# XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA

B15

**3, 4 y 5 de Mayo de 1991**

**CLUB TACUAREMBO - TACUAREMBO**

PUBLICACION OFICIAL

# XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA

**3, 4 y 5 de Mayo de 1991**

**CLUB TACUAREMBO - TACUAREMBO**

PUBLICACION OFICIAL

Secretaría: Meetings S.R.L. Av. 18 de Julio 1268 Esc. 1105. Tels. 91 52 31 - 92 20 83
Montevideo - Uruguay

## COMISION DIRECTIVA DE LA SUP

**Presidente**
Dr. Rodolfo Maggi

**Vice Presidente**
Dr. Antonio Nairac

**Secretario General**
Dra. Graciela Sehabiague

**Secretario de Actas**
Dra. Ivonne Rubio

**Tesorero**
Dr. Octavio Failache

**Vocales**
Dra. Marina Caggiani
Dra. María del Carmen Camacho
Dra Nilda Crovetto
Dra. Mabel González

## COMITE EJECUTIVO DE LAS JORNADAS

**Presidente**
Dra. Ana María Ferrari

**Vice Presidentes**
Dr. Nelson Ferreira De Mattos
Dr. Antonio Nairac

**Secretarios**
Dra. Graciela Sehabiague
Dr. Cleber Vilar Segura

**Tesoreros**
Dra. Eduviges Esteves
Dr. Octavio Failache

**Vocales**
Dr. Juan José Alejandro
Dra. María del Carmen Camacho
Dra Nilda Crovetto
Dra. Mabel González
Dra. Ivonne Rubio

## COMITE DE HONOR DE LAS JORNADAS

Dra. Zenia Da Rosa
Dr. Daniel Fonseca
Dra. Irma Gentile Ramos
Dr. Fernando Mañé-Garzón
Dr. Ramón Carlos Negro
Dr. José M. Portillo
Dr. Alfredo U. Ramón Guerra

## COMITE CIENTIFICO DE LAS JORNADAS

Dr. Raúl Bustos
Dra. Marina Caggiani
Dra. Ana María Ferrari
Dra. Ofelia López
Dr.Tito Pais
Dr. Jorge Quian
Dra. Leopoldina Rodríguez

## INVITADOS EXTRANJEROS

Dra. María Luisa Ageitos (Argentina)

Dr. José Alves da Cunha (Brasil)

Dra. Melba F. de Borrero (U.S.A.)

Dr. Francisco José Penna (Brasil)

Dra. Valeria Prado (Chile)

# XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA

## TEMAS OFICIALES

*** LACTANCIA MATERNA**

*** ALIMENTACION DEL NIÑO SANO**

*** ALIMENTACION DEL NIÑO ENFERMO**

*** INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS ALTAS**

*** NEUMONIAS**

**XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA**

# CONFERENCIAS

## INFECCIONES RESPIRATORAS AGUDAS.

Dr. José Alves da Cunha (Brasil)

Estima-se que ocorram 15 milhoes de óbitos por ano en menores de 5 anos, sendo 95% destes nos países em desenvolvimento. Aproximadamente 4 milhoes desses óbitos sao devidos a infecçoes respiratórias agudas, sendo dois terços em menores de 1 ano, e a maioria (90%) por pneumonia. A mortalidade por pneumonia é muito maior nos países em desenvolvimento comparada aos países desenvolvidos. Exemplificando, a taxa de mortalidade por pneumonia no Paraguai é 40 vezes maior que a do Canadá. Observa-se também que os países de Cone Sul, embora com mortalidade mais elevada que dos países desenvolvidos, nao apresentam uma situaçao uniforme. O Chile por exemplo tem a menor taxa de mortalidade infantil da reagiao (19.1/1000), no entanto a percentagem de óbitos por pneumonia neste grupo etário (15,2%) é maior do que a dos países vizinhos. O Uruguai apresenta taxa de mortalidade infantil de 28/1000 e por pneumonia de 132,6/100.000). (*)Apesar de taxas pouco elevadas, comparadas a outros países em desenvolvimento observa-se diminuiçao lenta das mesmas, fazendo com que a distância que separa estes países dos desenvolvidos, aumente gradativamente.

Crianças menores de 5 anos tem en média 4 a 8 episódios de IRA por ano, o que significa no mínimo 2 milhoes de episódios a cada ano nos países em desenvolvimento. Isto gera uma sobrecarga enorme aos já saturados serviços de saúde destes países. Em geral 30 a 60 % das consultas pediátricas e 30 a 40% das hospitalizaçoes nestes locais sao devidas as IRA.

As IRA podem ocorrer no trato respiratório superior e inferior, variando desde um simples resfriado, passando por otite média e faringo-amigdalite, indo até bronquiolite e pneumonia. Difteria, sarampo e coqueluche também sao infecçoes respiratórias. A grande maioria dos episódios de IRA sao leves e autolimitados. Entretanto, para cada 30 a 50 episódios de tosse, ocorre um caso de pneumonia que sem tratamento apresenta elevada letalidade.

Estudos em países em desenvolvimento, através de punçao pulmonar, mostraram que 80% de todas as pneumonias sao causadas por duas bactérias - Streptococcus pneumoniae e Haemophilus influenzae. A maioria das outras IRA sao causadas em geral por virus.

A experiência clínica e estudos de intervençao em países em desenvolvimento tem demostrado que o tratamento precoce com antibiótico pode reduzir a mortalidade por pneumonia, em especial onde a mortalidade infantil esta acima de 40/1000. Observa-se ainda que muitos óbitos por pneumonia ocorrem en casa, alguns após 24 a 48 horas do início da doença. A estratégia mais adequada entao para reduzir a mortalidade por IRA é assegurar o acesso e em tempo hábil ao correto manejo de casos de pneumonia. Isto requer o fortalecimento dos serviços de saúde, capacitando-os a prover tratamento

precoce com antibióticos, com base a sinais clínicos que sejam facilmente reconhecidos. A maioria dos casos de pneumonia podem ser detectados usando-se um protocolo simples, buscando-se a ocorrência de **RESPIRACAO RAPIDA E RETRAÇAO TORAXICA**, em crianças com tosse ou dificuldade para respirar.

É sabido hoje que um número elevado de casos e óbitos por pneumonia nos primeiros 2-3 meses de vida, tem sido subestimado. Crianças nesta faixa etária apresentam características especiais como sinais inespecíficos associados a pneumonia, e padrao respiratório diferente de crianças maiores, o que levou à elaboraçao de normas e condutas específicas para este grupo etário.

As infecçoes respiratórias agudas do trato superior, embora nao sejam responsáveis por mortalidade elevada, podem causar incapadades importantes, merecendo atençao especial caso hajam recursos disponíveis.

Desde 1982 a Organizaçao Mundial da Saúde, en conjunto com os países membros, tem feito esforços para combater as IRA e reduzir sua mortalidade através de várias atividades, incluíndo cooperaçao técnica e investigaçoes, o que tem resultado no aumento do número de países com programas de controle de IRA em andamento.

## PEDIATRIA EN EL INTERIOR DEL PAIS: AYER Y HOY

Dra. Zenia Da Rosa de Benítez (Uruguay)

Al encarar el ejercicio de la Pediatría en el interior hemos de reflexionar y considerar que si bien es una misión grata, amena, es también compleja y sugestiva, con limitaciones según la óptica con que se encare el tema y cuya trascendencia no debe subestimarse, ya que ella contribuye al cuidado de los futuros ciudadanos de nuestro país.

Considerado en orden afectivo, espiritual, humano, el pediatra actúa como tal; como consejero familiar, como confidente del adolescente, como árbitro en ciertas relacionas matrimoniales, así como de padres e hijos; comparte angustias con el niño y su familia durante la enfermedad; tiene una participación afectiva y un contacto más íntimo con el enfermito y su medio.

En años atrás, honrado y venerado por la sociedad en que actuaba; era médico, asistente social, puericultor y amigo, como solían decir: Un segundo padre.

El médico que por años iba a un hogar atendiendo niños de un matrimonio, luego los hijos de esos niños, acababa por integrarse afectivamente a la familia; estimado y respetado por los padres, era querido y distinguido por los niños.

Hoy, esos valores se van perdiendo debido a muchas circunstancias; unas inherentes al médico, otras al paciente, al público general, al ambiente socio-económico y cultural en que se actúa; la forma de valorar, de considerar, de cotizar la actuación de un pediatra, y porqué no decirlo, de un médico en general ha cambiado mucho; hay cierto predominio por lo técnico, por lo material, por todo aquello que impresiona la vista: se ha olvidado el arte de la medicina y el factor espiritual.

La Medicina es una ciencia y es un arte aplicado al ser humano, al cuidado de la salud; si consideramos que no hay dos seres iguales, ello exige de nosotros conocimientos científicos para ser aplicados en lo posible correctamente. Pero también debemos considerar al individuo, además de su condición física, la parte síquica y social; recordando que no hay enfermedad sino enfermos, cada uno con su polifacética problemática.

Hoy se considera que las técnicas, los técnicos especializados son los únicos capaces de resolver problemas al enfermito y se olvida muy a menudo el ambiente en que se actúa, la parte física y síquica, el entorno en que está inserto el niño, su familia y que hace más grave la enfermedad. Hay un olvido de la relación ambiente socio-económico para considerar sólo el objeto, el enfermo; siendo que muy a menudo lo más grave no es la enfermedad en sí, sino el sufrimiento por carencias de origen socio-económicas y culturales.

El médico debe actualizarse constantemente dado el vertiginoso avance de la ciencia médica, como se modifican las estructuras sociales y el pediatra no escapa a ello.

El médico ya sea pediatra o no, debe mantener una autocrítica constructiva, renovadora, teniendo conciencia de que sus conocimientos obtenidos en su pasaje por

la Facultad, son perecederos y que su responsabilidad frente a la actuación médica debe ser equiparada a un nivel nacional, aplicada en lo posible al medio en que actúa, teniendo presente que su meta debe ser salvaguardar al individuo con la medicina preventiva, curarlo si es posible y cuando no, calmarlo y consolarlo junto a sus padres, lo que hace que vayamos identificándonos con la familia, sin poder acostumbrarnos a verificar la muerte de un niño.

Llego a Tacuarembó en abril de 1947; habían dos pediatras, el Dr. Juan B. Gil y el Dr. Pedro Esteves; al Hospital iba el Dr. Gil, que en octubre de ese año es trasladado y el Director del Hospital solicita que me haga cargo en la atención del Servicio hasta el nombramiento del Dr. Esteves.

Comenzar a ejercer la Pediatría en el interior en 1947 y seguir actuando en 1991 son muy diferentes las condiciones en que se actúa, selladas por la época en que nos correspondió ejercer la profesión; insuficientes medios de comunicación, deficientes medios de transporte, atención muy a menudo en medio rural, deficiencias en higiene ambiental, traslados a la capital muy difícil.

Existían en el Hospital dos salas pequeñas para Pediatría; allí ingresaban desde R.N. con patologías hasta niños de 12 años (ambos sexos) todas las patologías (médicas, quirúrgicas y traumatológicas); también existía un servicio de infecto-contagiosos, siendo que en ese entonces se veían muchas enfermedades infecciosas; bacterianas; difteria, tétanos, tos convulsa, etc.; virosis eruptivas, culminando con las grandes epidemias de parálisis infantil.

Se hacía policlínica infantil todos los días y un día a la semana "gota de leche" con controles de primera infancia y vacunación.

Se hacía lo que se podía, no habían practicantes, ni médicos de guardia; prestábamos asistencia en sala, policlínicas, R.N. en maternidad , llamados a domicilio; contravisitas y guardias a la orden para niños graves y aquellos que ingresaban a cualquier hora.

Se preparaba personal de enfermería que actuaban con eficiencia y responsabilidad, lo cual es de justicia reconocer su colaboración.

En 1953 llega la Dra. María Delia Chiesa, que se hace cargo de los R.N. en maternidad. Seguimos así por unos años; hasta que llegan otros colegas que colaboran en atención pediátrica, en sala y policlínicas; así va creciendo el grupo de pediatras. Nos distribuíamos las funciones para poder concurrir a cursos que se dictaban para pediatras del interior y a congresos, tratando de mantenernos informados y motivados en nuestro trabajo.

En noviembre de 1959, se realizan las IV Jornadas Uruguayas de Pediatría en Tacuarembó, en ese evento científico se venera al padre de la Pediatría Nacional, dándole a la Sala de Niños el nombre de Morquio y se nomina al Parque infantil con su nombre.

Se crea el Centro de Salud en junio de 1960 con un pediatra y un obstetra, ingresados por concurso de méritos; ahí se hacía atención prenatal y del R.N. hasta los tres años; con nurses orientadas en atención materno-infantil, visitadoras sanitaristas que hacían educación, visitas domiciliarias, captación de lactantes y embarazadas con problemas; oficiales de higiene ambiental que colaboraban junto a la Intendencia Municipal en

prestación a los barrios en saneamiento, agua potable, lucha contra la vinchuca y otros insectos, educando a la población. Todos cumplían su rol con eficiencia, teniendo locomoción a su disposición. Todo esto bajo la supervisión de un director ejemplar que fue el Dr. Alberto Barragué, cuyo Hospital lleva hoy su nombre. La higiene y la Medicina Preventiva fueron su gran preocupación; se hacía vacunación intensiva, no sólo en la ciudad sino en la campaña, donde enviaba visitadoras sanitaristas y oficiales de higiene ambiental, colaborando para ello los locales escolares.

Es importante destacar que los Centros de Salud en el interior son pilares básicos en Medicina Preventiva. Pudimos así comprobar la disminución del tétanos (sobre todo neonatorum), la difteria, la tifoidea, terminando con las grandes epidemias en Tacuarembó.

Se era exigente en cuanto al cumplimiento de normas asistenciales y carné de salud para ingreso a enseñanza media.

En las Escuelas y Centros de Barrio se dictaban conferencias sencillas sobre profilaxis, al alcance de los niños y adultos.

El curanderismo era común, lo mismo que el fetichismo y la superstición.

Había clientela privada, pues no existían sociedades médicas, muy poca internación de niños, no había un Sanatorio con salas para niños (existía en una casa vieja el Sanatorio Tacuarembó); los partos en general se hacían en domicilio.

Es de llamar la atención sobre la educación que se hacía en los Institutos Normales de todo el país, donde había en el programa dos asignaturas; Puericultura e Higiene, que considero eran muy importantes porque se graduaban maestros que luego iban a impartir sus conocimientos sobre todo en la campaña donde el maestro en aquel entonces era un gran colaborador del médico; llamo la atención por que esas dos asignaturas fueron suprimidas de los programas y hoy un maestro no tienen noción de higiene y puericultura, lo cual considero necesario en la formación de los niños y preparación de padres, ya que los maestros hacían reuniones en las escuelas rurales impartiendo nociones de profilaxis.

Los barrios no eran tantos; hoy la ciudad se ha extendido en numerosos e importantes barrios (tenemos en el cinturón de la ciudad 40 barrios). Pienso que este fue el panorama de todo el interior en esos años, según algunos colegas de otros departamentos.

Esto ya pasó, hoy es historia.

Consideraré la Pediatría de hoy en el contexto de Tacuarembó. Hemos avanzado en infraestructura, en tecnología y en material humano; tanto en el Hospital, como Centro de Salud, Policínicas Barriales, Cooperativa Médica (COMTA), B.P.S.

Hay médicos de guardia en Hospital y COMTA, médicos para llamados domiciliarios, tenemos varios pediatras prestando sus servicios en Hospital, Centro de Salud, B.P.S. y COMTA.

En COMTA se cumplen guardias de neonatología y obstetricia, emergencia, urgencia, policlínicas pediátricas y servicio a domicilio; además de atención a niños tributarios del B.P.S. (Asignaciones Familiares), por convenio con la Institución. La Policlínica del

B.P.S. se hace con atención de niños desde R.N. hasta 6 años.

Funciona un C.M.I. dependiente de COMTA, que presta atención a particulares (los menos), afiliados a Asignaciones Familiares y a la Cooperativa (los de Asignaciones Familiares con atención prenatal, partos, puerperio, R.N. y lactantes hasta 3 meses).

Los servicios de Pediatría y Obstetricia (médicos y parteras) actúan aunadamente en el mejoramiento de sus prestaciones, haciendo auditorías periódicas de los casos problemáticos en que hubieran morbi-mortalidad materno-fetal.

Se hace preparación de recursos humanos con colaboración del equipo de salud en Pediatría y Obstetricia local o de Montevideo; jornadas, cursos con profesores de la Facultad.

Podemos decir con satisfacción que la Pediatría en el interior forma un grupo con inquietudes, hemos formado una filial noroeste de la S.U.P. que actualmente estamos pensando reorganizar (ya que por motivos ajenos no continuamos).

Pediatras del interior en grupo creciendo y caminando, con el equipo de salud integrado al usuario, a la familia, a la comunidad, para decir como el Profesor Florencio Escardó: "La ternura, la trama afectiva, la urdimbre emocional que simboliza una madre al dar el pecho a su hijo es la base absoluta e incanjeable de la integración del ser humano. Yo no se cuando contemplo los mapas del hambre de la UNESCO, si más honda y más grave que ese hambre de pan, la gran hambre que sufre la humanidad no es la de afecto, la de calor, la de comunicación humana; y pienso si no es esa la carencia primera y previa de la que la otra es, quizás una mera consecuencia". Lo dijo Escardó en 1965 y esa es nuestra realidad.

Y termino agradeciendo a nuestros profesores que tanto dieron y continúan dando de sí para nuestra formación, que nos enseñaron a mirar al niño con ternura y nos orientaron hacia una rama de la Medicina tan llena de misterio y humana; ya que el niño no sabe decirnos sus penas, sus angustias, sus dolores y debemos saber interpretar y considerar la inquietud de sus padres. A esos profesores de los cuales algunos presentes, otros siempre en nuestro recuerdo y admiración, hoy ya no están, pero perduran en nuestra veneración.

Agradezco también a ese grupo de colegas que están integrando el Departamento de Pediatría y Obstetricia unidos y luchando por una causa común, "Bienestar del niño"; al equipo de Salud (Parteras, Nurses, enfermeras, visitadoras) que junto a nosotros trabajan por la misma causa.

# ¿NO CRECE PORQUE NO COME O NO COME PORQUE NO CRECE?

Dr. Fernando Mañé Garzón.

Las alteraciones del crecimiento ha pasado a ser en la última década uno de los temas de mayor actualidad en clínica pediátrica. Al disminuir, prevenir y tener líneas seguras y fecundas de tratamiento de las enfermedades trasmisibles, todo el conjunto de afecciones genéticas y neuroendócrinas han adquirido mayor gravitación así como creciente dedicación por encontrarse una parte muy sustancial de ellas, aún en el inicio de su completo conocimiento y muchas de ellas aún carentes de un tratamiento eficaz y efectivo.

Dentro de este conjunto de situaciones, las alteraciones del crecimiento tienen un lugar preferencial junto al retardo mental y a las alteraciones de la morfogenesis (las mal llamadas malformaciones congénitas). A fin de tomar conciencia de estos hechos y extrapolando para nuestra población, calculada en 3.000.000 habitantes, existen 75.000 de baja estatura (H = 160, M = 150) de los cuales 30.000 son menores de 21 años. De estos sólo 2.800 son de causa orgánica específica ( 3% Anomalía de Down, otras aberraciones cromosómicas 5%, Sindrome de Turner 15%, etc).

Mucho tiempo este tema se trató en la rubica del **hipocrecimiento** denotando la concreción de un diagnóstico de situación fija, dada por los hechos y la cronología. Hoy, como todo en medicina clínica, debemos propender al diagnóstico precoz y debemos hablar de **falla de crecimiento**: concretar el diagnóstico cuando, en el momento en que, se produce la deflección del proceso dinámico del crecimiento, ya sea fetal, neonatal, en la primera infancia, en la niñez o en la pubertad.

Muy embuida de la medicina clásica ambientacionista, nutritiva y o microbiológica se buscó con esmero la causa exógena, tomando la consecuencia por la causa: **"no crece porque no come"**, a lo que se opuso primero una larga lista de acciones dietéticas y medicamentosa en donde abundaba la sobrealimentación con cereales, grasas o extractos proteicos por un lado y una larga lista de medicaciones empíricas: inyecciones de calcio, vitaminas y antibióticos.

Una renovación nosológica basada en hechos descriptivos y experimentales, mostraron una realidad que se confundía con las apreciaciones frutos del empirismo, y permitió comprobar causas intrínsicas de la falla del crecimiento: **"no como porque no crece"**. Un organismo en desarrollo que baja su potencial de crecimiento, disminuye sensiblemente su requerimiento calórico.

Si bien existen, son bien conocidas las causas de falla de crecimiento por causa exógena (déficit calórico primario, deprivación afectiva) y constituyen un problema de primerísima importancia en la atención primaria y que deben ser tratados a este nivel asistencial y no en sus complicaciones como que es la causa de internación más frecuente del niño menor de un año: la infección sigue a la desnutrición como la sombra al cuerpo. Para evitar esta causa de **falla de crecimiento** en los primeros meses de vida, sabemos como se debe proceder, aunque no queremos hacerlo. La atención primaria del

niño menor, del infante, no ha cambiado en el Uruguay desde hace muchos años y su reestructuración es una de las fallas más graves de la pediatría nacional.

Pero hoy nos dedicaremos a estudiar en primer término las diferencias entre esas dos situaciones y luego cada una de ellas.

Frente a la primera situación: **"no crece porque no come"** , frecuente sobre todo en el infante, basta poner en situación de correcto aporte calórico para revertir la situación (prueba de Foman) teniendo en cuenta muy especialmente el tiempo requerido a la readquisición de las funciones de absorción y asimilación (los cuatro períodos de la historia natural del estado distrófico: actividad de distrofia, reparación, recuperación y normatización)

La circunstancia de la falla de crecimiento por deprivación afectiva, reconocida como entidad especial desde 1967, constituye una situación intermedia entre las dos propuestas: **"come y no crece"**. Es la causa más común unitariamente de falla de crecimiento. A veces comen vorazmente y no crecen, tienen hormona de crecimiento baja, retardo de la edad ósea y un sindrome psíquico depresivo.

La segunda situación: **"no come porque no crece"** el determinante es endógeno, puede haber algún fenómeno exógeno o parásito: infección, depresión por desaferencia afectiva, pero su causa debe buscarse en el ciclo intraorgánico de la materia.

Es muy diferente la orientación diagnóstica de acuerdo a la edad del sujeto investigado. Partimos desde la concepción y cuando podemos medir el crecimiento: retardo de crecimiento intrauterino que culminará en un recién nacido pequeño para la edad gestacional. Cuatro factores inciden en ello: causa exógena al propositus (enfermedad materna, situación ambiental, patología del embarazo: infecciosa, tóxica, hipóxica). y propia de este: causa fetal. Es esta última la que más nos interesa. Dentro de ellas existen un número cada vez más crecido de causas que se identifican en sindromes específicos que se caracterizan entre otras cosas por el bajo potencial mitotico que conduce a una falla inicial del crecimiento: errores congénitos del metabolismo de causa genética simple generalmente de herencia recesiva; 2. Aberraciones cromosómicas clásicas (anenploidias: anomalía de Down, trisimia 13, trisomia 18 cri du chat, sindrome de Turner, etc.) 3. Aberraciones cromosómicas por delección de genes contiguos (tumor de Willins, sindromes de Willi-Prader, Zellweger, etc.) 4. Sindromes displásicos específicos (sindrome de Russel-Silver, Cornelia de Lange, etc.) cuyo substracto génico es aún desconocido o discutido.

