias agudas bajas (IRAB).
- •El VSR es el principal agente asociado a IRAB en pediatría y causa de importante morbimortalidad en menores de 1 año

Objetivos

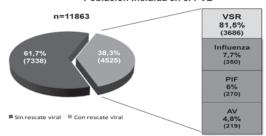
- ·Describir el patrón clínico-epidemiológico de los pacientes hospitalizados con infección
- •Identificar los factores de riesgo de infección por VSR.

Métodos

- •Estudio prospectivo, analítico de cohorte de pacientes internados con infección respiratoria aguda baja (IRAB) realizado en el marco del Programa de Vigilancia Epidemiológica (PVE) de las IRAB del Hospital de Niños Ricardo G en el período marzo-noviembre de los años 2000-2012.
- ·Criterios de inclusión: todos los pacientes internados por IRAB.
- •Criterios de exclusión: pacientes internados por causa no respiratoria que presentaron síntomas de IRAB durante la internación.

Población

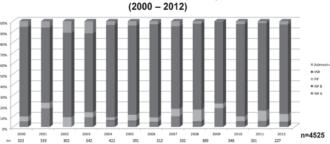
Población incluida en el PVE



n = 3686	n	%	
Sexo	Varones	2102	56,9
	< 3 meses	414	11,2
Edad Mediana= 7 meses	< 6 meses	1136	43,3
(0-17 años)	< 12 meses	2047	74,2
	< 24 meses	2812	91,8
Prematurez	503	13,7	
Patología respiratoria al nace	420	11,4	
Inmunosuprimidos	69	1,9	
Desnutrición	192	5,2	
Antecedente de internación prespiratoria	984	27	

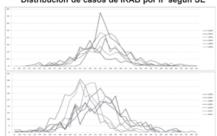
Resultados

Distribución anual de los Virus Respiratorios



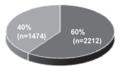
La tasa de incidencia hospitalaria anual promedio de bronquiolitis 39.1/1000 (pico en 2003: 47.8/1000) y la de bronquiolitis por VSR de 15.4/1000 (8-19.4)

Distribución de casos de IRAB por IF según SE



El VSR persistió con incidencia alta durante todo el invierno extendiéndose hasta la primavera. Los picos se presentaron entre las semanas epidemiológicas 25 a 30 (junio) a excepción de los años 2010 y 2012 que presentaron picos más precoces a partir de la SE 18 (mayo).

Manifestaciones Clínicas



- Broad # folitts Ne um on la n=3686

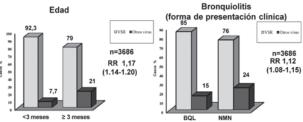
Se halló comorbilidad en el 41,5%, las más frecuentes fueron:

- enfermedad respiratoria crónica (ERC) 74%
- cardiopatías congénitas 14%
- enfermedad neurológica crónica 10.1% La bronquitis obstructiva recidivante
- correspondió al 94% de las ERC registradas.

Se detectaron complicaciones en el 24,4%: otitis media aguda (33%) y atelectasia (19 %)

Infección hospitalaria: 6% (239/3535) Tasa de letalidad 2% (72/3657)

Factores de riesgo relacionados a las Infección por VSR





Uso de Broncodilatadores n=3686 RR 1.26 (1.09 - 1.45)



NO

n=3686 RR 1,14 (1.07 - 1.21)OR 3.8 (2.9-5) p<0.01.

El antecedente epidemiológico de contacto viral resultó ser el único predictor independiente de riesgo de infección por VSR

Análisis Multivariado

- bronquiolitis. •El contacto epidemiológico viral resultó ser el único predictor