La situación diagnóstica cambia cuando nos enfrentan a la falla de crecimiento postneonatal, cuando el crecimiento normal hasta los primeros meses o años, la curva rápida o lentamente se defecciona para caer en los desvíos standard de alarma o riesgo.

Por lo tanto la responsabilidad clínica debe estar dirigida a un diagnóstico, pronóstico y tratamiento que cumpla con las siguientes premisas: 1. detectar la falla de crecimiento precozmente en cada uno de los grupos etarios señalados. 2. Utilizar una metodología diagnóstica precisa, segura, eficaz y eficiente evitando demoras, falsas rutas (sindrome de Ulises), gastos innecesarios, 3. Proponer el tratamiento que siempre lo hay, si bien

es cierto en grado variable, que es muy específico, 4. Controlar simultáneamente el desarrollo neuropsíquico, de capital importancia para una adecuada asimilación. 5. Detectar manifestaciones tardías de la afección en causa (por ejemplo enfermedad cardiovascular en el sindrome de Turner, compresiones medulares en las condrodistrofias). 6. Tratar psicológicamente a estos pacientes a fin de hacerles aceptar su condición somática.

Entre los niños de baja talla existe una proporción, mínima es cierto, que tienen como causa específica un deficit de la hormona de crecimiento (HC). Su causa puede ser ambiental (posthipoxoisquémica del período perinatal) o genética (de herencia autosómica dominante o recesiva y ligada al cromosoma X), suministrandoles HC. El costo de este tratamiento obtenido por ingeniería genética supera a los 100.000 dólares anuales. En nuestra población, extrapolando cifras para otros países que tienen misma incidencia para otras afecciones, existirían entre 150 a 200 casos de esta afección por lo tanto insumiría un gasto entre 15 y 20 millones de dólares anuales. Si a ello agregamos que dentro del grupo de sujetos de baja estatura de causa "no orgánica" que eventualmente responderían al tratamiento con esta hormona la cifra se hace totalmente irracional. No todo por otro lado está a favor del tratamiento con HC. Esta aumenta la incidencia de neoplasias en especial de leucemia aguda linfoblástica y la aceleración del crecimiento que produce no está siempre en relación a la estatura final alcanzada.

Nuestro país está aún lejos de encarar esta situación asistencial. Otras prioridades de salud de menor costo aún no están cubiertas (disminución de la mortalidad infantil, profilaxis del retardo mental, hidatidosis, profilaxis del cancer, etc.). Pero esto no implica desconocer un problema y buscarle solución en la medida de nuestras posibilidades. Una proporción cada vez mayor de otras causas de falla de crecimiento tienen cada día más posibilidades de correcto tratamiento pero siempre cuando ha sido seguido de un correcto y precoz diagnóstico.

# PARTICIPACION DE E.COLI ENTEROHEMORRAGICO EN EL SINDROME HEMOLITICO-UREMICO.

Dra. Valeria Prado J.,Profesor Titular.Facultad de Medicina.Univ. de Chile

El sindrome hemolitico-urémico(SHU), es la principal causa de insuficiencia renal aguda en niños menores de 4 años. Fué descrito por Gasser en 1955 y se caracteriza por presentar insuficiencia renal aguda,anemia hemolitica microangiopática y el 90% de los pacientes presenta además trombocitopenia.

Desde el punto de vista clínico se diferencian 3 variantes:una clàsica con un prodroma diarreico,otra que puede ser precedida de un cuadro respiratorio y finalmente un cuadro de tipo familiar recidivante.

La incidencia es variable ,en USA y Europa se han descrito tasas que varian entre 0.95 a 3.02 por 100.000 niñoa menores de 3 años, en cambio en Argentina las tasas se elevan a 21.7 por 100.000 niños menores de 5 años.El SHU se presenta preferentemente en la edad infantil,aunque tambien puede aparecer en adultos sanos,embarazadas o pacientes con enfermedades crónicas.

La letalidad varia en paises desarrollados entre 6 a 10% y en Chile es del 13.8%. Los sobrevivientes pueden quedar con una capacidad de concentración renal disminuida, en un 30 a 40% de los casos.

La etiopatogenia del SHU post-enteropàtico permaneció oscura por largo tiempo,invocAndose la participación de diferentes agentes enteropatógenos como Shigella,Campylobacter,rotavirus,etc.En 1983,Karmali un investigador canadiense, demostró en forma fehaciente la asociación entre E. coli

enterohemrrágico (EDEH),una nueva categoria de E. coli diarreogénico y el SHU al detectar infección por EDEH en el 60% de 40 niños con SHU y en ninguno de los controles.Esta asociación ha sido corroborada por otros investigadores; nuestro grupo en Santiago utilizando sondas genéticas demostró la presencia de EDEH a nivel intestinal en el 32% de 26 pacientes con SHU y solo en 2.5% de un grupo control de niños asintomáticos.p.002

¿Cual es la base fisiopatológica del SHU?.Las EDEH colonizan el intestino por medio de una fimbria de adherencia y liberan en gran cantidad 2 diferentes citotoxinas,pudiendo provocar diarrea acuosa ,colitis hemorrágica o una infección asintomática. Estas citotoxinas tienen similitud biológica e inmunogénica con la toxina Shiga y por ello se denominan 'shiga-like toxin 1' y 'shiga-like toxin 2',están constituidas por 5 sub-unidades B,periféricas, de 16.000 daltons cada una que rodean a una unidad A central, de 4.000 daltons. Las sub-unidad B se fija a receptores de naturaleza glicolipídica ,la globotriosilceramida,existentes en diferentes territorios del huesped y una vez ocurrido esto penetra al interior de la célula la sub-undad A,que es la parte activa y bloquea la sintesis proteica a nivel de los ribosomas . Se plantea la siguiente secuencia: en determinadas circunstancias estas citotoxinas pasan a la circulación y se fijarían a receptores glicolipidos existentes a nivel del tejido renal, provocando el daño.Además de las EDEH,otras bacterias que producen citotoxinas tambien podrían estar involucradas en el SHU.

Si aceptamos esta hipótesis todavia surgen otras interrrogantes,ya que no todos los pacientes que se infectan con EDEH presentan posteriormente SHU y por lo tanto nos falta conocer algunos factores del huesped que favorezcan el desarrollo del SHU. Solo entonces se podrán plantear nuevas estrategias preventivas y terapéuticas que modifiquen la evolución y el pronóstico de esta patología.

# OBSERVACIONES Y REFLEXIONES SOBRE LA EXPERIENCIA EN MENINGITIS AGUDAS SUPURADAS ATENDIDAS EN UN CENTRO DE TRATAMIENTO INTENSIVO PEDIATRICO

Dr. Daniel Fonseca, Franklin de los Santos y Loredana Matrai (Uruguay)

La finalidad de este trabajo es la de realizar un análisis crítico retrospectivo sobre una serie de 42 niños con meningitis agudas, las que, por sus hallazgos bacteriológicos en el líquido cefalorraquídeo (LCR), o por las características citológicas y bioquímicas del mismo, en el contexto de un sindrome infeccioso, catalogamos como de etiología bacteriana. Dichos niños fueron admitidos en el Centro de tratamiento intensivo pediádtrico "IDAPE" que funciona en el Hospital Sanatorio Español de Montevideo, en el período comprendido entre Julio de 1981 y Marzo de 1991. Una muestra como la presente, dentro de la población general de meningitis agudas supuradas (MAS), emerge como un grupo clínico diferenciado del resto, con características especiales. Las complicaciones, que fueron casi siempre el motivo de ingreso de los niños, fueron determinadas, o por mayor gravedad inicial de la enfermedad, o por otras circunstancias, a las que no fue ajena la corta edad de la mayoría de los pacientes.

Consideramos que el estudio de las características más salientes de este grupo de pacientes, aportará datos de interés para intensivistas y pediatras generales, tal como lo ha hecho recientemente una comunicación nacional sobre el mismo tema (1). Se analizarán particularmente las observaciones imagenológicas obtenidas con tomografía axial computada (TAC), y su correlación con hallazgos clínicos y evolución.

Durante el lapso de estudio, cercano a 10 años no se produjo en el país ninguna epidemia de meningitis meningocóccica.

**Análisis del material clínico**

Las **edades** de los niños estuvieron comprendidas entre pocas horas y 10 años con la distribución siguiente:

| | |
|---|---|
| 0 - 28 días | 5 |
| 29 días - 12 meses | 17 |
| 13 - 36 meses | 12 |
| 3 - 10 años | 8 |

En cuanto a **sexo**: 23 varones y 19 mujeres.

La **letalidad** fue de 10 niños (24.3%). En el primer grupo etario murió 1 neonato; en el segundo, 4; en el tercero, 3; y en el cuarto,2.

El **tiempo medio de hospitalización** en la Unidad fue de 8.0 días en los 32 que sobrevivieron, y 2.0 días en los que murieron. Al egreso, los pacientes fueron orientados hacia un Centro con nivel intermedio de atención. Se otorgó el alta al considerar que el paciente ya no presentaba riesgo vital. En la mayoría de los casos, se investigó el LCR en el período de pre-alta, para asegurarnos de su esterilidad y de una aceptable

normalización citológica y química del mismo.

En los 32 sobrevivientes, el **examen clínico neuroconductual**, paracticado sistemáticamente al **egreso,** fue normal en 18 (56.2%), y presentó anormalidades de diferente grado en 14 (43.8%)

**Etiología.** Esta se aceptó solamente cuando se hallaron cultivos positivos en el LCR, ya fuera en la extracción realizada en la Unidad, o, en algunos casos, cuando se tuvo información fidedigna anterior al ingreso. Se logró aislar germen en 33 de los 42 pacientes (78.6%); y quedó sin identificar etiología un grupo de 9 (21.4%). Los gérmenes aislados fueron:

| | |
|---|---|
| Neisseria Meningitidis | 13 |
| Streptococcus Pneumoniae | 9 |
| Haemophilus Influenzae | 7 |
| Enterobacteriaceas | 4 |

**Causas probables de muerte.** Los eventos que precedieron a la muerte y que verosímilmente la determinaron, fueron: En el neonato, una ventriculitis purulenta(B. Proteus) y mal convulsivo irreversible. En los de más edad, estado de shock, convulsiones subintrantes, paros cardíacos (único o recurrente). La muerte cerebral se certificó por al menos un electroencefalograma (EEG) sin actividad cortical detectable. Los gérmenes identificados en los 9 que habían pasado el período neonatal fueron: Neumococo (2), Hemophilus (2), Meningococo (2). En 3 no se logró identificación.

**Motivos de referencia a la Unidad.** En 21 casos por convulsión seguida de coma, o por coma sin convulsión. En uno, convulsión sin coma. En 3, depresión neuropsíquica (somnolencia) alternando con excitación. En 5, sindrome hemorragíparo cutáneo, dos de ellos con shock. En 9, el hecho de tratarse de recién nacidos o lactantes muy tiernos. En 3, problemas de vía venosa.

**Convulsiones e insuficiencia respiratoria.** Las convulsiones ocurrieron en 32 pacientes. En este subgrupo se registraron las 10 muertes de la serie. El episodio convulsivo fue único en 4 niños; repetido o prolongado en 8, y extremadamente severo en 20, con 8 muertes. Veintiocho de los 32 que convulsivaron, tenían 3 años de edad o menos. No murió ningún niño entre los que no convulsivaron.

La incidencia de convulsiones fue elevadísima en los niños que murieron: 10 de 10, y en los que presentaron anormalidades neurológicas al egreso: 15 de 16. De los 18 normales al egreso, sólo habían convulsivado 6.

Requirieron apoyo ventilatorio 20 pacientes, casi todos por hipopnea o apnea postconvulsiva. En todos se practicó intubación traqueal y ventilación a presión positiva controlada. Del grupo de intubados y ventilados, sobrevivieron 10. Entre los 22 niños que no requirieron ventilación asistida, sobrevivieron 20. Los ventilados que sobrevivieron requirieron 6.25 días de apoyo ventilatorio; los que murieron 1.21 días.

Se utilizaron presiones respiratorias lo más reducidas posibles, considerando que en

la gran mayoría de los pacientes los pulmones estaban indemnes, y que la ruptura alveolar y neumotórax, que ocurrió sin embargo en 4 de los 20 pacientes, son nocivos para la circulación cerebral, a través de la hipertensión venosa que pueden producir. En 3 el bloqueo aéreo fue grave, y requirió drenaje pleural. En uno de ellos (reanimado por paro cardiorrespiratorio antes del ingreso) el aire disecó los vasos carotídeos y penetró en el cráneo siguiendo las ramas de la carótida interna.

**Electroencefalograma.** No se practicó estudio sistemático del mismo. Se obtuvo en 23 pacientes, en una o más oportunidades. En los 10 fallecidos, uno o más de los trazados que se obtuvieron, tuvieron por finalidad el diagnóstico de muerte cerebral. Sólo 4 pacientes presentaron EEG normal; entre ellos no hubo ningún fallecido, y 3 fueron normales al egreso. En los 19 con uno o más EEG anormales, 9 presentaron examen neurológicamente anormal al egreso, 5 murieron, y otros 5 fueron normales al egreso.

El tipo de anormalidad hallada fue: puramente paroxística en 1 caso; paroxística y lesional (ondas lentas, bajo voltaje, grandes asimetrías) en 7 casos; exclusivamente lesionales en 11 casos. De los 16 pacientes convulsivos en los cuales se obtuvo EEG, 15 lo presentaron anormal. De 7 no convulsivos con EEG, éste fue anormal en 3.

**Tratamiento etiológico.** En 33 pacientes en los que contamos con datos confiables sobre eventos previos al ingreso, comprobamos que habían recibido antibióticos durante uno o mas días, 29 de ellos. Se obtuvieron cultivos positivos en el LCR en 21. De los 4 sin antibióticos previos, fueron positivos 3.

El tratamiento etiológico en la Unidad se practicó en todos ellos de acuerdo con las normas en vigencia desde hace más de una década, de la Academia Americana de Pediatría, con ligeras variantes en algún caso que lo requería.

**Tratamiento sintomático.** Se usaron los **corticoides** en forma sistemática, con cobertura de 39 de los 42 pacientes. En los 5 que cursaron con púrpura y shock, se administró hidrocortisona intravenosa a altas dosis. En los demás dexametasona 0.6 mg/k/d (con pequeñas variantes de dosis) desde el ingreso, en 4 dosis, durante 4 o más días.

**Hiponatremia y Sindrome de Hipersecreción de Hormona Antidiurética**. (SHHAD). En 32 pacientes en los que se determinó la nataremia, 15 presentaron hiponatremis (definida por Na+ plasmático igual o inferior a 130 y 150 mEq L) en una o más determinaciones. De ellos, 10 presentaron convulsiones; sólo 2 tenían edema. También convulsivaron 12 de los 17 normonatrémicos (definidos por Na+ plasmático entre 130 y 150 mEq L). Todos sin edema clínico. Todos los pacientes de la serie recibieron aporte hídrico limitado.

En un caso pudimos detectar, aunque incompletas, las alteraciones del medio interno y de la orina que se requieren para el diagnóstico indirecto del SHHAD por sus efectos.

Hist. Nº 355. Niña de 27 meses con meningitis neumocóccica, convulsiones severas, hemiplejia derecha. TAC normal. No edemas. Recuperación ad integrum a los 9 años. Hallazgos bioquímicos:

| | | 1 | 2 | 3 | 4 | días |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Osmolaridad | Plasma | 284 | 274 | 270 | 245 | m0sm L |
| | Orina | 753 | 1088 | 501 | 759 | |
| Natremia | | 133 | 130 | 130 | 127 | |

En este paciente se restringió el aporte líquido, y se administró Na+ (bicarbonato) y Furosemide.

**Hemorragia gástrica.** Se la comprobó por recolección de sangre por la sonda gástrica en 4 niños. Estos no presentaban shock. Se sospechó hemorragia digestiva por caída del hemotocrito y palidez en 10 niños, de los cuales sólo 1 tuvo púrpura extensivo y shock. Se utilizó en forma preventiva y terapéutica un bloqueador de los receptores H2 gástricos, hidróxido de aluminio; y medidas para corregir la crasis si estaba alterada.

**Estudios de Tomografía computada.** Fueron efectuados una o más veces en 25 pacientes. Las **razones** que nos llevaron a practicar esta exploración diagnóstica, costosa y de concreción no siempre fácil en un Hospital que no cuenta con tomógrafo, fueron las siguientes.

- Coma sin convulsiones o coma post convulsivo no farmacológico
- Convulsiones generalizadas repetitivas
- Convulsión focal
- Signos deficitarios focales
- Hallazgos neurológicos definidamente asimétricos
- Signos directos (fontanela) o indirectos de hipertensión endocraneana severa
- Presunción de sindrome de HHAD
- Sospecha de traumatismo craneo-encefálico
- Neumotórax, neumomediastino/neumopericardio
- Fiebre que no se explica o se prolonga más de lo esperado
- Otitis aguda o crónica, o sospecha de antritis mastoidea
- Recién nacidos (alternativa transitoria: ecografía transfuntanelar)

Las **alteraciones** detectadas por la TAC en nuestros pacientes, fueron:

| **Alteraciones** | **Número de pacientes** | **Tratamiento planteado o efectuado** |
|---|---|---|
| Otitis media/antritis | 4 | Timpanocentesis/antrotomía |
| Edema difuso | 4 | Osmoterapia, diuréticos, hiperventilación (discutible) |
| Infarto isquémico | 3 | Estabilización de la presión de perfusión cerebral |
| Hiperemia/hemorragia | 4 | Vigilar y corregir carasis |
| Ventriculitis | 2 | Ventriculocentesis transfontanelar |
| Absceso cerebral | 1 | Drenaje |
| Efusión subdural | 3 | Expectante/drenaje |
| Aire intracraneano | 1 | Desgravitar pleura si hay neumotórax |
| Dilatación ventricular moderada | 5 | Expectante |

En cuanto a la utilidad **pronóstica** de la TAC y los **cambios en el manejo del paciente** que sus datos contribuyeron a determinar, se resumen en el siguiente cuadro.

| **Hallazgo tomográfico** | **Pronóstico** | **Cambios en el manejo** |
|---|---|---|
| Sistema ventricular colapsado; grandes áreas hipodensas (edema) | Muy grave | Precauciones en la Pl<br>Medidas antihipertensivas<br>Mantener presión arterial |
| Edema localizado | Grave | Vigilar crasis y presión arterial |
| Ventriculitis (neonato) | Muy grave | Ventriculocentesis |
| Infarto | Grave | Vigilar crasis y mantener presión de perfusion |
| Trombosis venosa (senos) | Muy grave | Buscar focos de vecindad |
| Absceso | Muy grave | Drenaje |
| Otitis media/antritis | Variable | Timpanocentesis/antrotomía |
| Efusión subdural | Variable | Drenaje si hay efecto de masa o pus |
| Dilatación ventricular y subaracnoidea leves | Expectante<br>Regresión | Ninguno |

De 8 niños con TAC normal, 6 tuvieron un examen neuroconductual normal al egreso de la Unidad y no murió ninguno. De 17 niños con TAC anormal, 11 presentaron anormalidades neurológicas al egreso, 3 murieron y 3 tuvieron un examen de egreso normal.

Debemos consignar que en los 10 fallecidos, sólo se practicó TAC en 2 de ellos, debido a la extrema gravedad y al corto período de hospitalización.

En cuanto a la real incidencia de otoantritis, es de reacordar que las TAC se practicaron casi siempre en condiciones de emergencia, y que no siempre obtuvieron imágenes adecuadas del plano que corta las cavidades otoantrales. Debemos decir también que en un caso en que las imágenes fueron interpretadas como antritis (opacificación del antro) la antrotomía no la confirmó. Por lo tanto, pueden existir antritis que no se detectan, porque requieren enfoques muy precisos; y también imágenes positivas engañosas.

**Discusión**

Una de las diferencias que se evidenciaron en el grupo de MAS captado en nuestra Unidad, con la población general de MAS tratadas en Centros de menor complejidad, fue la mayor letalidad: 24.3% en nuestra serie y 10 % en 342 pacientes hospitalizados en el Hospital Pedro Visca, predominantemente meningococcicos, en 1975-76 (2). La letalidad de nuestros pacientes se debió, entre otras causas, a la elevada incidencia de convulsiones asociadas a depresión respiratoria central y coma postconvulsivo, al que contribuyó también parte de la medicación anticonvulsivante (fenobarbital y diazepam). Los episodios convulsivos que se presentan en la MAS obedecen a mecanismos fisiopatológicos muy variados, en los que, además de la acción convulsivógena de los agentes bacterianos o de sus toxinas, interviene también la predisposición etaria. Nos hemos planteado en algunos casos, si el mecanismo desencadenante pudo haber estado constituido por una hipertensión endocraneana severa y precoz. Sabemos que ella puede asociarse con caída del flujo sanguíneo cerebral, hipoxia, y luego edema, que agrava la hipertensión; y que puede precipitar por mecanismos herniarios, el deterioro de las vitales funciones del tronco cerebral. Si así ocurriera, un contralor muy estricto de los primeros signos de hipertensión, y del funcionamiento bulboprotuberancial-peduncular (profundidad, ritmo y frecuencia respiratorias, frecuencia cardíaca, presión arterial, deglución y movimientos oculares), podría suministrar un alerta precoz, y determinar una anticipación del traslado a un centro de cuidado intensivo. Con ello quizás podrían atenuarse o evitarse los fenómenos convulsivos.

Debemos recordar que las meningitis bacterianas de instalación sobreaguda, pueden no dar tiempo a que se pongan en acción los mecanismos compensadores de la hipertensión endocraneana, ni aún en los lactantes con un cráneo más distensible. Ocho de los 10 pacientes que murieron en nuestra serie, presentaron shock asociado en casi todos ellos a convulsiones, antes o durante su evolución en la Unidad. De 5 que presentaron shock al ingreso, 4 tenían púrpura extensivo que hizo presumir una

meningococcemia. Esta se confirmó bacteriológicamente en 2 de ellos. Si exceptuamos los pacientes en los que el shock es principalmente de filiación cardiovascular (se han observado meningococcemias sin meningitis) primaria; en las meningitis de otras etiologías y en las minengocóccicas que cursan sin shock inicial ni púrpura vascular, debemos pensar en la hipertensión endocraneana como mecanismo patogénico importante de los fenómenos epilépticos.

La incógnita **etiológica** en el 21.4% de los niños de nuestra serie, como los de Portillo y col. (2), no se explica por el uso previo de antibióticos. Atribuimos la ausencia de hallazgo bacteriano, más bien a deficiencias en el manejo del material extraído (situación de emergencia, horario extemporáneo, demoras en la siembra). Los hallazgos al examen directo teñido con Gram, del sedimento del LCR, constituyen un elemento de orientación muy valioso en las primeras horas. El desconocimiento inicial del germen y la negatividad de los cultivos incluyendo el hemocultivo nos llevó a usar complementariamente el Cloramfenicol en los niños con edades de predominio del H. Influenzae.

Nos llamó la atención la escasa representación de la MAS neonatal en nuestra serie. Una razón fue la de que estos pacientes son atendidos de preferencia en Unidades Neonatales exclusivas, anexas a las Maternidades. De todos modos, nuestra Unidad atiende habitualmente una cuantiosa población de recién nacidos, principalmente insuficiencias respiratorias. Se practica sistemáticamente exploración del LCR en todos los neonatos en los que se sospecha o se ha confirmado sepsis, o en los que presentan depresión o convulsiones no explicables por otras causas; sin embargo sólo se detectó una MAS en un neonato internado por impregnación y aspiración meconial y neumonitis aspirativa, que se sobreinfectó con B proteus, y tuvo evolución fatal.

La gran severidad de la MAS en el neonato estuvo evidenciada en nuestro pequeño subgrupo de 5 pacientes, más que por la letalidad, por la gravedad e irreversibilidad del daño cerebral en los 4 que sobrevivieron.

En lo referente a la letalidad del Meningococo, registramos sólo 1 en 13 casos (7.7%), producida por shock y púrpura extensivo; letalidad que no fue muy superior a la encontrada en el grupo meningocóccico de pacientes de la serie del H. Pedro Visca (4%).

La leve predominancia en varones, y, sobre todo, el más marcado predominio de la letalidad en dicho sexo (7 de 23 varones y 3 de 19 mujeres), apoya en nuestra corta serie el conocido hecho biológico de la mayor labilidad del sexo masculino frente a las infecciones.

El EEG no nos aportó muchos datos de interés, ya que lo practicamos sólo en algo más de la mitad de los pacientes; y en 10 de ellos - adicionalmente o a ese solo efecto - para corroborar muerte cerebral. Los trazados "lesionales" se asociaron con las complicaciones más graves, y por lo tanto, con mayor letalidad.

En cuanto al estado clínico de los sobrevivientes de MAS al egreso de la Unidad, fue relativamente satisfactorio (56.2%) en la mayoría de los casos, y se evidenció por un examen neuroconductual,, evaluándose particular atención el sistema motor y los órganos sensoriales, visión y audición. La ausencia de anomalías neurológicas y

conductuales al cabo de un promedio de 8 días de internación, no confiere de ninguna manera seguridad de ausencia de secuelas que pueden hacer su aparición mucho después (hipoacusia o anacusia unilateral, trastornos en la adquisición del lenguaje, dificultades del aprendizaje escolar, epilepsia, etc.)Tampoco la comprobación de ciertas anomalías leves (hipotonía, incoordinación, trastornos de la marcha o del equilibrio, o de la secuencia vigilia - sueño) en el día del alta, tienen el significado de secuelas definitivas. Con estas limitaciones y otras (como ser el significado impreciso de alteraciones neuroconductuales menores en los neonatos y lactantes), nos inclinamos a aceptar que el porcentaje de "normales" al egreso, referido más arriba, representa un resultado ciertamente favorable en este grupo de meningitis tan graves y complicadas, y que ha justificado la atención de las mismas en un régimen hospitalario de intensivismo. Si excluimos los neonatos, 4 de los cuales tenían severo daño cerebral al egreso, la frecuencia relativa de "buenos resultados" se elevaría al 63% de los sobrevivientes post-neonatales. Para una evaluación más ajustada de los resultados a largo plazo de los resultados de la atención intensiva, hemos diseñado y puesto en marcha un protocolo de seguimiento,

En lo referente a los efectos de la **hiponatremia** y del presumible SHHAD en la agravación de algunos de los pacientes de esta serie, los datos obtenidos sobre hiponatremia y convulsiones para asignarle a aquella un rol etiológico definido en el desencadenamiento de éstas. Es de notar que no se registraron natremias excesivamente bajas, lo cual tal vez se deba a la restricción hídrica desde el inicio. La corrección de la natremia es de cualquier manera imperativa cuando sus niveles se muestran sostenidamente inferiores a 130 mEq L. Cuando el diagnóstico de SHHAD se plantea con más firmeza, por el hallazgo adicional de alteraciones en menos de la osmolaridad plasmática y en más de la urinaria, ausencia de edemas, y natriuresis contínua, siendo normales las funciones renal y suprarrenal (3), debemos hacer uso, además del juicioso aporte de Na y de una mayor restricción de agua, de diuréticos del tipo furosemide. Si la TAC y/o la exploración neurológica cuidadosa (que debe incluir fondo de ojo) insinúan la existencia de edema cerebral, puede estar indicado el uso cauteloso de una solución hiperosmolar (manitol) teniendo en cuenta la posibilidad del "rebote" de la presión intracraneana. El uso de la hiperventilación artificial para producir alcalosis hipocápnica, buscando así disminuir la hipertensión endocraneana, es pasible de la objeción de que un $pCO_2$ bajo (a nivel es de $29 \pm 3$ de $pCO_2$) determina disminución del flujo sanguíneo cerebral, más acentuada en el lóbulo frontal (4). En nuestro caso que cumplió parcialmente algunos requisitos para el diagnóstico riguroso de SHHAD (4), que presentaba imagen tomográfica normal, el tratamiento tuvo buenos resultados a corto y a largo plazo.

El uso de **dexametasona** en forma sistemática desde el momento mismo en que se inicia el tratamiento antimicrobiano, parece constituir un factor esencial en la prevención de secuelas a largo plazo, como por ejemplo, la afectación de los nervios acústicos (hipoacusia, sordera). Según estudios clínicos prospectivos (5) y experimentales (6-8)

recientes, la dexametasona disminuye sustancialmente la liberación de citoquinas tóxicas por los leucocitos astrocitos y la glía, así como el pasaje de aquellas al LCR. También inhibe la síntesis y liberación de prostaglandinas y ciertos aminoácidos (aspártico, glutámico) que abren los canales del Ca++ y producen edema celular. Con todo ello se reduce la inflamación meníngea, aumenta la glucorraquia (por reversión al metabolismo aerobio del cerebro, bajan el lactato y la proteinorraquia, y tamién se reduce la presión intracraneana (7). Todo ello se ha comprobado en estudios en humanos, así como la reducción de secuela de daño acústico en los que recibieron dexametasona, comparados con los que no la recibieron (5). Los productos derivados de la inflamación y las toxinas y protreínas capsulares bacterianas son neutralizadas por la dexametasona. Recordemos que las últimas pueden ejercer un rol nocivo aunque la vitalidad de las bacterias haya sido ya anulada por el antibiótico (9). Luego de algunas controversias, la Academia Americana de Pediatría recomienda actualmente el uso sistemático de la dexametasona en la MAS. (10).

En lo que se refiere a la **utilidad de la TAC** en el manejo de la MAS, consideramos que ella se ha mostrado positiva. Aparte del significado pronóstico derivado del hecho observado, de que la normalidad tomográfica se asoció con evolución favorable; estimamos que ciertos hallazgos concretos, a veces inesperados, nos ofrecen una guía más firme que la exploración neurológica (sin pretender disminuir el valor de la misma), o el uso de otros medios complementarios de diagnóstico. Quizás la ecografia transfontanelar sistemática nos aporte datos de interés para el diagnóstico y seguimiento de la dilatación ventricular y otras alteraciones; pero sus informaciones son mucho más limitadas que las de la TAC. La potencialidad de esta última de develar alteraciones craneanas (antritis, sinusitis profundas, fracturas ocultas), pazenquimatosas (tumefacción, hemorragia, infarto, absceso, gas); de los espacios ocupados por el LCR (dilatación, contracción, inflamación, hemorragia); o de las envolturas aracno - durales, y de los senos venosos y sus afluentes (efusión subdural, trombosis venosa), coloca a la TAC en situación de privilegio para basar en sus imágenes correctamente obtenidas (es imprescindible, por ejemplo, la sustancia de contraste), determinadas modificaciones al plan terapéutico habitual de las MAS.

Nos ha sido particularmente valiosa en el diagnóstico positivo o de exclusión de la antritis mastoidea, en la deteción precoz de la existencia y la progresividad de colecciones, hemáticas, serosas o purulentas, de diversa localización, así como de la dilatación ventricular progresiva. Todas esas alteraciones pueden requerir derivación quirúrgica oportuna, la cual si es exitosa, evitará un daño cerebral mayor y las consiguientes secuelas.

El diagnóstico de complicaciones de filiación circulatoria arterial, a saber: el hipoflujo territorial, la isquemia hipoxia, el edema y/o la hemorragia, complicaciones no tan excepcionales como se suponía, permite encarar o instaurar medidas terapéuticas tendientes a lograr y a mantener una óptima presión de perfusión cerebral, y, eventualmente, una hipocoagulabilidad sanguínea bien controlada. Quizás frente a una

signología focal convulsiva o deficitaria) pueda detectarse con una TAC oportuna, un área hipodensa (isquémica?) en un territorio arterial determinado, y poner en práctica inmediatamente medidas que eviten la necrosis neuronal y los fenómenos de infarto. Las técnicas más avanzadas de exploración tomográfica combinada con Xenón - Oxígeno, han permitido la detección de áreas isquémicas por hipoflujo en la MAS, y también han demostrado la influencia nociva de la hipocapnia al respecto. Esto último es un reciente descubrimiento que consideramos muy importante, ya que está muy difundido el uso de la hiperventilación mecánica para el tratamiento del edema y/o de la hipertensión endocraneana. La hipocapnia, a través de la vasoconstricción arterial, puede llevar a un efecto opuesto al pretendido.

Un hallazgo frecuente en la TAC es la contracción más o menos simétrica ("seudoatrófica") del parénquima, tal como lo vimos en 5 niños; expresada como una dilatación ventricular moderada, no progresiva, y con aumento, también moderado, de los espacios subaracnoideos de la base y de la convexidad cerebral, sin hipertensión endocraneana ni otras manifestaciones neurológicas. Estos fenómenos se han mostrado reversibles en meses (11). Tal vez se producen por reducción del contenido hídrico cerebral. Este fenómeno tamién ocurre en el sindrome de West en tratamiento hormonal (12).

La tumefacción cerebral difusa por edema, o la dilatación ventricular rápida, pueden provocar hernias compresivas del tronco cerebral, o distopías hemisféricas herniarias. El sufrimiento de la parte inferior del tronco (protuberancia y bulbo) es una causa de muerte (a veces precoz) en la MAS. El edema en la meningitis puede obedecer a mecanismos múltiples: hipertención venosa (originada en el tórax, o en obstrucción de venas o senos duramarianos), hipoxia general o local, hipoflujo arterial, productos bacterianos (P. ej. por lisis bacteriana masiva) u otros derivados de células del propio organismo. Ciertos desarreglos circulatorios de origen extracraneano son modificables por intervención terapéutica: drenaje de un neumotórax, agentes inotrópicos cardíacos, monitorización y correcciones oportunas de la presión arterial, sobre todo si desciende. En uno de los pacientes estudiados, de 8 años de edad, la TAC permitió detectar aire en los espacios periarteriales del cerebro, gas que procedía de una disección aérea profunda del paquete vascular carotídeo, y que se originaba en un neumomediatino. Esta mortal complicación, primera de que tenemos noticia, ejemplifica la iatrogenia secundaria que puede ser consecuencia de una reanimación cardio - respiratoria y/o de un apoyo ventilatorio defectuoso.

En suma: si bien la TAC no constituye un procedimiento diagnóstico a ser utilizado en todos los niños con MAS, sus indicaciones se han ampliado, y recomendamos que se obtenga en todas las situaciones enumeradas más arriba. En determinados casos sin complicaciones aparentes, podemos usarlo optativamente en algún caso, para corroborar normalidad; o por la posibilidad de algún hallazgo no previsto. Ello se justificaría particularmente en niños pequeños.

Mantenemos, ahora con más fundamento, la opinión favorable a la realización de TAC en la meningitis aguda del niño, sustentada en 1982 (12), coincidente con la de Bodino

y col (14). No compartimos, por el contrario, el relativo escepticismo de Cabral quien estudia una población de MAS hospitalizadas en un nosocomio pediátrico general, y a etiología predominante por H. Influenzae (29 de 41%) (15). Para estos autores, un examen neurológico diario y meticuloso puede suministrar información de valor equivalente a la tomográfica. El que sus casos de MAS eran mucho más benignos que los nuestros, lo evidencia la letalidad de sólo 2 pacientes y los requerimientos de apoyo ventilatorio en 10, en una serie numéricamente similar a la aquí presentada.

**Rol de un Centro de Cuidado Intensivo en el manejo de la MAS.**

Tenemos la convicción de que toda MAS merece vigilancia muy especializada, personalizada y contínua, en sus días iniciales, y hasta que se establece una mejoría sostenida. Esta estrecha vigilancia clínica, que no implica necesariamente la internación en una Unidad de Cuidado Intensivo, deberá incluir el control permanente y documentado de los signos vitales a intervalos muy cortos, efectuado por personal muy competente; el control cada 6 horas de los ingesta y los egresos de líquidos, y, si es posible, del peso; de la aparición de los más mínimos movimientos anormales paresias o asimetrías, del estado de conciencia, presión arterial, frecuencia cardíaca y circulación periférica. Si todos estos controles, además del tratamiento antimicrobiano específico, pueden llevarse a cabo en un Centro de atención de nivel II, el traslado a Cuidado Intensivo (el cual debe estar siempre previsto para cualquier momento), puede irse difiriendo mientras la situación clínica, de por sí muy inestable en las primeras horas o días, no se modifique. Debe tenerse en cuenta también que el costo de una atención médica y de enfermería como la recomendada, es notoriamente inferior al de un Centro Intensivo, más el traslado en un medio de locomoción especializado. La comprobación de alguno de los disturbios antes mencionados, o la comprobación de signos neurológicos diferentes a los de irritación meníngea subaracnoidea, determinará el traslado inmediato.

Creemos que los recién nacidos y los lactantes tiernos deben atenderse sin excepción en Centros de Cuidado Intensivo adecuados a esas edades. En todas las circunstancias, sin embargo, se tendrá en cuenta la relación inconvenientes/ventajas en lo referente a la conducta a tomar

Consideramos también que se podrá perfeccionar la atención de la MAS en los Centros Intensivos, cuando se tenga mayor accesibilidad a la TAC, o a los más modernos procedimientos imagenológicos.

**Resumen y conclusiones**

Se analiza una serie de 42 pacientes con MAS, atendidos en un CTI pediátrico durante cerca de 10 años. Esta población es diferente por su gravedad (gran frecuencia de convulsiones severas shock, y otras complicaciones) de las series de MAS infantiles recogidas en hospitales pediátricos generales.

Se aislaron gérmenes en el 78.6 de los pacientes.

Las edades de predominio fueron las inferiores a 3 años. La letalidad fue de 24.3%. Los mecanismos que condujeron a la muerte fueron : estados de mal convulsivo

de coma arreactivo, compromiso bulbar (paro respiratorio y/o cardíaco, shock neurogénico o cardio-vasogénico), hipertensión endocraneana, o complicaciones supuradas intracraneanas.

Se aplicó ventilación asistida a 20 pacientes muy graves, con supervivencia de 10 de ellos.

El estado neuroconductual de 32 niños al egreso, luego de una estadía media de 8.0 días, fue satisfactorio en 56.2% de los mismos.

Se practicó TAC a 22 niños. Cuando sus imágenes fueron normales, los pacientes tuvieron pronóstico más favorable. Los hallazgos anormales en 14 pacientes llevaron en ciertos casos a realizar cambios en el plan terapéutico sintomático, que fueron beneficiosos para el paciente.

Concluimos que todo niiño con MAS, y en particular si es pequeño, debe ser controlado muy estrechamente (diríamos "minuto a minuto") desde el inicio hasta su estabilización en sus signos vitales y en sus alteraciones neurológicas y de conciencia; y, ante la menor alteración debe ser trasladado a un Centro donde pueda monitorizarse adecuadamente, y que cuente con medios para el establecimiento de una vía venosa y aérea adecuadas, así como dee asistencia ventilatoria mecánica cuendo se necesite.

**Bibliografia**


1 Meningoencefalitis aguda supurada complicada y cuidado intensivo. Ayala C, Bernada M, Bossio Metal. Publicación de UCIN, Hosp Pereira Rossell, Montevideo, 1990.

2 Portillo JM, De los Santos F, Lojo R. et al: Meningitis supuradas. Neuropediatría Latinoamericana 2:181, 1977

3 Berry PL y Belsha CW: Hyponatremia. Pediat Clin N Amer 37 (2): 351, 1990

4 Ashwal S, Stringer W, Tomasi L et al: Cerebral blood flow and carbon dioxide reactivity in children with bacterial meningitis J Pediat 117: 523, 1990

5 Lebel MH, Bishara 3, Sirogianopoulus GA et al: Dexamethasone therapy for bacterial meningitis N Engl J. Med 319 (15): 964, 1988

6 Tauber MG, Brooks - Fournier RA, Sande MA: Experimental models of central nervous system infections: contributions to concepts of disease and treatment. Neurol Clin 4: 249, 1986.

7 Tauber MG, Khayam-Bash H, Sande MA: Effets of ampicillin and and corticosteroids on brain water content, cerebrospinal fluid pressure and lactate levels in experimental pneumococcal meningitis. J Infect Dis 151: 528, 1985.

8 Syrogiannopoulos GA, Olsen K, Reisch 35: Dexamethasone in the treatment of experimental Haemophilus Influenzae type b meningitis J. Infect Dis 155: 213, 1987.

9 Saenz-Llorens J, Ramilo O, Mahmoud MM: Molecular pathophysiology of bacterial meningitis: current concepta and therapeutic implications. J Pediat 116:671, 1990.

10 Amer Acad Pediat News 6 (6): 9, 1990 (Mc Cracken) Dexamethasone therapy for bacterial meningitis in infants and children.

11 Cabral DA, Flodmark O, Farrel K: Prospective study of computed tomography in acute bacterial meningitis J Pediat 111: 201, 1987.
12 Fejerman N: Sindrome de West y aparente atrofia cerebral por uso de ACTH. Estudio por tomografía computada. Rev Arg. Pediat 8: 12, 1983.
13 Fonseca D, Da Luz de Pereyra S, Piñeyrúa de Cáceres M: La tomografía axial computada en la meningitis aguda supurada del niño. Arch Pediat Urug 53:225, 1982.
14 Bodino J, Lylyk P, Del Valle M et al: computed tomography in purulent meningitis. Am J Dis Children 136:495, 1982.
15 Pike MG, Wong PKH, Bencivenga R et al: Electrophysiologic studies, computed tomography, and neurologic outcome in acute bacterial meningitis J Pediat 116:702, 1990.

D.F.: Echevarriarza 3471, Montevideo

# LA MEDICINA COMO "ESTADO DE VIDA" Y VOCACION DE SERVICIO

Dra. Irma Gentile Ramos

Al honrarme con esta invitación me pidieron que hablara de **la vida.** ¡Apasionante reto! Opté, al instante, por un tema que nos atañe a todos; reflexionar en voz alta sobre el sentido de nuestra profesión es también indagar la razón de nuestras propias vidas.

En medio del diario trajinar, no es fácil hacer un alto en el camino, mirar la senda que quedó atrás, imaginar que viene más allá, ni ver siquiera dónde estamos parados. Por mi parte, me siento algo incómoda parada en este "púlpito" en actitud de "pontificar" sobre un tema tan trascendente, cual dueña de la verdad. Desengáñense; soy apenas la dueña de **mi** verdad y reconozco que es preciso mucho coraje para convivir con ella, soportarla y hasta descubrir ciertos monstruos que alimento en mi. Por eso, para algunos, hablar de esto puede parecer una crueldad o una tontería.

No pensé así al elegir el tema; la invitación me sonó como aquella pregunta de Misnah-Abat de los Refranes del Talmud: "**Y si no ahora: ¿cuándo?**". La vida puede ser más cómoda para quienes no necesitan ver la verdad y para los que pueden verla como la desean, fabricando sueños complacientes que les permiten dormir en paz; pero ese sueño de irresponsable no me interesa.

Durante años he preguntado a cada nueva generación de estudiantes el por qué de su vocación médica. Con ligeras variantes han respondido que deseaban "sanar", "consolar", "compadecer", "mejorar el conocimiento", "trabajar por la vida" . . . como vemos, todos sentimientos humanitarios y altruistas que rara vez traducen sus propios miedos; con más timidez, otros confiesan sus esperanzas de "prestigio", "independencia económica" o "la satisfacción personal del éxito". Para vergüenza nacional, durante más de una "década infame", los estudiantes recibieron como bautismo y bienvenida a la Facultad, la idea de que "escalar posiciones era escalar sobre sus compañeros". Espero que ninguno haya aprendido esa primera lección. Prefiero releer la fórmula del éxito que nos legara William Osler (1) en 1903 y que él sintetizaba en al palabra TRABAJO: "He tenido tres ideales personales. El primero ha consistido en hacer bien el trabajo de cada día sin preocuparme del mañana. El segundo, el de actuar de acuerdo a la Regla de Oro, hasta donde yo la conozco. El tercer ideal, ha consistido en cultivar el grado de ecuanimidad que me permita soportar el éxito con humildad, el afecto de mis amigos sin orgullo y estar preparado para recibir el día de la desgracia el dolor, cuando llegue, con el valor digno de un hombre". ¡Hermosa receta de alguien que, no sólo alcanzó el prestigio y la gloria, sino que disfrutó la belleza y el arte, el placer de la buena mesa y el goce del amor!

**"La Regla de Oro"** de que hablaba Osler es el mismo Juramento Hipocrático que - implícitamente - cada uno de nosotros aceptó al graduarse y que, con ligeras variantes, sigue vigente. Ya no juramos ni tomamos por testigos a Apolo, Asclepio, Higea, Panacea ni todos los dioses. El cuerpo médico, al compás de los cambios, ha resuelto sobre temas impensados por Hipócrates (las computadoras, la muerte cerebral, la manipulación

genética, la tortura, la planificación familiar) y ya no figura aquel "a nadie más" que nos prohibía compartir el saber con otros que "nuestros hijos, los hijos del maestro que me ha instruido y los discípulos regularmente inscriptos y jurados según los reglamentos". Mas, lo medular de la Regla de Oro permanece en pie.(2)

Hoy me gustaría saber que sintió cada uno de Uds. el día en que (sin toga, birrete ni ceremonia solemne) recibió, luego de trámites burocráticos, aquel ansiado Diploma y con él "su derecho de ejercer la Medicina, en todo el territorio nacional" como lo certificaban las firmas del Rector y el Decano con los sellos correspondientes. Ignoro si todos fuimos conscientes de la enorme responsabilidad social que asumíamos. Yo me sentí más abrumada que feliz. Como en la Tauromaquia, era recibir **la alternativa**; ese "momento en que el matador de toros eleva al novillero a su misma categoría para que mate, alternando con los demás espadas". Podemos suavizarlo y decir que, en sentido religioso, era como un **acto de ordenación** "por el que se recibe un orden y con él la potestad de ejercer las funciones relacionadas con el culto divino", "un mandato para obedecer, observar y ejecutar". Recibí de mis maestros otras leyes o las mismas dichas de otro modo: "En la casa del cliente, ni un café"; "en el consultorio, ni un crucifijo"; "mire de frente al decir cuánto vale su trabajo; regálelo si quiere, pero no conceda jamás la menor rebaja ni acepte propinas"; no tenga negocios de trueque con sus clientes"; "no practique la dicotomía"; "el único lugar suyo, absolutamente suyo, será su consultorio". Me enseñaron también que ese era el único territorio neutral donde yo podía asistir a un paciente ajeno sin que el médico tratante me lo pidiera.

Se ha dicho que en la feria, cada cual encuentra lo que busca; Merimée opinaba que, en el amor nadie habrá de encontrar algo que no llevara ya consigo; es posible que ambos asertos sean verdad pero no pedemos negar que la carrera nos formó y nos deformó. Nos mostró modelos buenos y malos; aprendimos un idioma de más de 13.000 palabras (3), a escribir con "letra de médicos" e inventar montones de siglas y jeringonzas incomprensibles para los legos. Suerte de incongruencia entre la doctrina, la práctica y aquellos deseos juveniles de llegar a los demás. A lo largo de la carrera ganamos omnipotencia y coraje, disminuyó la abnegación y hasta dicen que afloró cierto grado de cinismo (4). No sé si percibíamos entonces tantas contradiccciones; lo que sí descubrimos pronto fue que ser médico implicaba también renunciar al sueño, las vacaciones, el porte informal, la privacidad, los horarios e itinerarios preferidos, muchos buenos ratos con la familia y los amigos y el derecho a la soledad y a demostrar nuestros dolores, cansancios y amarguras.

¿Quién de nosotros no ha protestado íntimamente al sentirse invadido y hasta usado? ¿Quién no se identificó (y volvemos al Talmud) con aquel otro proverbio: **"Si no soy para mi: ¿quién lo será?"** Tal vez los jóvenes, que tienen tantos mitos respecto al pasado, estén pensando que - en compensación - teníamos el prestigio, la fama y ganábamos mucho dinero. Puede aventar esos mitos la lectura de la "Historia del Gremialismo Médico del Uruguay" (5); abunda en ejemplos de que la desocupación, el exceso de médicos y las bajas remuneraciones no son problemas nuevos. En países donde se

publican guías biográficas, del estilo de "Quien es quien" (3) sólo alrededor del cinco por ciento de los médicos merece la excelencia ( por cargos, títulos, producción científica, etc.) de figurar en ellas

¿Por qué no renuncia a ese "estado de vida" el 95% restante? Según Escardó (6) porque "el médico es un **héroe** que, de común, no alcanza la historia porque lo consume la cotidianidad". Eso no resta heroicidad al hecho de ser médico.

Hoy asisto preocupada a una desvalorización del trabajo profesional, pero mucho más me inquieta que el médico no se valore a sí mismo. Al mismo tiempo que muchos jóvenes deben ganarse la vida en trabajos que nada tienen que ver con su carrera, hay un respetable porcentaje de médicos exitosos (de 40 - 50 años) que integra la capa de la población con mayor poder adquisitivo. Algo debe estar funcionando muy mal para que coexistan tales extremos; ojalá lo resolvamos entre todos.

No creo que el ideal sea el regreso de aquel médico omnipotente, y omnisciente que, desde las alturas, ejercía un poder autoritario, mesiánico y aristocrático. Tampoco quiero que la población siga entrampada en esa relación médico-paciente, basada en el antidiálogo dominador-dominado. No obstante, perviven muchos nostálgicos. Los pacientes no tienen consciencia de su opresión y, a la vez, como otros grupos dominantes y clasistas, el de los médicos sigue ignorando que alberga en sí el monstruo del opresor. De tanto en tanto, la Regla de oro, mal usada, nos absuelve, aunque la obligación del "secreto médico" nos transforme en una "maffia". Pero ética médica no es complicidad con los colegas ni con las Instituciones.

Los estudiantes y los médicos jóvenes sonríen burlonamente cuando les digo que ellos son muy importantes. Pero es verdad; en sus manos estará la salud de la gente en los próximos veinte, treinta o más años. ¿No es válido que sientan que abrazaron una "noble profesión"? Yo creo que el cometido que les aguarda justifica que sigan luchando por ser hombres y mujeres de primera clase, para que la vida de los otros sea también de la mejor calidad. Por ambiciosa que sea esa esperanza, vale la pena vivir por ella, amándose a sí mismos y a los demás, sin encerrarse en el egoísmo ni alienarse corriendo sólo tras logros materiales, Bien está que militen por retribuciones más justas y condiciones más dignas de trabajo; pero no creemos una falsa oposición entre la Medicina como un "estado de vida" y la Medicina como un "medio de vida". Lo importante es armonizar ambas actitudes y sentir cada día la felicidad de ser médico. ¿Serlo para toda la vida?

El torero puede cortarse la coleta y dejar de ser "matador". El sacerdote, en cambio, al colgar sus hábitos no pierde (aunque sea depuesto y execrado) el poder de administrar los sacramentos. Los médicos podemos jubilarnos y dedicarnos a realizar alguno de esos sueños que la carrera nos obligó a arrumbar en algún lado. Talvez, hasta sigamos creyendo, como Ingres, que hubiéramos sido mejores músicos que pintores. Será cuestión de investigarlo; por ahora no lo sé; la Medicina como "estado de vida" es uno de esos monstruos propios, que mencioné al principio, que cultivo, mimo y amo. No soy la única. Pocos profesionales universitarios tardan tanto en jubilarse, como nosotros, y abundan los que mueren trabajando. No sé si ello es una virtud o un defecto; creo que

demuestra - una vez más - esa "incapacidad entrenada" que es la "deformación profesional", tan común en los médicos.

¿Responde esta actitud a "una ardorosa ambición de fama" o a "un obsesivo afán de trabajo"? - No puedo responder por los demás ni generalizar; que cada cual se asome al fondo de sí mismo y descubra si alberga allí a esos queridos monstruos. A mí no me molestan, pero prefiero seguir creyendo que lo que más me importa es vivir sin "miedo a la libertad" (7), desentrañando, cada día **¿quién soy yo?** y transformando al mundo para que sea mejor. Hay infinitos caminos para lograrlo, en el trabajo, en la acción, en la reflexión, en la espontaneidad del amor, en la creatividad y en la exigencia existencial del diálogo (8). Hoy siento que **ser médico** me ofrece todos esos caminos. Si mañana, tal "estado de vida" es un lastre para seguir andando, me "cortaré la coleta", "colgaré los hábitos" y aceptaré - sin nostalgias - que, en el pasado, **"trabaje de médico".**

1 Osler, W.: The master word in Medicine, in Aequanimitas with Other Essays. Blakiston, Filadelfia, Pensilvania, 1943, pp. 349-371.
2 Sindicado Médico del Uruguay: La Etica Médica. CBA, Montevideo, 1988 77 pp.
3 Bridge, E.M.: Pedagogía y Medicina. OPS/OMS, Washington, 1965, p.59
4 Eron, L.: El efecto de la educación médica sobre las actitudes. Chile, Cuadernos médico-sociales 1960.
5 Rojas-Beltrán, R.: Historia del Gremialismo Mëdico del Uruguay. SMU, Montevideo, 1989, 161pp.
6 Escardó, F.: El Alma del Médico. Assandri, Córdoba, 1964, 124 pp.
7 Fromm, E.: El Miedo a la libertad. Paidós, B. Aires, 345 pp.
8 Freire, P.: Pedagogía del Oprimido. Tierra Nueva, Montevideo, 1970,250 pp.

**XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA**

# MESA REDONDA

# "LACTANCIA MATERNA"

Coordinadores: Dres. Edmundo Batthyany, Ma. del Carmen Camacho, Tito Pais, Mariana Varela y Nta. Cecilia Muxi

# XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA

## RESUMEN DEL MATERIAL DE DISCUSION PARA LA MESA REDONDA SOBRE LACTANCIA MATERNA A DESARROLLARSE DURANTE LAS XXVIII JORNADAS DE PEDIATRIA A REALIZARSE EN TACUAREMBO EN MAYO DE 1991.

### INTRODUCCION

En nuestro país, desde 1917, se han realizado varias investigaciones sobre lactancia materna. De estos estudios sucesivos parece desprenderse una disminución paulatina de esta práctica, tal como lo demostró la investigación realizada por C. Bauzá y J. L. Rossello en 1979.

Dado que la dismunción de la lactancia materna constituye un factor de riesgo que podría influir en la morbimortalidad del primer año de vida, sobre todo en los países en desarrollo, la S.U.P. decidió, en el marco de la Mesa Redonda sobre Lactancia Materna, realizar una pequeña investigación sobre esta temática.

### OBJETIVOS

Estudiar algunos aspectos sobre la situación actual de la lactancia materna en dos poblaciones de diferente nivel socio-económico y cultural, comparándolo con datos previos existentes sobre esta temática.

Algunos de los aspectos sometidos a estudio fueron:

A) Frecuencia de la alimentación natural en el momento actual.
B) Caracterización socio-económica y cultural de los grupos en estudio.
C) Investigación de los procedimientos del equipo de salud vinculadas al tema.
D) Estudio sobre conceptos, actitudes y prácticas de lactancia materna con especial énfasis sobre el tiempo de duración de la lactancia tanto exclusiva como mixta, así como causas de ausencia de la misma o motivos del destete precoz.
E) Identificación de algunos de los factores de riesgo que se asocian con el fracaso de la lactancia.
F) Crear para la S.U.P. un banco de datos para poder continuar y utilizar el presente trabajo.

### MATERIAL Y METODOS

El procedimiento de estudio aplicado consistió en obtener los datos de lactantes menores de 12 meses atendidos en la ciudad de Montevideo en centros del M.S.P. y en un Servicio de atención de Emergencia Pre-hospitalaria en el período de diciembre 1990 a febrero 1991.

El relevamiento de datos se llevó a cabo mediante una encuesta confeccionada por el equipo coordinador y aplicada por los pediatras que desempeñan sus tareas en los centros referidos.

La edad de la muestra comprendió a los niños menores de 12 meses.

Se excluyeron los casos que presentaron patología grave del recién nacido con alta posibilidad de impedir una lactancia exitosa, como la prematurez extrema y cualquier enfermedad crítica del recién nacido.

La población encuestada fue aquella que concurrió a los diferentes centros para consulta: en el M.S.P. la investigación se realizó inmediatamente después de cumplir el acto médico, mientras que en el sistema de atención pre-hospitalaria, se hizo a posteriori, utilizándose la vía telefónica o en su defecto, la entrevista domiciliaria.

En todos los casos se obtuvo el consentimiento materno.

Al no haber sido seleccionadas las poblaciones por procedimientos estadísticos de diseño de muestras, la población estudiada no constituye una muestra representativa de la ciudad de Montevideo ni del país.

La encuesta abarcó los siguientes capítulos:

1) Datos referentes al nivel socio-económico y cultural del medio familiar.
2) Factores referentes al embarazo y tipo de parto.
3) Investigación de conceptos, prácticas y actitudes vinculadas al tema, con especial interés en la duración de la lactancia tanto exclusiva como mixta y en los motivos de ausencia de lactancia y de destete precoz.
4) Valoración de algunas de las prácticas del equipo de salud vinculadas a la lactancia materna.
5) El estudio finalizó con una pregunta abierta solicitando a las madres su opinión sobre el tema, cuyo comentario será sujeto de próximas publicaciones.

Se trabajó en base a ciertas definiciones:

Recién Nacido: Los niños menores de un mes.

Lactancia ausente: Niño que recibió pecho exclusivo o alimentación mixta menos de 15 días.

Pecho exclusivo: Leche materna como única fuente láctea, independientemente de la presencia o ausencia de alimentación con sólidos o semi-sólidos.

Alimentación mixta: Fuente de leche constituída por leche materna y el agregado de otras fórmulas lácteas, independientemente de la presencia o ausencia de alimentos sólidos o semi-sólidos.

Destete: Interrupción definitiva de la lactancia al pecho materno.

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION

Los datos relevados fueron sometidos a críticas a efectos de analizar su consistencia y adecuación a las pautas y criterios pre-establecidos.

Una vez cumplida la etapa de análisis crítico, la información fue procesada por sistema computarizado para obtener los resultados que se presentan (en forma parcial) más adelante.

RESULTADOS

En el período de tiempo ya establecido, se realizó la encuesta a las madres de 701 niños.

La muestra se dividió en dos poblaciones según la clasificación social de Graffar simplificada por Grumberg:

La población 1 se integró con los casos correspondientes a las clases 1 - 2 - 3, y la población 2 con aquellos de las clases 4 y 5.

A la población 1 le correspondieron 385 casos y a la 2; 316.

La distribución por edad en meses de los niños fue homogénea en ambas poblaciones, salvo para los Recién Nacidos.

La edad de las madres encuestadas en ambas muestras, así como su distribución, fueron diferentes: la mediana para la población 1 fue de 29.8 años, con un rango de 17 a 42 años; mientras que la mediana para la población 2 fue de 24.5 años, con un rango de 15 a 46 años. Mientras que la población 1 se encontró tan solo una adolescente, en la 2 hubieron 58.

Respecto a la paridad se observaron las siguientes diferencias: en la población 1 el 78% de los lactantes en estudio eran el primer o segundo hijo y en la población 2 el 56% ocupaba este orden. Se observó mayor frecuencia de multiparidad (hasta 10 hijos) en la segunda poblacion referida

También se encontraron diferencias referentes a la vía de nacimiento: mientras que en la población 1 hubieron 216 casos por via vaginal (56%) y 169 cesáreas (44%) en la poblaación 2 se encontraron 249 partos (79%) y 47 cesáreas (21%).

En el anexo I se presentan algunas tablas y gráficos referentes a estos datos preliminares. De estos, deseamos destacar los siguientes: Tabla I. Gráficos 5, 6, 7 y 8.

En el anexo II, se presenta el prototipo del formulario de encuesta.

Otros resultados, así como su discusión y conclusiones, se analizarán durante el desarrollo de la Mesa Redonda.

Los coordinadores de la Mesa Redonda agradecen a todos los Pediatras participantes de la encuesta y muy especialmente al Ctdor. Darío Andrioli y al Analista de Sistemas Sr. Oscar Rainusso del Centro de Cómputos del S.E.M.M. sin cuya colaboración hubiera sido imposible esta presentación.

# ANEXO I

TABLA I - RESUMEN DE DATOS DE ENCUESTA

Poblacion (1)

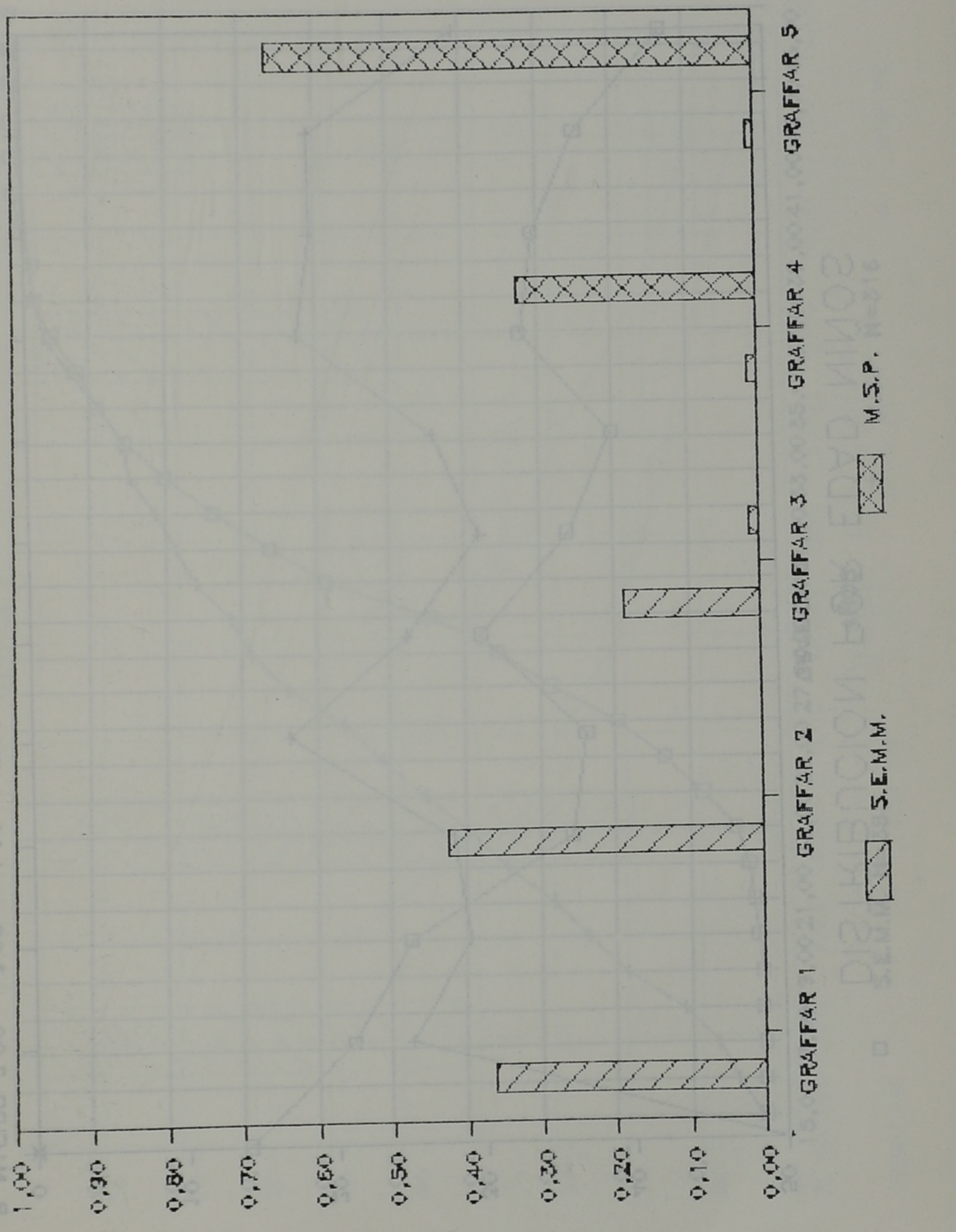
| Edad (meses) | Nro. Casos | Pecho Exc. | Pecho y Comp. | Sub-Total | Destetados | Lactanc. Ausente | % Casos P.Exc. | % Casos P.y Comp. | % Casos PE + PC | % Casos Destet. | % Casos Lact.Aus. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 14 | 10 | 4 | 14 | 0 | | 71.4 | 28.6 | 100.0 | 0.0 | 0.0 |
| 2 | 21 | 17 | 3 | 20 | 0 | 1 | 81.0 | 14.3 | 95.2 | 0.0 | 4.8 |
| 3 | 25 | 10 | 9 | 19 | 6 | | 40.0 | 36.0 | 76.0 | 24.0 | 0.0 |
| 4 | 36 | 8 | 13 | 21 | 15 | | 22.2 | 36.1 | 58.3 | 41.7 | 0.0 |
| 5 | 37 | 6 | 8 | 14 | 23 | | 16.2 | 21.6 | 37.8 | 62.2 | 0.0 |
| 6 | 30 | 9 | 4 | 13 | 15 | 2 | 30.0 | 13.3 | 43.3 | 50.0 | 6.7 |
| 7 | 36 | 6 | 6 | 12 | 22 | 2 | 16.7 | 16.7 | 33.3 | 61.1 | 5.6 |
| 8 | 39 | 4 | 10 | 14 | 20 | 5 | 10.3 | 25.6 | 35.9 | 51.3 | 12.8 |
| 9 | 33 | 3 | 1 | 4 | 28 | 1 | 9.1 | 3.0 | 12.1 | 84.8 | 3.0 |
| 10 | 34 | 4 | 2 | 6 | 24 | 4 | 11.8 | 5.9 | 17.6 | 70.6 | 11.8 |
| 11 | 37 | 3 | | 3 | 33 | 1 | 8.1 | 0.0 | 8.1 | 89.2 | 2.7 |
| 12 | 43 | | 4 | 4 | 37 | 2 | 0.0 | 9.3 | 9.3 | 86.0 | 4.7 |
| | 385 | 80 | 64 | 144 | 223 | 18 | 20.8 | 16.6 | 37.4 | 57.9 | 4.7 |

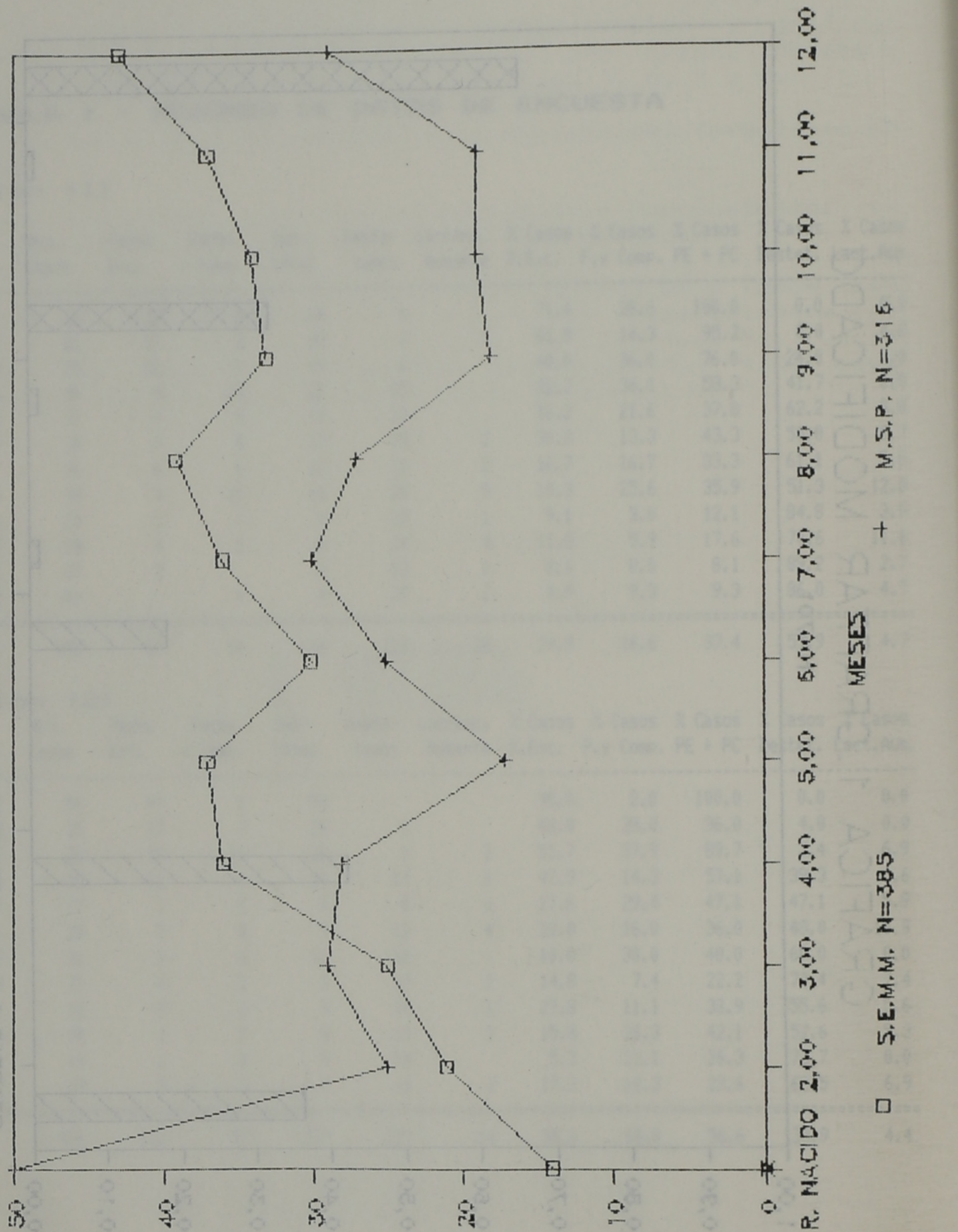
Poblacion (2)

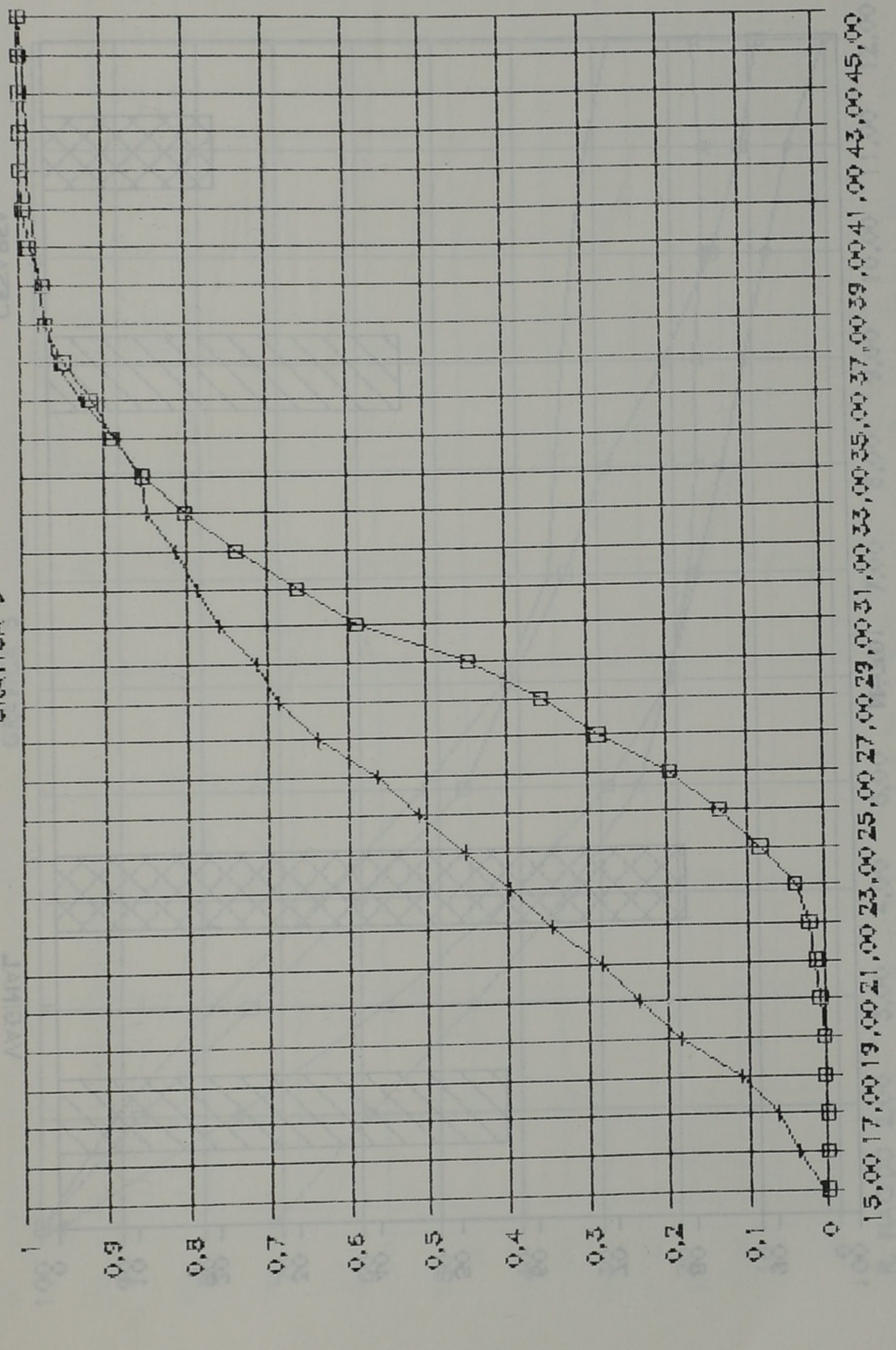
| Edad (meses) | Nro. Casos | Pecho Exc. | Pecho y Comp. | Sub-Total | Destetados | Lactanc. Ausente | % Casos P.Exc. | % Casos P.y Comp. | % Casos PE + PC | % Casos Destet. | % Casos Lact.Aus. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 50 | 49 | 1 | 50 | | | 98.0 | 2.0 | 100.0 | 0.0 | 0.0 |
| 2 | 25 | 17 | 7 | 24 | 1 | | 68.0 | 28.0 | 96.0 | 4.0 | 0.0 |
| 3 | 29 | 15 | 11 | 26 | 1 | 2 | 51.7 | 37.9 | 89.7 | 3.4 | 6.9 |
| 4 | 28 | 12 | 4 | 16 | 11 | 1 | 42.9 | 14.3 | 57.1 | 39.3 | 3.6 |
| 5 | 17 | 3 | 5 | 8 | 8 | 1 | 17.6 | 29.4 | 47.1 | 47.1 | 5.9 |
| 6 | 25 | 5 | 4 | 9 | 12 | 4 | 20.0 | 16.0 | 36.0 | 48.0 | 16.0 |
| 7 | 30 | 3 | 9 | 12 | 18 | | 10.0 | 30.0 | 40.0 | 60.0 | 0.0 |
| 8 | 27 | 4 | 2 | 6 | 19 | 2 | 14.8 | 7.4 | 22.2 | 70.4 | 7.4 |
| 9 | 18 | 5 | 2 | 7 | 10 | 1 | 27.8 | 11.1 | 38.9 | 55.6 | 5.6 |
| 10 | 19 | 3 | 5 | 8 | 10 | 1 | 15.8 | 26.3 | 42.1 | 52.6 | 5.3 |
| 11 | 19 | 1 | 4 | 5 | 14 | | 5.3 | 21.1 | 26.3 | 73.7 | 0.0 |
| 12 | 29 | 5 | 3 | 8 | 19 | 2 | 17.2 | 10.3 | 27.6 | 65.5 | 6.9 |
| | 316 | 122 | 57 | 179 | 123 | 14 | 38.6 | 18.0 | 56.6 | 38.9 | 4.4 |

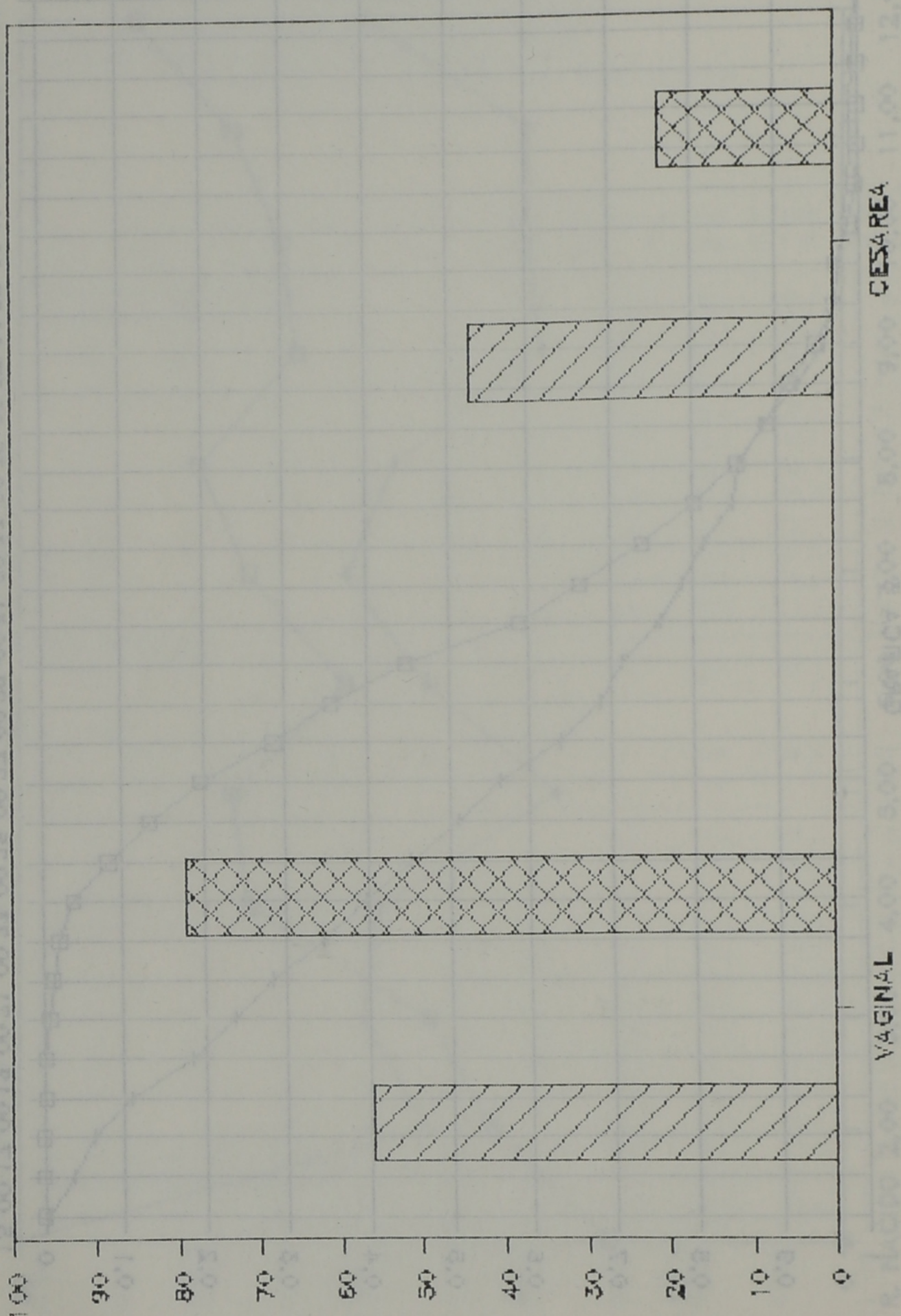
GRAFICA 1.GRAFAR MODIFICADO

N=701



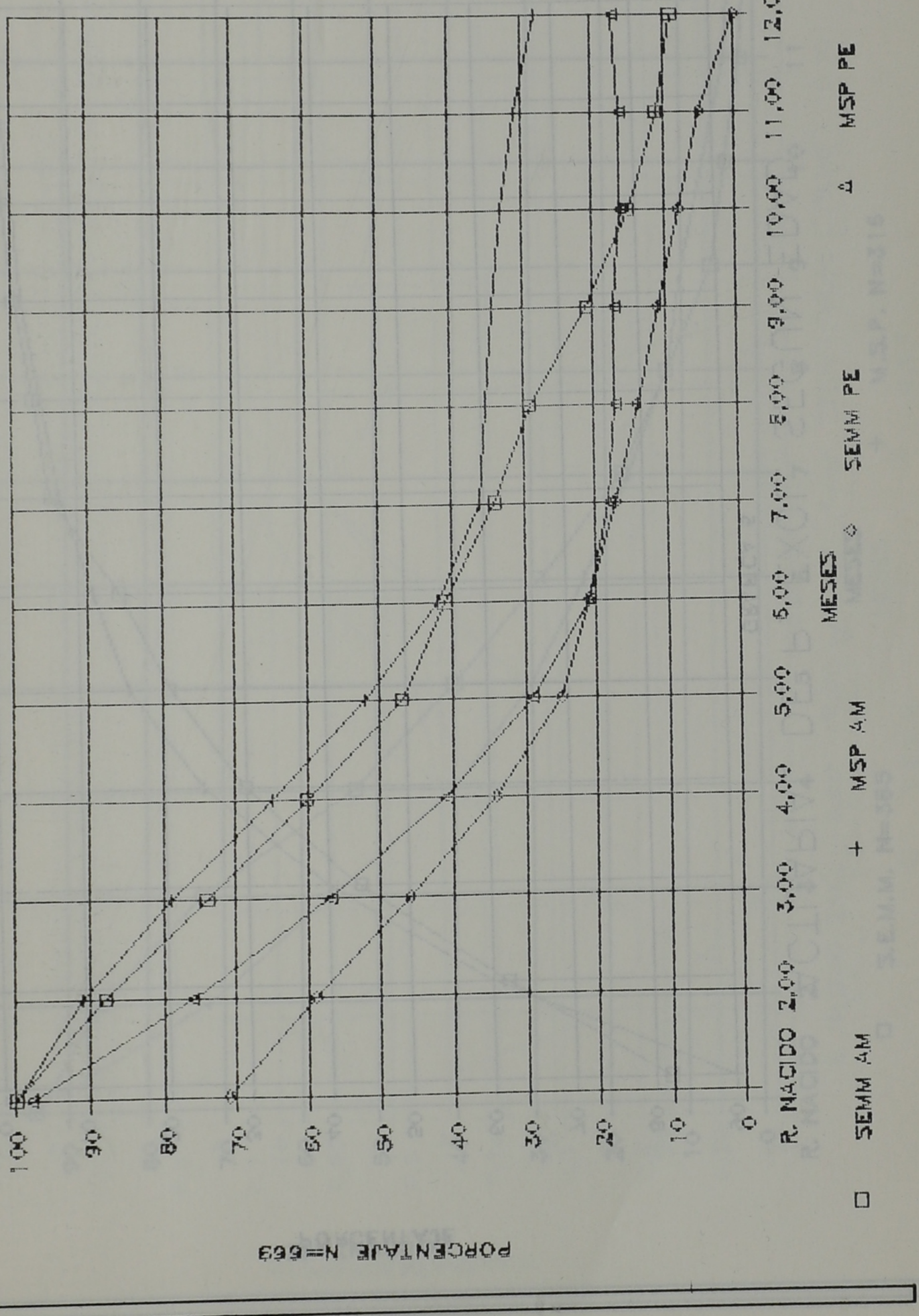

DISTRIBUCION POR EDAD NIÑOS
GRAFICA 2
TOTALES
50
40
30
20
10
0
R. NACIDO 2,00
3,00
4,00
5,00
6,00
7,00
8,00
9,00
10,00
11,00
12,00
MESES
S.E.M.M. N=385
M.S.P. N=213

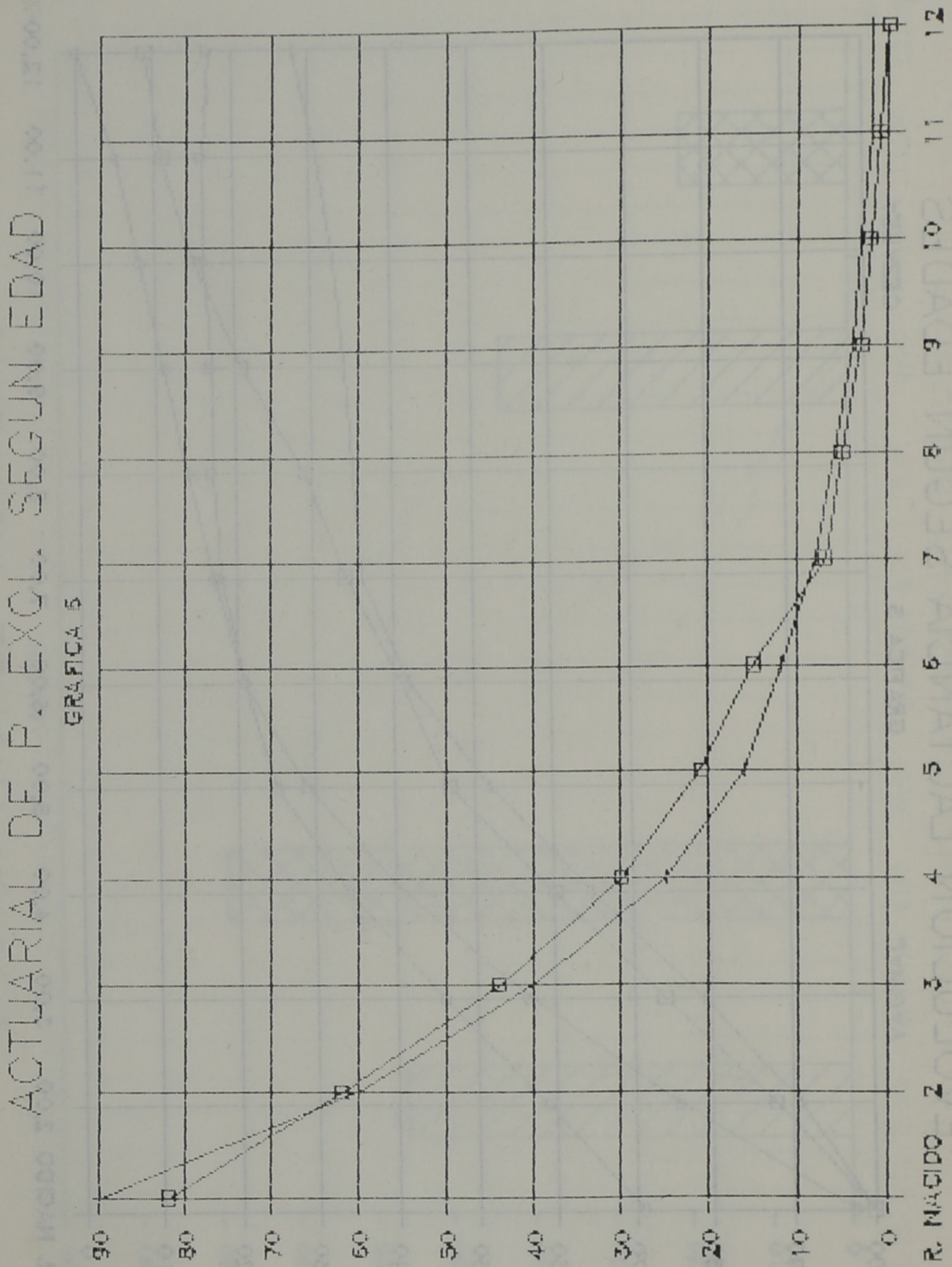

DISTRIBUCION EDAD MATERNA
GRAFICA 3
PORCENTAJE
1
0,9
0,8
0,7
0,6
0,5
0,4
0,3
0,2
0,1
0
15,00 17,00 19,00 21,00 23,00 25,00 27,00 29,00 31,00 33,00 35,00 37,00 39,00 41,00 43,00 45,00
AÑOS
+ M.S.P. N=313
□ S.E.M.M. N=385

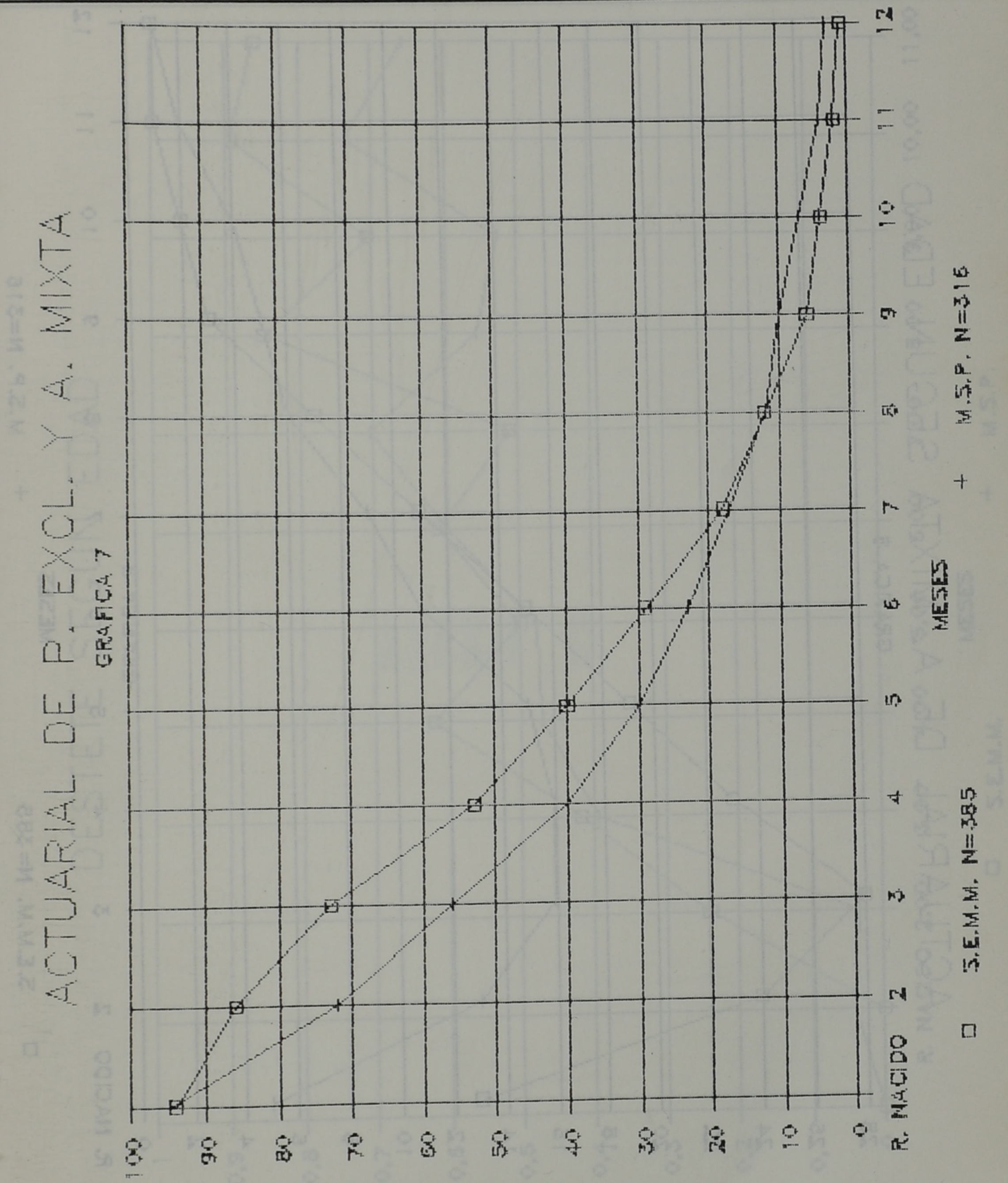

GRAFICA 4.VIA DE NACIMIENTO
N=701
CESAREA
VAGINAL
M.S.P.
S.E.M.M.
PORCENTAJE
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0

EVOLUCION LACTANCIA SEGUN EDADES

GRAFICA 3

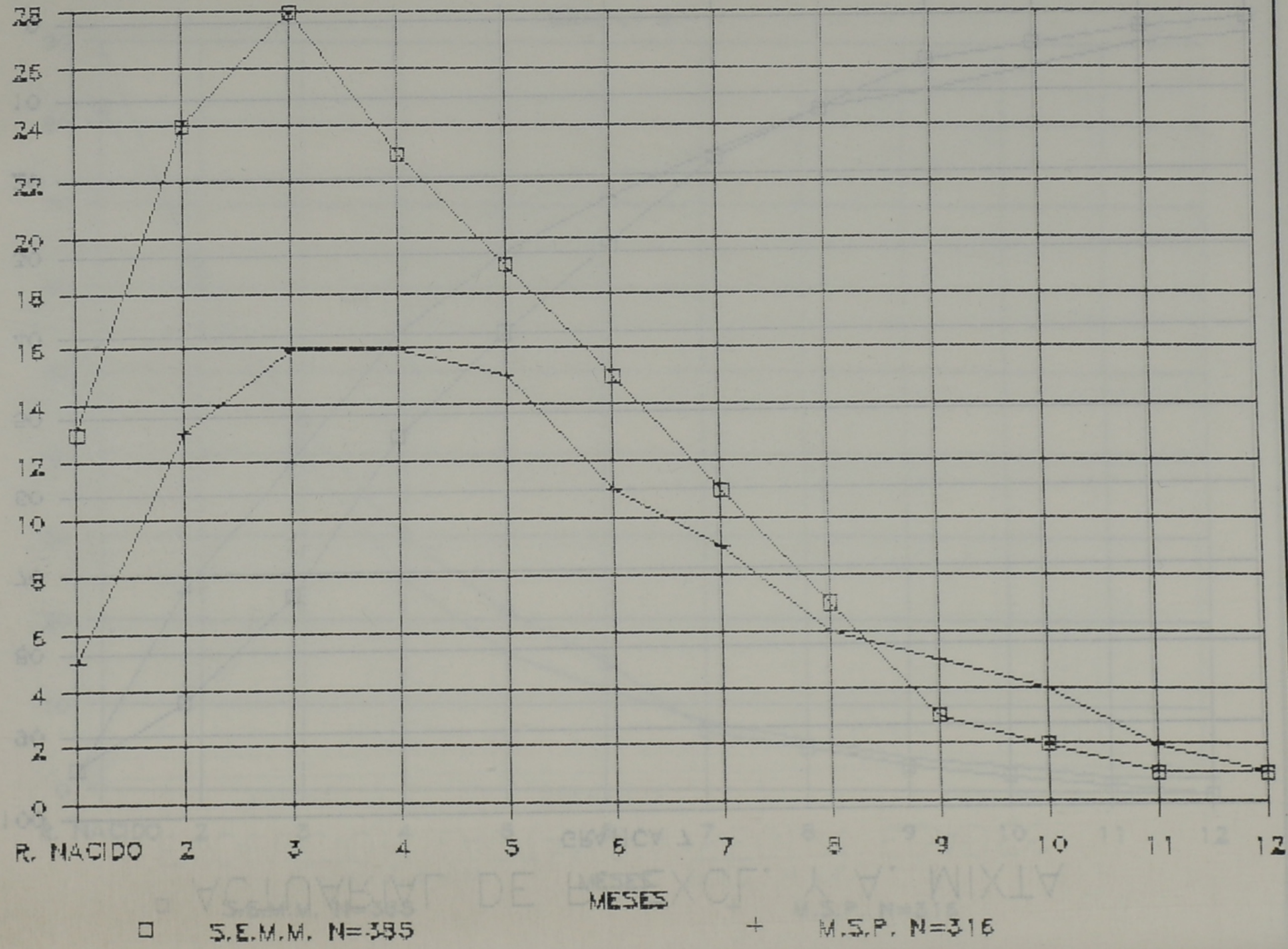



CL. SEGUN EDAD
ACTUARIAL DE P. EXC
GRAFICA 5
+ W.S.P. N=219
MESES
S.E.M.M. N=385
R. NACIDO
PORCENTAJE


ADECUACION PONDERAL DE P. EXCL. Y A. MIXTA
GRAFICA 7
PORCENTAJE
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
R. NACIDO 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
MESES
□ S.E.M.M. N=385
+ W.S.P. N=316

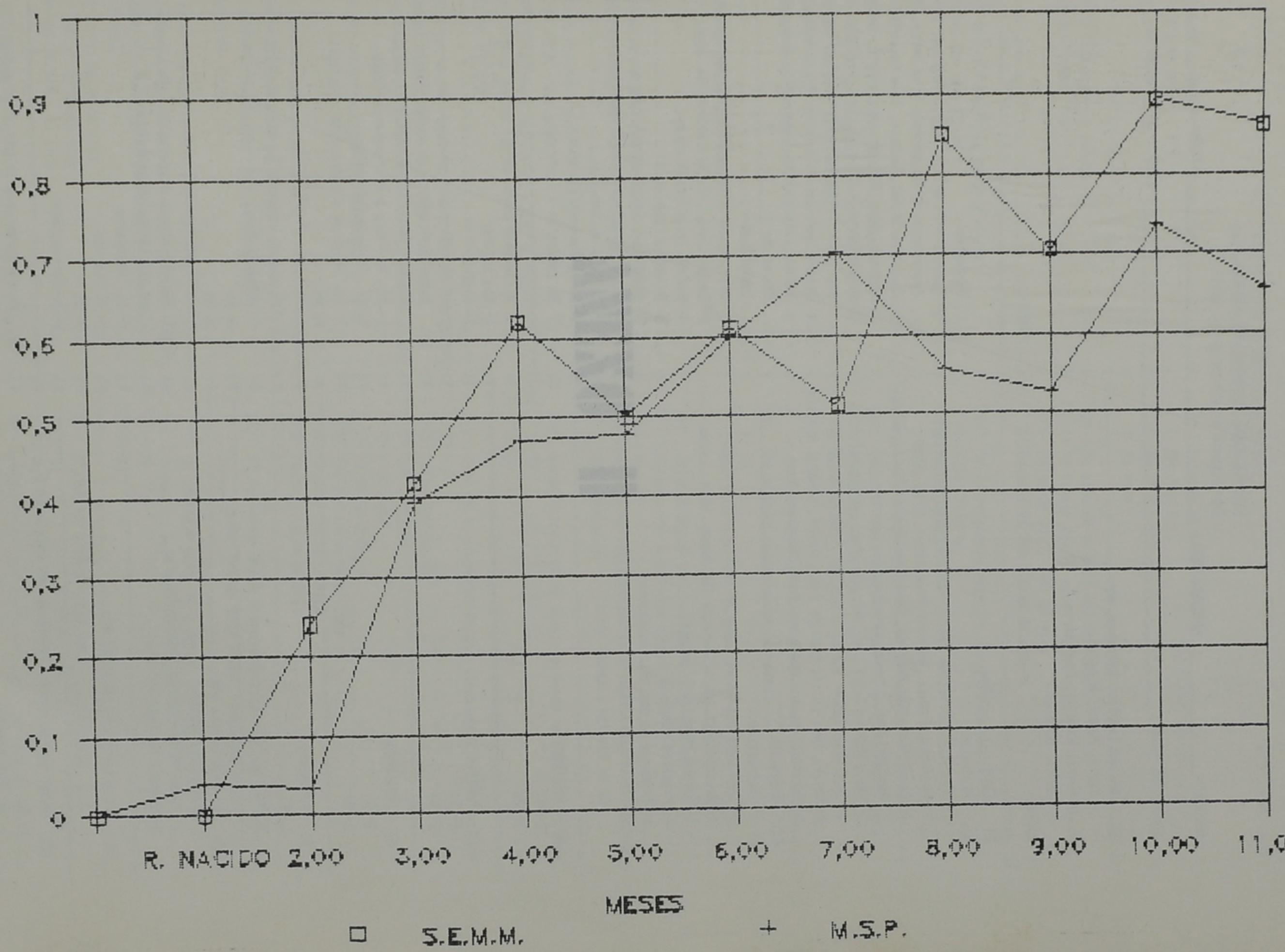
# ACTUARIAL DE A. MIXTA SEGUN EDAD

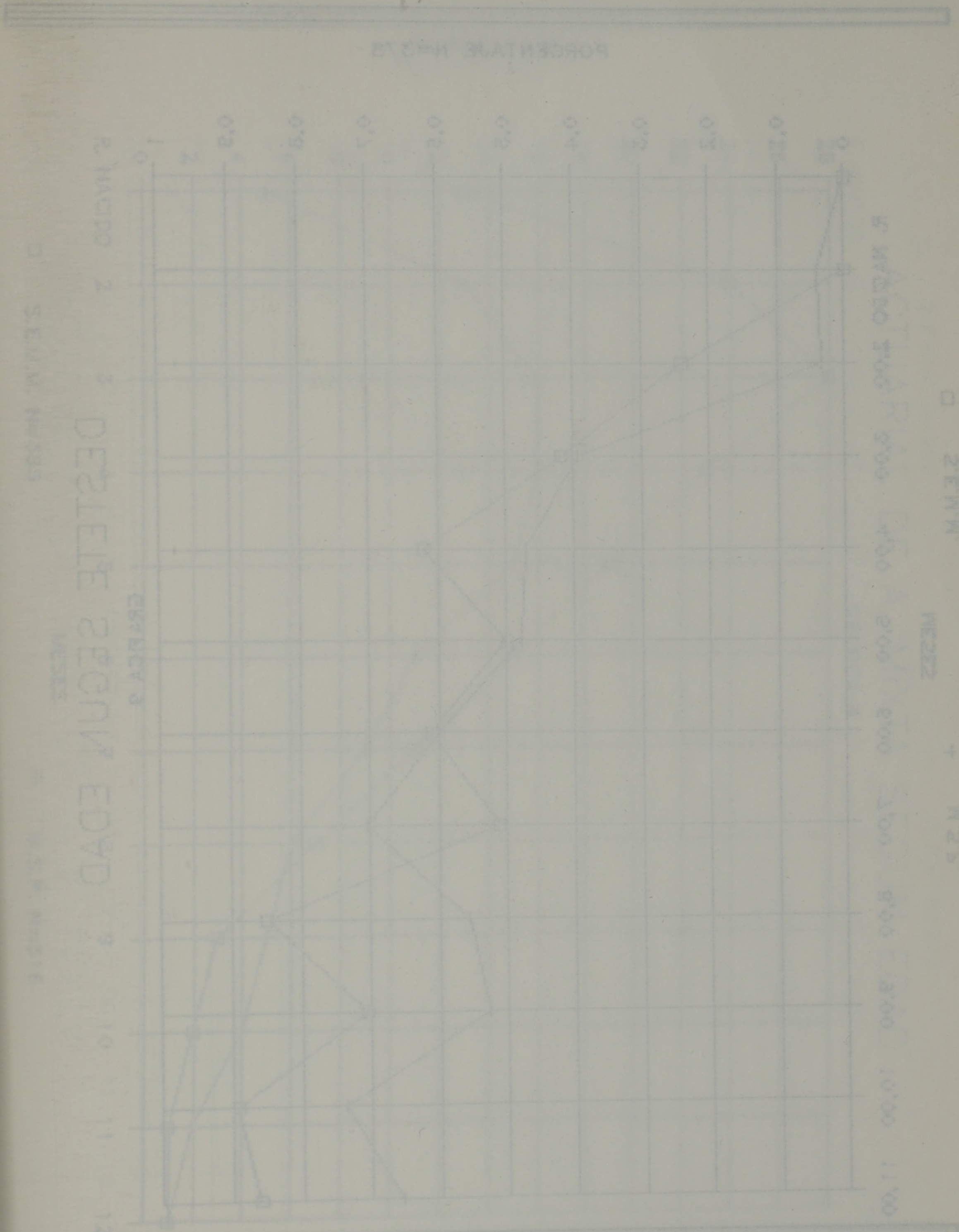
GRAFICA 3



# DESTETE SEGUN EDAD

GRAFICA 9





# ANEXO II

# XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA

S. U. P.

ESTUDIO SOBRE ALIMENTACION NATURAL
Corresponde a menores de 12 meses

N.S.

UNIDAD : _____ ENCUESTADOR : _____ FECHA : __/__/__

NOMBRE DEL NIÑO : _____ EDAD : ____ meses //_____ días

1) Núcleo familiar integrado por
   1- Padre, Madre, Niño(s)
   2- Madre, Niño(s), Familiares
   3- Madre, Niño(s)

MADRE

2) Edad _____ años
3) Profesión :
   1- Ejecutivo/Directivo Empr., Fábrica, Bco.,Estanciero Profesional Univ.,Docente Prim.Secun. Ofic. FFAA
   2- Comerciante,Adm.Empresa, Jefe Empr.Media (Tienda,Almac. Restaur),Func.c/cargo responsable, Locutor.
   3- Emp.y Obrero Calif.,Aux.Enf.,Emp.Publ.,Administrativo Secr.Ofic.Taller (Tornero Electic.Tecnico Radio TV)
   4- Obrero Semi-Calif. Empl.de Com., Telef. Albañil Modista
   5- Sereno,Limpiador,Mandadero,Peón,Changador,Mozo
4) Ocupación _____
5) Instrucción
   1- Univ.Completa/Docen.Secun./Primar/Actriz/Artista
   2- Secund.Compl.(Bachillerato) Téc.Super. Univ. Incom.
   3- Secund.Incom./UTU/incompl.
   4- Primaria Completa
   5- Primaria incompleta/analfabeta

PADRE

3) Profesión :
   1- Ejecutivo/Directivo Empr., Fábrica, Bco.,Estanciero Profesional Univ.,Docente Prim.Secun. Ofic. FFAA
   2- Comerciante,Adm.Empresa, Jefe Empr.Media (Tienda,Almac. Restaur),Func.c/cargo responsable, Locutor.
   3- Emp.y Obrero Calif.,Aux.Enf.,Emp.Publ.,Administrativo Secr.Ofic.Taller (Tornero Electic.Tecnico Radio TV)
   4- Obrero Semi-Calif. Empl.de Com., Telef. Albañil Modista
   5- Sereno,Limpiador,Mandadero,Peón,Changador,Mozo
4) Ocupación _____
5) Instrucción
   1- Univ.Completa/Docen.Secun./Primar/Actriz/Artista
   2- Secund.Compl.(Bachillerato) Téc.Super. Univ. Incom.
   3- Secund.Incom./UTU/incompl.
   4- Primaria Completa
   5- Primaria incompleta/analfabeto

En su familia disponen de :

6) Teléfono
   1- Si
   2- No

7) Radio
   1- Si
   2- No

8) Televisión
   1- Si
   2- No

9) Automóvil
   1- Si
   2- No

10) El bebe cuenta con
   1- Respaldo Mutual
   2- Respaldo Emergencia Prehospitalaria
   3- Ninguna de las dos cosas

11) Es producto de embarazo Nro.
   ___

12) Usted quería quedar embarazada de este niño ?
   1- Si
   2- Si. Fue buscado.
   3- No
   4- No, pero luego lo acepté.

13) Control de Embarazo :
   1- Si (6 controles o más)
   2- No (menos de 6 controles)

14) Nacimiento por
   1- Vía natural
   2- Cesárea

15) Durante el embarazo, penso como lo alimentaría durante los primeros meses de vida ??
   1- Si. Ya sabía que no tendría leche.
   2- Si. Pensó en su pecho.
   3- Si. Pensó en alimentación artificial
   4- No.

16) En alguna etapa de su vida, recibió orientación sobre L. M.
   1- Si
   2- No

17) Recibió alguna orientación relacionados a L.M. en los controles prenatales ?
   1- Si. Abundante
   2- Si. Escasa
   3- No
   4- No Corresponde

18) Procuró averiguarlo por otros medios ??
   1- Si
   2- No
   3- No Corresponde

S. U. P.

ESTUDIO SOBRE ALIMENTACION NATURAL
Corresponde a menores de 12 meses

19) Si la respuesta anterior fue afirmativa, lo hizo a través de
1- Lectura
2- TV ---
3- Radio ! !
4- Preguntas a Fliares. y/o amigos ---
5- Otros medios. Especificar : .....
.....

20) Sus mamas fueron examinadas durante alguna de las consultas prenatales ---
1- Si ! !
2- No ---

21) Cuando nació el bebé, recibió orientación relacionada a la L.M. durante la internación ??
1- Si. Personal Médico y de Enfermería
2- Si. Personal Médico ---
3- Si. Personal de Enfermería ! !
4- No ---

22) Usted deseaba amamantar a su bebé ? ---
1- Si ! !
2- No ---

23) Para lactantes durante cuántos meses recibió PE ?
- _____ meses (tomar solo meses, descartar dias)

24) Para Recién Nacidos (hasta 28 días) :
1- Aun recibe Pecho exclusivo
2- P.E. menos de 15 días (cualquiera sea la edad) ---
3- Mayor de 15 días que no recibe PE ! !
4- No recuerda. No sabe. ---

25) Para lactantes durante cuántos meses recibió P.y Compl.
- _____ meses (tomar solo meses, descartar días)
(registre 0 si no recibió / 99 si no sabe, no recuerda)

26) El padre del bebé la estimuló a amamantar al bebé ---
1- Si ! !
2- No ---

27) Recibió estímulo de Fliares. y/o amigos para que amamantara ?? ---
1- Si ! !
2- No ---

28) Cuándo puso a su bebé por primera vez al pecho ?
1- Sala de Partos
2- Antes de las 6 horas de vida ---
3- Antes de las 24 horas de vida ! !
4- Luego de las 24 horas de vida ---

29) Estuvo en alojamiento conjunto durante la internación ? ---
1- Si. Permanente ! !
2- Si. Mixto ---
3- No

30) Estando su bebé internado,
1- Recibió P.E. ---
2- Recibió complemento ! !
3- No Sabe ---

31) El alta de su bebe fue otorgada
1- Al tercer día de vida ---
2- Antes de los 3 días de vida ! !
3- Después de los 3 días de vida ---

32) Si la respuesta anterior fue (3), se vinculó a:
1- Causa Materna ---
2- Causa del RN ! !
3- Ambos ---

33) Recibió algún folleto, libro, muestra o regalo para promoción de leches ---
1- No ! !
2- Si ---

34) Su bebe se controla con Pediatra? ---
1- Si ! !
2- No ---

35) Recibió alguna orientación relacionada con LM durante los siguientes controles :
1- Si ---
2- No ! !
3- No corresponde ---

36) Recibió leche en el servicio donde se controla el bebe? ---
1- Si ! !
2- No --- --

37) Cuál es la alimentación que actualmente recibe su bebe
1- P.E.
2- Leche modificada
3- L.V. diluida
4- L.V. pura
5- Leche de Soja
6- Pecho y Leche modificada ---
7- Pecho y Leche de Vaca ! !
8- Pecho y Leche de Soja ---

38) Si ya recibe otros alimentos,anotar mes de introducción
- _____ meses (tomar solo meses, descartar dias)

SI AMAMANTO MENOS DE 6 MESES, POR QUE LO HIZO ??

39) Porque el bebe rebajaba de peso ---
1- Si ! !
2- No ---

40) Porque el bebe no aumentaba lo suficiente ---
1- Si ! !
2- No ---

41) Porque el bebe lloraba ---
1- Si ! !
2- No ---

S. U. P.

ESTUDIO SOBRE ALIMENTACION NATURAL
Corresponde a menores de 12 meses

42) Por enfermedad del niño ---
1- Si ! !
2- No ---

43) Por indicación del Pediatra ---
1- Si ! !
2- No ---

44) Por problemas del pezón ---
1- Si ! !
2- No ---

45) Por Agalactia o Hipogalactia ---
1- Si ! !
2- No ---

46) Por mastitis ---
1- Si ! !
2- No ---

47) Por enfermedad materna ---
1- Si ! !
2- No ---

48) Por razones estéticas ---
1- Si ! !
2- No ---

49) Por consejo de su pareja ---
1- Si ! !
2- No ---

50) Por consejo de familiares y/o amigos ---
1- Si ! !
2- No ---

51) Porque empezó a trabajar ---
1- Si ! !
2- No ---

52) Porque nació por cesárea ---
1- Si ! !
2- No ---

53) Porque su leche no sirve ---
1- Si ! !
2- No ---

54) Porque está convencida de que las leches comerciales son mejores ---
1- Si ! !
2- No ---

55) Se sintió insegura de poderlo alimentar correctamente ---
1- Si ! !
2- No ---

56) Otra razón. Anotar.....
.....

En caso de respuesta positiva en varios de lo puntos anteriores, anotar la que considere fundamental en el destete. --- ---
! ! ! !
--- ---

57) Utiliza o utilizó algún tipo de estimulante de la producción de leche? ---
1- Si ! !
2- No ---
Caso positivo, especificar.....
.....

58) Insistió el Pediatra o el personal de enfermería donde lo controla, sobre la importancia de la alimentación natural en el momento del destete? ---
1- Si. Mucho. ! !
2- Si. Algo. ---
3- No

59) Si la madre trabaja, anotar meses de vida del niño cuando comenzó_____

60) Anotar nro. de horas diarias en que la madre trabaja fuera del hogar_____

61) Usted fué amamantada? ---
1- Si ! !
2- No ---
3- Desconoce

62) Qué opina su madre sobre la L.M.(Escribir literalmente lo que dice).....
.....
Coordinación codificará.
1- ---
2- ! !
3- ---
4-
5-

63) Si tiene otros niños, los amamantó? ---
1- Si ! !
2- No ---
3- No corresponde

64) Cuánto tiempo (en meses) los amamantó?
Niño 1-.....
Niño 2-.....
Niño 3-.....
Niño 4-.....
Niño 5-.....

65) Usted desea aportar algo más?.....
.....
.....

TABLA I - RESUMEN DE DATOS DE ENCUESTA

Poblacion (1)

| Edad (meses) | Nro. Casos | Pecho Exc. | Pecho y Comp. | Sub-Total | Destetados | Lactanc. Ausente | % Casos P.Exc. | % Casos P.y Comp. | % Casos PE + PC | % Casos Destet. | % Casos Lact.Aus. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 14 | 10 | 4 | 14 | 0 | | 71.4 | 28.6 | 100.0 | 0.0 | 0.0 |
| 2 | 21 | 17 | 3 | 20 | 0 | 1 | 81.0 | 14.3 | 95.2 | 0.0 | 4.8 |
| 3 | 25 | 10 | 9 | 19 | 6 | | 40.0 | 36.0 | 76.0 | 24.0 | 0.0 |
| 4 | 36 | 8 | 13 | 21 | 15 | | 22.2 | 36.1 | 58.3 | 41.7 | 0.0 |
| 5 | 37 | 6 | 8 | 14 | 23 | | 16.2 | 21.6 | 37.8 | 62.2 | 0.0 |
| 6 | 30 | 9 | 4 | 13 | 15 | 2 | 30.0 | 13.3 | 43.3 | 50.0 | 6.7 |
| 7 | 36 | 6 | 6 | 12 | 22 | 2 | 16.7 | 16.7 | 33.3 | 61.1 | 5.6 |
| 8 | 39 | 4 | 10 | 14 | 20 | 5 | 10.3 | 25.6 | 35.9 | 51.3 | 12.8 |
| 9 | 33 | 3 | 1 | 4 | 28 | 1 | 9.1 | 3.0 | 12.1 | 84.8 | 3.0 |
| 10 | 34 | 4 | 2 | 6 | 24 | 4 | 11.8 | 5.9 | 17.6 | 70.6 | 11.8 |
| 11 | 37 | 3 | | 3 | 33 | 1 | 8.1 | 0.0 | 8.1 | 89.2 | 2.7 |
| 12 | 43 | | 4 | 4 | 37 | 2 | 0.0 | 9.3 | 9.3 | 86.0 | 4.7 |
| | 385 | 80 | 64 | 144 | 223 | 18 | 20.8 | 16.6 | 37.4 | 57.9 | 4.7 |

Poblacion (2)

| Edad (meses) | Nro. Casos | Pecho Exc. | Pecho y Comp. | Sub-Total | Destetados | Lactanc. Ausente | % Casos P.Exc. | % Casos P.y Comp. | % Casos PE + PC | % Casos Destet. | % Casos Lact.Aus. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 50 | 49 | 1 | 50 | | | 98.0 | 2.0 | 100.0 | 0.0 | 0.0 |
| 2 | 25 | 17 | 7 | 24 | 1 | | 68.0 | 28.0 | 96.0 | 4.0 | 0.0 |
| 3 | 29 | 15 | 11 | 26 | 1 | 2 | 51.7 | 37.9 | 89.7 | 3.4 | 6.9 |
| 4 | 28 | 12 | 4 | 16 | 11 | 1 | 42.9 | 14.3 | 57.1 | 39.3 | 3.6 |
| 5 | 17 | 3 | 5 | 8 | 8 | 1 | 17.6 | 29.4 | 47.1 | 47.1 | 5.9 |
| 6 | 25 | 5 | 4 | 9 | 12 | 4 | 20.0 | 16.0 | 36.0 | 48.0 | 16.0 |
| 7 | 30 | 3 | 9 | 12 | 18 | | 10.0 | 30.0 | 40.0 | 60.0 | 0.0 |
| 8 | 27 | 4 | 2 | 6 | 19 | 2 | 14.8 | 7.4 | 22.2 | 70.4 | 7.4 |
| 9 | 18 | 5 | 2 | 7 | 10 | 1 | 27.8 | 11.1 | 38.9 | 55.6 | 5.6 |
| 10 | 19 | 3 | 5 | 8 | 10 | 1 | 15.8 | 26.3 | 42.1 | 52.6 | 5.3 |
| 11 | 19 | 1 | 4 | 5 | 14 | | 5.3 | 21.1 | 26.3 | 73.7 | 0.0 |
| 12 | 29 | 5 | 3 | 8 | 19 | 2 | 17.2 | 10.3 | 27.6 | 65.5 | 6.9 |
| | 316 | 122 | 57 | 179 | 123 | 14 | 38.6 | 18.0 | 56.6 | 38.9 | 4.4 |

**XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA**

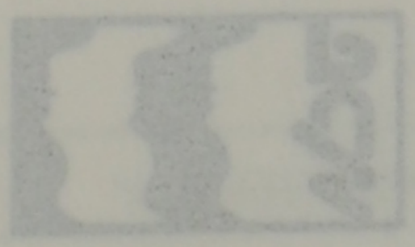
# MESA REDONDA

# "ALIMENTACION DEL NIÑO SANO"

Coordinadora: Dra. Olga Ferro
Panelistas: Dres. Miguel Martel, Mabel González, Marta Illa, Aldo Regusci y Nta. Silvia Rodríguez.

# „ALIMENTACION DEL NIÑO SANO"

MESA REDONDA



# ALIMENTACION DEL LACTANTE SANO

Dra. Martha Illa González

Se analiza la Alimentación Complementaria del lactante, entendiendo por tal el aporte de alimentos diferentes de la leche humana o fórmulas lácteas cualquiera sea su consistencia, destacándose las diferentes dimensiones del alimento : nutricional, psicofísica y psicosocial y su tendencia histórica en general y a nivel nacional. Se discuten aspectos relacionados con la edad de introducción de los alimentos complementarios, los criterios de selección de los alimentos a utilizar y la técnica-arte del manejo de la alimentación complementaria. Se jerarquizan los riesgos de la alimentación complementaria temprana (antes del quinto mes de vida).

Se presenta un estudio de consumo de alimentos efectuado en una muestra de 50 lactantes pertenecientes en su mayoría a clase media y media alta, asistidos en un Consultorio Pediátrico privado de la Ciudad de Montevideo, utilizando encuesta dietética por recordatorio de 24 horas. En el mismo se determinaron consumos individuales y medios de Calorías, proteínas , grasas , hidratos de carbono, calcio, fósforo, hierro y vitaminas que se comparan con las necesidades nutricionales individuales y medias determinándose porcentajes de adecuación. Se estableció el porcentaje de Calorías aportadas por la alimentación complementaria en los diferentes trimestres de vida. Se dentificaron los alimentos fuentes de energía y de diferentes nutrientes. Se estudia la Densidad Calórica de las preparaciones alimentarias mas frecuentemente consumidas por los lactantes y se evalúa el costo diario de esta dieta.

# ALIMENTACION DEL PREESCOLAR SANO

Dra. Mabel Gonzalez Torres

En la alimentacion del preescolar ademas de su aspecto nutricional,comienzan a cobrar mayor importancia aspectos que tienen que ver con la conducta alimentaria.
Esto genera preocupacion en la madre habitualmente ligada a "falta de apetito",hecho que generalmente no es comprobado por el pediatra,quien lo "mide" por el crecimiento pondo-estatural.
Se produce entonces un desentendimiento entre las inquietudes de los padres y las del pediatra,que resulta perjudicial para la salud del ni$o.
Se dise$o un estudio alimentario en preescolares de clase media con los objetivos de evaluar patrones de consumo alimentario adecuacion en energia y nutrientes de la dieta e identificar alimentos basicos y alimentos fuente de nutrientes.Se estudio ademas consumo de refrescos y golosinas.
Se tomo una muestra de 50 pre$escolares pertenecientes en su mayoria a clase media y media alta,asistidos en un Consultorio Pediatrico privado de la Ciudad de Montevideo,utilizando encuesta dietetica por recordatorio de 24 horas.
En el mismo se determinaron consumos individuales y medios de calorias,proteinas,grasas,hidratos de carbono,calcio,fosforo, hierro y vitaminas.
Se estudio la necesidad media,el consumo medio y el % de adecuacion entre ambos,para calorias y nurientes analizados.
Se estudio ademas el % de calorias totales ingeridas (VCT=Valor Calorica Total) en promedio,correspondientes a proteinas,grasas e hidratos de carbono.
Se analizo el promedio diario de gramos de diferentes tipos de alimentos ingeridos por los ni$os,y se comparo con la Dieta Adecuada de Costo Minimo recomendada por el Departamento de Nuticion del MSP.Se analizaron los alimentos fuentes de calorias y de los diferentes nutrientes.
Se estudio el consumo de refrescos y golosinas y se encontro un consumo de alcohol en 3 de los ni$os de la encuesta.

# ALIMENTACION DEL ADOLESCENTE SANO.

Nutricionista Silvia Rodríguez De Marco.

La alimentación del adolescente es el resultado de la disponibilidad de alimentos existente en el hogar,determinada por el poder adquisitivo o poder de compra del núcleo familiar y de la selección de alimentos efectuada en base a hábitos,creencias y tradiciones y educación nutricional.

Mientras que a edades mas tempranas la selección y consumo de alimentos está guiada por la madre o la persona que cuida al niño,en esta etapa de la adolescencia es que el individuo comienza a decidir en mayor o menor grado que alimentos consumir y en que momento alimentarse.Es una etapa de riesgo nutricional por la frecuencia de enfermedades nutricionales tanto deficitarias como por exceso,pero también una etapa en la que es posible lograr cambios en los hábitos alimentarios con resultados positivos a largo plazo ,en la prevención de determinados trastornos nutricionales.Las modas,también en aspectos relacionados con la nutrición son rapidamente aceptadas y adoptadas por este grupo.

Se analizan los contenidos de educación nutricional existentes en los programas vigentes en la Enseñanza Primaria, Secundaria y Técnica en nuestro país y el material educativo disponible.

Se presentan los resultados preliminares de un estudio de Conocimientos,Actitudes y Prácticas Alimentarias en Adolescentes de clase media del Departamento de Montevideo.

# MESA REDONDA

# "ALIMENTACION DEL NIÑO ENFERMO"

Coordinadora: Dra. Marta Alberti
Participantes: Dres. Virginia Mendez, Clara Jasinski, Elba Nese,
Hilda Siage, Francisco José Penna

MESA REDONDA

# ALIMENTACION DEL NIÑO ENFERMO

Coordinadora: Marta Alberti

Participantes: Virginia Mendez, Clara Jasinski, Elba Nese, Hilda Siage, Francisco José Penna

## INTRODUCCION

La nutrición del niño enfermo es un pilar terapeútico fundamental en el tratamiento del mismo, cualquiera sea la enfermedad de base e imprescindible para lograr su recuperación. El niño enfermo, habitualmente anoréxico, puede tener requerimentos aumentados en mayor o manor grado por stress metabólico y/o presentar trastornos malabsortivos y/o perder los nutrientes aportados, etc..
La valoración del estado nutricional, el conocimiento de los trastornos que determina la enfermedad de base y la formulación de un plan nutricional desde el inicio, es importante para preservar y si es posible mejorar la nutrición, y así cortar el círculo vicioso enfermedad - desnutrición - complicaciones - peoría del pronóstico.
Hemos elegido cuatro situaciones diferentes, que por su frecuencia o por sus caracteristicas peculiares pensamos que sean de interés para el pediatra general.
Analizaremos propuestas que nos permitan tener como meta minimizar las pérdidas y proveer los sustratos adecuados.

## DIARREA AGUDA

Virginia Mendez

La diarrea aguda repercute negativamente sobre la nutrición del niño porque hay reducción en el consumo de alimentos, alteración de la digestión, reducción de la absorción, aumento de la secreción y pérdida de nutrientes por el intestino. Hay además aumento del catabolismo y de los requerimientos calóricos.

El niño debe ser alimentado durante y después del episodio de diarrea aguda porque: 1)puede evitarse gran parte del déficit nutricional 2) el mantenimiento y renovación de las células de la mucosa intestinal depende del estímulo que proporciona el alimento 3) en el caso del alimentado a pecho mantener la alimentación significa mantener la lactancia.
Los mismos factores culturales y del medio que favorecen la transmisión de la enfermedad diarreica privan al huésped de una dieta adecuada y de la estimulación social y física requerida para la utilización óptima de los alimentos. Frecuentemente esta situación se agrava por el ayuno impuesto por el personal de salud.
Los datos que siguen, extraídos de un trabajo de investigación de nuestro grupo, sobre diarrea aguda,en una población de bajos recursos, objetiva lo que ocurre con la alimentación de estos niños con diarrea. Este estudio fue subvencionado por la Agencia Canadiense de Investigación; se realizó el trabajo de campo en diciembre 88', enero-febrero de 1989, con una muestra de 279 familias que se visitaron semanalmente. Se encuestó simultaneamente en forma anónima a una muestra representativa del personal de salud de la zona. Durante el estudio presentaron diarrea aguda 192 niños; consultaron sólo 56 (29.2 %). En 162 (84 %) se hizo algún tipo de dieta. En 99 (51.6 %) se utilizó agua de arroz en la hidratación. Se suspendió la leche en 37 niños (19.3 %) y se disminuyó o diluyó en 57 (29.7 %). Se suspendieron los sólidos en 44 niños (22.9 %) y se disminuyeron en 48 (25 %).
Del personal de salud no médico encuestado (n = 22) no indicaron interrupción de la alimentación natural durante la diarrea 14 y de la artificial 12. De los médicos encuestados (n = 20) no indicaron interrupción de la alimentación natural 15 y de la artificial solo 5.

La mayoria de las diarreas agudas del niño curan o mejoran en 5-6 días como promedio. Se sabe que se absorbe el 60 % o más de los nutrientes que se dan durante la diarrea y se ha demostrado que los niños con diarrea a quienes se alimenta inmediatamente después de la fase de rehidratación o que continúan mamando durante la TRO, tienden a ganar más peso durante el período de recuperación, comparados con los grupos en los cuales la alimentación se restringe o suspende. Las propuestas actuales para la alimentación de los niños con diarrea aguda son las siguientes : los niños alimentados a pecho deben continuar con la alimentación a pecho siempre, incluso cuando se están rehidratando por via oral.
Los alimentados con leche de vaca, deben ser alimentados con leche de vaca sin diluir en peuqeños volúmenes y más frecuentemente. En el caso de que deban rehidratarse por vía oral se interrumpe la alimentación mientras se rehidratan (4-6 hs). Los niños mayores de 4-6 meses deben recibir enseguida que vuelven a tener apetito (y después de completar la

rehidratación) alimentos ricos en energía y potasio. Deben darse dietas equilibradas en forma de 4-6 comidas pequeñas por dia, solo restringiendo los alimentos fibrosos o condimentados.
Al evaluar la respuesta del niño a la alimentación debe "mirarse" más al niño que a las deposiciones (debe evaluarse el estado general, el estado se hidratación, si hay vómitos, si hay distención abdominal y muy especialmente el peso). El tratamiento del niño con diarrea aguda no debe ser jamàs tratamiento cosmètico de las deposicones.
Después que cesó la diarrea el niño debe recibir por lo menos una ración extra de alimento al dia, durante una semana o más, para lograr recuperar el peso perdido durante la diarrea.

## ALIMENTACION EN LA DIARREA PERSISTENTE

Clara Jasinski

Definición - (Según OMS 1988) Se refiere a episodios de diarrea de etiologia presumiblemente infecciosa, que tiene un comienzo agudo, con una inusual larga duración; Pudiendo llegar a 14,21,28 dias. En la mayoria de los estudios se define como episodio que dura por lo menos 14 dias
Este tèrmino no incluye otras etiologias que se manifiestan por diarrea crónica, o episodios de diarrea recurrente como: Enfermedad Celiaca, Sindrome de asa ciega, Alergia a la leche de vaca.
Por que ? debe ser alimentado un niño con diarrea persistente.
Durante la diarrea el crecimiento puede enlentecerse, incluso parar, especialmente si se restringe el alimento. Este efecto es muy marcado en la diarrea persistente cuando la pèrdida de peso es muy importante. Es cierto que la diarrea persistente es un contribuyente importante para la malnutrición proteino energètica y se puede desarrollar ràpidamente durante estos episodios. Esto conduce al niño y especialmente al lactante a un circulo vicioso Desnutrición-Diarrea-Infección que determina una alta mortalidad. Pareceria que el 50 % de los niños con diarrea mueren por diarrea persistente.
La solución a este problema radica en el mejoramiento del nivel socioeconòmico, educacional y sanitario de la población. Mientras esto no se alcance es necesario instrumentar programas que permitan mejor asistencia de la enfermedad, mejor nutrición de la misma con el fin de lograr la meta de la OMS para el año 2000, Salud par todos.

Factores de Riesgo

Identificar los factores de riesgo es importante para la patogènesis y su prevención.

- Edad - Mayor durante el primer año de vida.
- Estado nutricional - Estudios muestran que la diarrea contribuye a la desnutrición pero si es claro que la desnutrición es un factor de riesgo para prolongarla.
- Estado Inmunològico - Tiene una pobre inmunidad.
- Alimentaciòn Previa - Es más frecuente en niños no alimentados a pecho o escasamente.
- Sexo - No hay diferencias significativas.

En el trabajo de realimentación con Enteronutril predomina el sexo femenino, luego en el año 89 el masculino.

Infección previa - Estudios han demostrado que los niños que han tenido una diarrea persistente tienen más riesgo de padecer un episodio similar, y niños que han tenido otras infecciones por alteraciones de inmunidad del huésped pueden predisponer a una diarrea persistente.

Drogas y manejo dietético

Porque está limitada la alimentación habitual ?

Teoricamente la enfermedad puede prolongarse por :
1) Factores que continuan lesionando la mucosa intestinal.
2) Falla de la reparación de la mucosa que lleva a la desnutrición proteino calorica.

1) Las causas que continuan la injuria incluyen microorganismos que invaden la mucosa o que se adhieren a su superficie luminal. También el estado de la barrera mucosa del huésped en su capacidad para hacer un buen clearence microbiológico por mecanismos inmunológicos u otros puede influenciar la vulnerabilidad y permitir la continuación del daño por los microorganismos.

Constituyentes de la dieta, s/t disacaridos (lactosa) y proteínas animales que al ser aportados a un intestino lesionado no pueden ser absorbidos y perpetúan la lesión.

También la malabsorción de sales biliares en el intestino delgado pueden llegar en forma exesiva al colon donde pueden influenciar la secreción de fluidos. El sobredesarrollo bacteriano en el intestino delgado lleva a una deconjugación de sales biliares que puede causar malabsorción de grasas.

2) El mayor determinante del retraso en la reparación de la mucosa en una diarrea es la desnutrición crónica proteino energética; donde la disminución de la capacidad del epitelio intestinal para renovarse y diferenciarse contribuyen a la prolongación del cuadro. Siendo por ello muy importante y un fuerte argumento que frente a una enfermedad diarreica es de suma importancia una adecuada nutrición.

Requerimientos: Calorias 120 a 150 Cal/K/dia

| | | |
|---|---|---|
| Hídrico | 120 a 280 | ml/K/dia |
| H de C | 18 | gr/K/dia |
| Lípidos | 0.5 a 3 | gr/K/dia |
| Proteínas | 3 a 4 | gr/K/dia |

Manejo nutricional de la diarrea persistente. Los principales objetivos : 1) Mantener el estado de hidratación y nutrición

2) Manipulación de la dieta evitando componentes especificos a los que este es intolerante.

1) Mantener el estado de hidratación - El objetivo es tratar de restaurar los deficits de fluidos y reponer los que se pierden en las deposiciones liquidas. Con SRO.

2) a) Leche - Se recomienda continuar con pecho durante los episodios de diarrea persistente. Se necesita una rehabilitación nutricional especial, en caso de que la alimentación a pecho no sea posible.

b) Dietas - De acuerdo a lo anteriormente consignado sobre las alteraciones estructurales y funcionales del tubo digestivo, se debe seleccionar la composición de la mezcla nutritiva la cual puede corresponder a dietas elementales, semielementales y modulares. Elemental - Los módulos de la forma en su fórmula más sencilla y de fácil absorción. Proteínas como aminoácidos, Hidratos de Carbono como dextrinomaltosa y grasas como triglicéridos de cadena media (Enteronutril). Semielemental - Hidrolizados de proteínas, aminoácidos y péptidos, Hidratos de Carbono como glucosa o polimeros de ella. Lipidos triglicéridos de cadena media (Pregestimil). Modulares - En la que los componentes nutritivos son manejados independientemente para preparar una alimentación de acuerdo a la intolerancia manifestada. Ej.: En intolerancia a la Lactosa se utiliza un alimento sin ella. (Delactan) Intolerancia a la proteina de leche de vaca (Soja Isomil)

Por que via asdministrarlos ?
Cuando el tubo digestivo funciona hay que utilizarlo
Via oral
Enteral gàstrica o duodeno yeyunal
Transpilòrica

## ALIMENTACION EN EL PACIENTE PEDIATRICO INSUFICIENTE RENAL CRONICO

Elba Nese

Se precisan los tres objetivos, eventualmente contradictorios, de la alimentación en el paciente pediàtrico insuficiente renal crònico (P.P.I.R.C.), que apuntan a mantener :
- el valor màs normal posible de las constantes biològicas
- un estado nutricional correcto compatible con un buen crecimiento
- el riñòn, mientras es funcionante, retardando la acentuaciòn de su deterioro.

Se señala : - las variaciones històricas del concepto del aporte protèico en la alimentaciòn del P.P.I.R.C., enfatizando que actualmente està demostrado que en presencia de una reducciòn nefrònica las lesiones renales pueden acelerarse por exceso de proteinas en la dieta.
- la existencia e importancia de una anorexia selectiva para alimentos no protèicos especialmente energèticos en los P.P.I.R.C..
Se resumen los criterios empleados y la experiencia personal con las prescripciones dietèticas y su cumplimiento en la poblaciòn de P.P.I.R.C. asistidos en el Centro de Diàlisis del Niño y Adolescente (CEDINA).
Aporte energético : 100% de lo recomendado por el Food and Nutrition Board (F.N.B.) de EE.UU. para la edad estatural con 45 % de lípidos (especialmente grasas polisaturadas) y 50 % de glúcidos (preferentemente complejos).
Aporte proteico con proteínas de alta calidad biológica, ricas en aminoácidos esenciales sobre todo histidina, modulando los aportes mínimos de proteínas para niños normales recomendados por el F.N.B. por el clearance de creatinina endógena (C.C.E.) y por la edad estatural.
Se señalan : - las variaciones de la prescripción cuando hay infección, descompensación o en el paciente en hemodiálisis.
- los criterios de prescripción de alimentación en los lactantes con insuficiencia renal

crónica, y las indicaciones de alimentación por sonda nasogástrica.
- la experiencia con el aporte de aminoácidos intravenosos intradiálisis.

En base a todo ello se enfatiza la importancia del tratamiento dietético en los P.P.I.R.C. y se proponen normas de alimentación buscando un óptimo equilibrio entre lo permitido y lo restringido y entre las exigencias terapéuticas y las posibilidades de adaptación del paciente y su familia, jerarquizando el papel de la dietista en este contexto.

## EVALUACION NUTRICIONAL DEL PACIENTE CRITICAMENTE ENFERMO

Hilda Siage

Hemos elegido comentar la situaciòn nutricional del paciente criticamente enfermo, al ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos, porque lo consideramos de interès para todos los Pediatras que asisten a estos niños hasta el momento en que son derivados a dicha unidad.
Un aporte nutricional adecuado a las necesidades de cada paciente mientras esta hospitalizado en Sala, va a influir positivamente en su evoluciòn y pronòstico impidiendo o minimizando el deterioro nutricional agudo.
Con el propòsito de conocer el estado nutricional de los pacientes que ingresan a U.C.I.N. se efectuò un trabajo prospectivo evaluando 65 pacientes. El 30% de ellos habian estado previamente internados en Sala màs de cinco dias. La evaluaciòn se efectuò en las primeras 24hs. del ingreso.
Se excluyeron - pacientes con edemas o deshidratados en el momento de la evaluaciòn.
- recièn nacidos. - pacientes con dismorfias. - pacientes con insuficiencias viscerales crònicas.

De los parámetros evaluados queremos destacar el uso del peso y la estatura o longitud del paciente, datos que pueden obtenerse con relativa facilidad en todas las àreas de hospitalizaciòn para poder evaluar el estadio nutricional en que se encuentra cada niño.
Utilizamos las tablas de PESO-TALLA y TALLA-EDAD del Nathional Center of Health Stadistics.
Siguiendo la clasificaciòn de Waterlow, el grado de compromiso nutricional agudo, en nuestros casos relacionado con la enfermedad en curso, se obtuvo de la relaciòn PESO/Percentil 50 del PESO para la TALLA.

## EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL

### U.C.I.N. ABRIL 1989-SETIEMBRE 1990 (n = 65)

**EDADES**

| | | | |
|---|---|---|---|
| < 6 M | 18 | 28% | 44 - 68% |
| 6-24 M | 26 | 40% | |
| > 24 M | 21 | 32% | |

**PATOLOGIA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ENF. RESP. | 20 | NEUMONIA | 10 |
| | | SINDR. BRONCIOLITICO/ASMA | 6 |
| | | OBSTRUCCION V.AEREA SUP. | 4 |
| ENF.INFEC. | 14 | MENINGITIS ENCEFALITIS | 7 |
| | | SEPSIS | 6 |
| | | TETANOS | 1 |
| POSTOPERATORIOS | 12 | | |
| DIARREA | 6 | | |
| ACCIDENTES | 6 | | |
| ENF.SNC | 4 | CONVULSION - COMA | |
| ENF. CV | 2 | FALLA CARD. AGUDA | |
| ENF. con I.R.A. | 2 | TRAST. DEL RITMO | |

### PARAMETROS EVALUADOS

P - PESO
T - TALLA
E - EDAD

N
PESO — 64
TALLA — 58

P50 - PERCENTIL 50

**EST. NUT. AGUDO P/P50.P-T**

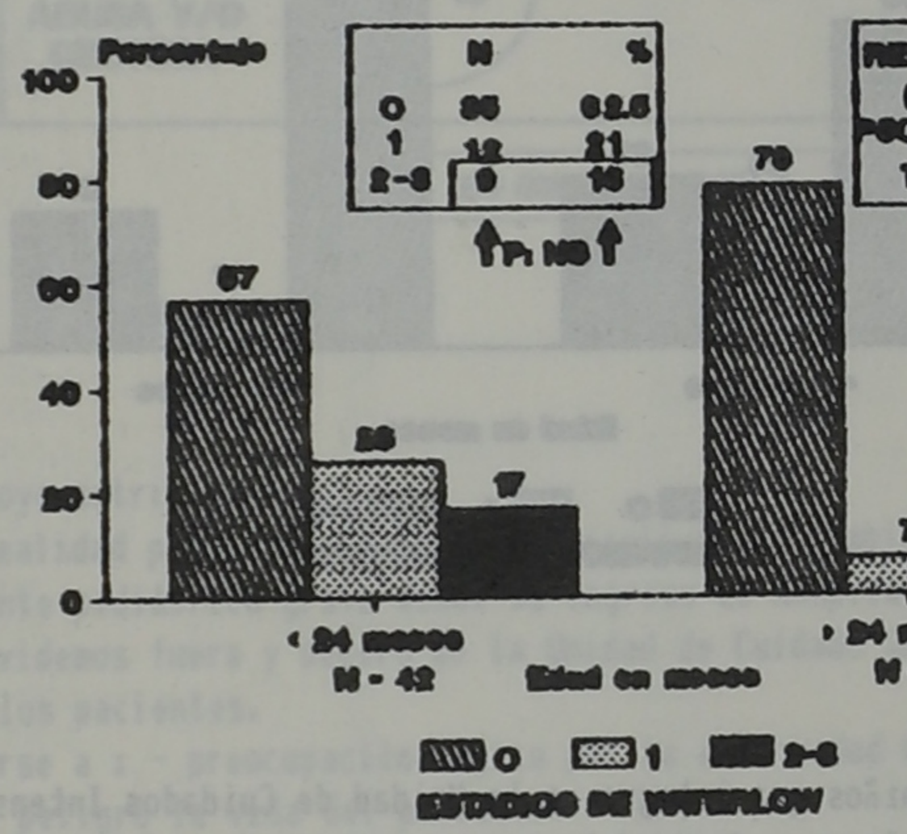
| | ESTADIO | |
|---|---|---|
| >0.90 | 0 | NORMAL |
| 0.90-0.80 | 1 | RIESGO |
| 0.70-0.79 | 2 | FALLO |
| <0.70 | 3 | FALLO |

**EST. NUT. CRONICO T/P50.T-E**

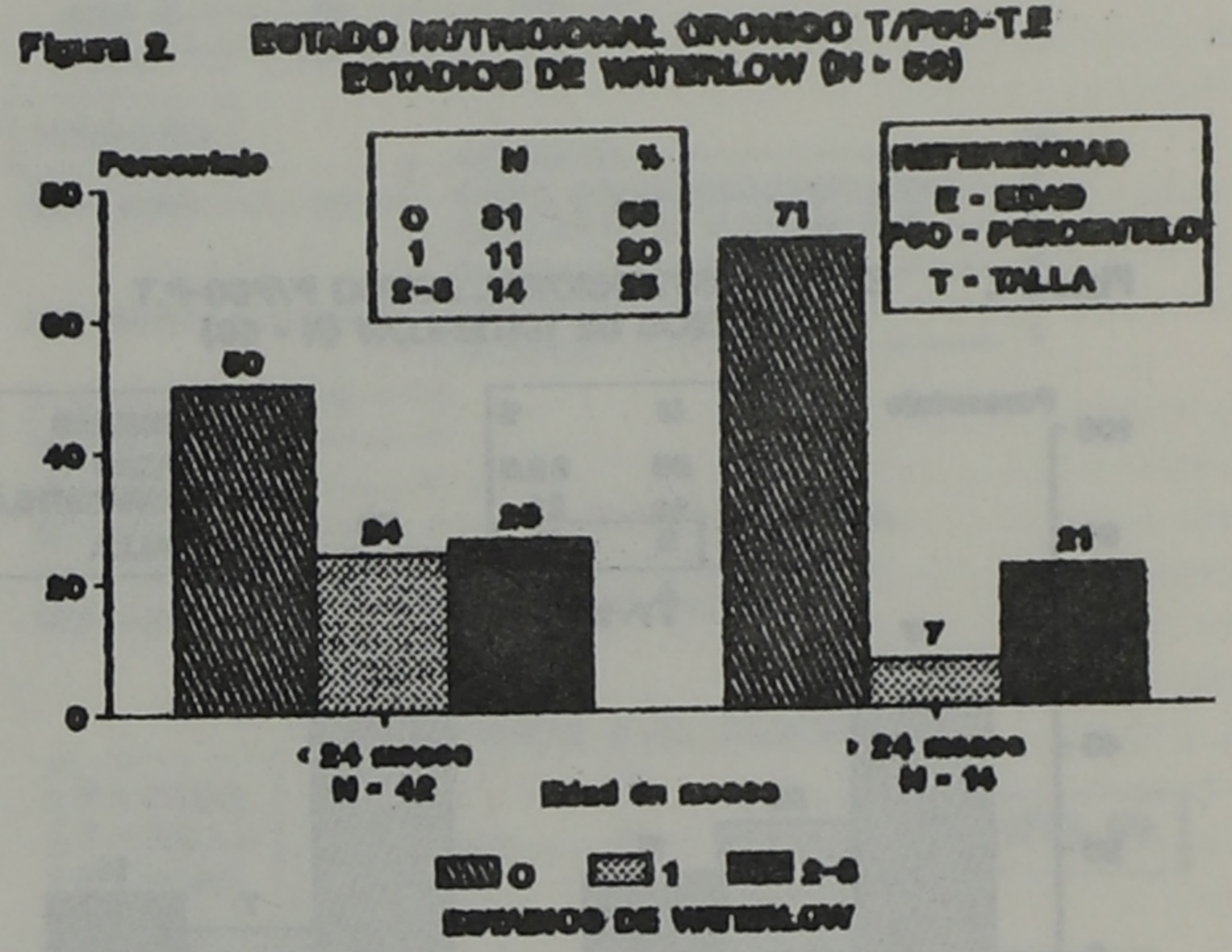
| | ESTADIO | |
|---|---|---|
| >0.95 | 0 | NORMAL |
| 0.90-0.95 | 1 | RIESGO |
| 0.85-0.89 | 2 | FALLO |
| <0.85 | 3 | FALLO |

El compromiso nutricional crónico se buscó relacionando la TALLA/Percentil 50 de la TALLA para la EDAD. La desnutrición aguda fué encontrada en el 16 % de los pacientes (9/56). Otro grupo de niños (12/56), 21 %, presentaba al ingreso riesgo nutricional agudo. Destacamos que el compromiso nutricional agudo aconteció en todas las edades, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de menores y mayores de 24 meses. (FIGURA 1)

Figura 1. ESTADO NUTRICIONAL AGUDO P/PCO-P.T
ESTADIOS DE WATERLOW (N = 56)

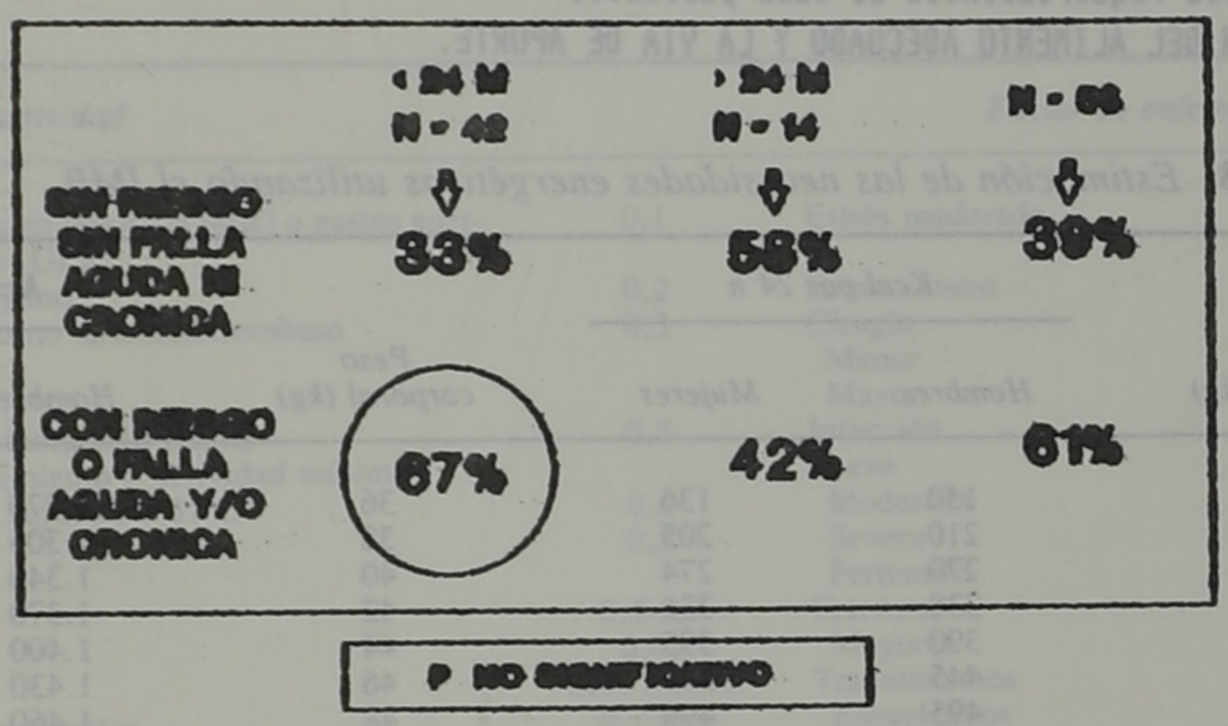


Un 25 % de los pacientes eran desnutridos crónicos (14/56) y un 20 %,(11/56) eran niños con riesgo nutricional crónico.
El compromiso nutricional crónico estuvo presente también en todos los grupos etarios. (FIGURA 2)




En suma, un 61 % de los niños que integran a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Pereira Rossell, tienen algun grado de deterioro nutricional agudo o crónico y requieren por lo tanto inmediato soporte nutricional. (FIGURA 3)

Figura 8. ESTADO NUTRICIONAL AGUDO Y CRONICO




Provisiòn de apoyo nutricional.

Frente a esta realidad pensamos que hay que incentivar un cambio de actitud del mèdico frente al paciente pediàtrico grave desde su ingreso al Hospital.

Es comùn que olvidemos fuera y dentro de la Unidad de Cuidado Intensivo el aspecto nutricional de los pacientes.

Esto puede deberse a : - preocupaciòn lògica por la enfermedad de base que es lo que pone muchas veces en peligro la vida del paciente.

- falta de criterios uniformes para evaluar el estado nutricional.
- los resultados de la reanimaciòn nutricional son menos espectaculares, màs lentos y dificiles de cuantificar.

En todo paciente una vez que ingresa a Sala debemos:
1) FIJAR OBJETIVOS NUTRICIONALES. Estos serán el mantenimiento de la mesa corporal magra o su mejoria si esta está agotada. 2) FIJAR LAS CANTIDADES A APORTAR. Estas deben fijarse de acuerdo a los requerimientos de cada paciente.
3) ELECCION DEL ALIMENTO ADECUADO Y LA VIA DE APORTE.

**Cuadro 3-B.** *Estimación de las necesidades energéticas utilizando el IMB*

| *Peso corporal (kg)* | *Kcal por 24 h* | | *Peso corporal (kg)* | *Kcal por 24 h* | |
|---|---|---|---|---|---|
| | *Hombres* | *Mujeres* | | *Hombres* | *Mujeres* |
| 3 | 150 | 136 | 36 | 1.270 | 1.173 |
| 4 | 210 | 205 | 38 | 1.305 | 1.207 |
| 5 | 270 | 274 | 40 | 1.340 | 1.241 |
| 6 | 330 | 336 | 42 | 1.370 | 1.274 |
| 7 | 390 | 395 | 44 | 1.400 | 1.306 |
| 8 | 445 | 448 | 46 | 1.430 | 1.338 |
| 9 | 495 | 496 | 48 | 1.460 | 1.369 |
| 10 | 545 | 541 | 50 | 1.485 | 1.399 |
| 11 | 590 | 582 | 52 | 1.505 | 1.429 |
| 12 | 625 | 620 | 54 | 1.555 | 1.458 |
| 13 | 665 | 655 | 56 | 1.580 | 1.487 |
| 14 | 700 | 687 | 58 | 1.600 | 1.516 |
| 15 | 725 | 718 | 60 | 1.630 | 1.544 |
| 16 | 750 | 747 | 62 | 1.660 | 1.572 |
| 18 | 810 | 802 | 66 | 1.725 | 1.626 |
| 19 | 840 | 827 | 68 | 1.765 | 1.653 |
| 20 | 870 | 852 | 70 | 1.785 | 1.679 |
| 22 | 910 | 898 | 72 | 1.815 | 1.705 |
| 24 | 980 | 942 | 74 | 1.845 | 1.731 |
| 26 | 1.070 | 984 | 76 | 1.870 | 1.756 |
| 28 | 1.200 | 1.025 | 78 | 1.900 | 1.781 |
| 30 | 1.140 | 1.063 | 80 | – | 1.805 |
| 32 | 1.190 | 1.101 | 82 | – | 1.830 |
| 34 | 1.230 | 1.137 | 84 | 2.000 | 1.855 |

El índice metabólico basal (IMB) o la energía necesaria para mantener el funcionamiento corporal básico de un sujeto en ayunas en reposo en un ambiente térmico neutro también puede utilizarse como medio para determinar las necesidades energéticas.
*Nota:* no es aplicable para obesos.
Requerimientos Energéticos y de Proteínas. Comité Ad Hoc de Expertos de la FAO/OMS. 1973. p. 107-8.[52]

**Cuadro 3-C.** *Factores de ajuste para ser utilizados además del IMB con el fin de estimar las calorías*

| *Factor de actividad* | | *Factor de enfermedad* | |
|---|---|---|---|
| Gastos metabólicos en reposo (GMR) o gastos energéticos en reposo (GER) | 0,1 | Estrés moderado | 0,5 |
| Reposo en cama-ayuno | 0,2 | Estrés severo | 1,0 |
| Fuera de la cama o no ambulatorio/obeso | 0,3 | Cirugía | |
| | | Menor | 0,1 |
| | | Mayor | 0,2 |
| Mantenimiento-lactante/niño (IEM) | 0,5 | Infección | |
| Para SDA, crecimiento y actividad mínima | | Leve | 0,2 |
| Fiebre-cada grado superior a 37°C | 0,1 | Moderada | 0,4 |
| Anabolismo | 0,5 | Severa | 0,6 |
| Aumento de peso | | Peritonitis | 0,1 |
| Niño | 0,4-0,7 | Fracturas | |
| Adulto | 0,65 | Mayores | 0,2-0,25 |
| Inanición leve | 0,05 a 0,15 | Traumatismos | |
| Dependencia del respirador | 0,2-0,3 | Esqueléticos | 0,35 |
| Mantenimiento | | Contusos | 0,35 |
| Requerimientos para anabolismo | 0,4-0,6 | Traumatismo de cráneo | 0,6 |
| | | Quemaduras | |
| | | 40% SCT | 0,5 |
| | | 100% SCT | 0,9-1,3 |

*Ejemplo:* objetivo energético para un varón de 10 kg:

| | | |
|---|---|---|
| Valor de IMB (cuadro 3-B) | = | 545.0 kcal |
| Mantenimiento | + 0.5 × 545 = | 272.5 kcal |
| Infección leve | + 0.2 × 545 = | 109.0 kcal |
| + Fiebre - 1 grado | + 0.1 × 545 = | 54.5 kcal |
| Objetivo energético = | | 981 kcal/24 h |

# MESA REDONDA

# "INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS ALTAS"

Coordinadora: Dra. Alicia Montano
Panelistas: Dres. Miguel Lorido, María Albini, Nelson Calero,
Liliana Palma, Dolores Holgado, José Alves da Cunha.

Participantes:

Coordinadora:

El propósito de esta Mesa Redonda es realizar aportes sobre diferentes aspectos de las IRA altas más frecuentes en los niños con el objetivo de mejorar su diagnóstico y tratamiento.

Dr.Lorido

Si bien las IRA altas no son importantes como causa de mortalidad influyen en la salud pública por su elevada morbilidad. En la mayoría de los países y en el nuestro no existen datos suficientes pero algunas cifras señalan su magnitud.

Según datos del M.S.P. las IRA constituyen el 30 a 60% de las consultas en Centros de Salud de Montevideo influyendo de modo indudable en la demanda de atención médica. De este porcentaje las IRA altas suelen representar un 70-80% de los casos.

Se presentan datos de registros de consultas en policlínica de la Dirección General de Asignaciones Familiares y el Hospital de la ciudad de Mercedes: las IRA altas en el período de julio-diciembre de 1990 fueron el 23% (278/1200 consultas mensuales) y el 22% (183/800 consultas mensuales), respectivamente de la consulta. De la revisión de las boletas del Servicio de Puerta del Hospital Pereira Rossell durante el mes de julio/90 pudimos comprobar que el 50.5% de las consultas correspondieron a enfermedad respiratoria aguda y de ellas 46.6% IRA altas.

Otro estudio realizado en nuestro país sobre IRA en menores de 5 años entre los meses de agosto-diciembre de 1990 en 484 pacientes que consultaron en policlínicas del Hospital Pereira Rossell,IMM y Servicio de Urgencia del CASMU, mostró que el 72% eran IRA altas, y de ellas 50%, faringitis.

Si bien esto depende de la edad y la época del año, aún en verano estas infecciones son causa de un elevado porcentaje de la demanda de asistencia. Datos obtenidos de las boletas del Servicio de Urgencia del Hosp.P.Rossell en el mes de febrero del 90 mostraron que las IRA representaron un 27% de la consulta correspondiendo un 72.4% de ellas a IRA altas.

Otro estudio de seguimiento domiciliario en niños menores de 2 años durante los meses de diciembre 88 y enero89 , lograron establecer que los 291 niños tuvieron durante ese período de estudio 313 episodios de resfrío frente a 200 de diarrea aguda.

Además de la demanda de atención médica las IRA altas consumen un elevado porcentaje de recursos económicos por la frecuente utilización de antibióticos. El estudio citado realizado en niños menores de 5 años mostró que recibieron esa indicación el 50% de los episodios de infección respiratoria en los niños de consulta externa ascendiendo a 91% el porcentaje de faringitis tratadas con antibióticos.

Tan importante como la influencia en la salud pública es el problema frente al caso individual del niño y su familia.

Es conocida en la historia natural de la enfermedad, la reiteración de los episodios respiratorios agudos en los primeros cinco años de la vida de un niño normal. En promedio, en una zona urbana un niño puede tener entre cinco y ocho episodios por año. Y esta frecuencia aumenta si tiene hermanos en edad escolar o concurre a guardería.

Estos episodios duran entre 7-9 días con uno o más síntomas respiratorios.

En nuestro país un estudio longitudinal con seguimiento

domiciliario de 166 niños desde el mes a los 32 meses de vida estableció la cifra de 4:8 episodios promedio niño/año. A medida que el niño crece estos episodios disminuyen pero aún en edad escolar pueden presentar 2-6 resfríos promedio al año y esto es causa de ausentismo escolar calculado en 1-2 semanas de pérdida de clase por alumno y por año.

Tener presente estos patrones de normalidad evitan considerar "enfermos" a muchos niños y ayudan a no someterlos a ellos y a su familia a limitaciones y preocupaciones no siempre justificadas.

La Dra.Albini aporta datos que también serán motivo de discusión y que nos parecen fundamentales para contribuir con el propósito de mejorar la atención de los niños con IRA altas.

En primer lugar recuerda la existencia de la flora normal de la naso y orofaringe constituída por una amplia variedad de microorganismos aerobios y anaerobios.

Streptococcus spp., Staphilococcus spp., Neisseria spp., Fusobacterium spp., Haemophilus spp, entre otros son los componentes habituales de esta flora pero es preciso enfatizar que también especies como S .aureus, S .pneumoniae, H.influenzae son habitualmente aislados de la naso y orofaringe. La presencia de estas especies bacterianas como integrantes comunes del tracto respiratorio superior de los niños normales hace que su sola presencia en el exudado nasofaríngeo no deba ser considerada como causa de enfermedad.

Los estudios etiológicos han permitido concluir que los virus son la causa principal de las infecciones naso u orofaringea. Cuando la causa es bacteriana, el agente que puede ser identificado sin lugar a dudas como causa

determinante de estas enfermedades es el S .pyogenes (grupo A).

Se destaca el valor de los métodos de diagnóstico entre ellos el exudado faríngeo cuando éste se realiza con adecuada técnica, se informa correctamente y su resultado es también correctamente interpretado por el pediátra.

Se citan otros métodos de valor diagnóstico, utilizando diferentes técnicas microbiológicas (IF, Látex, Coaglutinación, etc.) que permiten detectar, con relativa facilidad el agente involucrado en el sitio de la inflamación. Alguno de ellos se utiliza en el diagnóstico de las afecciones producidas por los estreptococos beta hemolíticos.

Los cultivos del material obtenido por Timpanocentesis nos permiten obtener resultados altamente confiables con respecto a la etiología de la otitis media aguda donde S .pneumoniae es la primera causa siguiéndole H.influenzae y luego otras especies bacterianas.

Se presentan los resultados de 2000 exudados faríngeos realizados en la Sección Bacteriología del Laboratorio Central del Hospital Pereira Rossell durante el año 1990.

En 1270 estudios se contaba con el dato clínico de IRA. se aisló estreptococo beta hemolítico en 14% siendo del grupo A en el 90% de los casos y no grupo A en 9.5%.

El Dr.Calero aporta datos relativos a frecuencia de la otitis media aguda así como problemas en el diagnóstico clínico y etiológico de esta enfermedad.

Esta es causa frecuente de consulta al pediátra y es él quien habitualmente la diagnostica e inicia el tratamiento. De cada 10 niños 6 presentan una otitis media, se ha determinado

que a los 3 años 2/3 de los niños han presentado 1 o más episodios de otitis media aguda y 1/3 de ellos 3 o más episodios

Su máxima incidencia es entre los 6 y 24 meses.

Dado que la mayoría de los episodios son producidos, como ya vimos, por bacterias, el uso de antibióticos está indicado para curar la enfermedad y evitar complicaciones, ej.: otorrea crónica y sordera.

En este caso pues, es imprescindible lograr un diagnóstico lo más exacto posible. Cuando se trata de otitis media abierta la otorrea facilita el diagnóstico. En caso de otitis media cerrada el diagnóstico es más laborioso.

Se señalà la necesidad de una correcta valoración de la otalgia con la realización de un adecuado interrogatorio y semiología en el lactante y en el niño mayor. Existen trabajos que dan cifras de un 50% de otitis agudas que no presentan otalgias y un 50% de las otalgias que no corresponden a otitis. Son las otodinias presentes en afecciones faríngeas, dentales o del conducto auditivo externo.

Dado que el diagnóstico lo da la otoscopia se propone su realización por parte del pediátra. Debería entonces ser enseñada en los cursos de post-grado. Esta capacitación llevaría a una utilización más racional del especialista. No serían innecesariamente derivados muchos niños sin otitis y muchos otros que sí la tienen, recibirían su tratamiento precozmente disminuyendo la posibilidad de secuela.

Se destaca, sin embargo, la necesidad de la valoración del foco séptico más allá del oído medio, por el especialista, en aquellos casos que no tienen evolución habitual.

Se valora la utilización de analgésicos sobre todo por vía general y lo innecesario de los descongestivos en la mayoría de las otitis agudas.

El diagnóstico microbiológico correcto, realizado con obtención de exudado por timpanocentesis no se realiza de rutina. No se aconseja el estudio del exudado del conducto auditivo externo en caso de otitis media abierta

El tratamiento debe realizarse con antibióticos que actúen contra los agentes más frecuentemente incriminados (S.pneumoniae y H.influenzae) durante 10 días.

La Dra.Palma analiza los resultados de una investigación sobre etiología bacteriana y viral de la otitis media aguda realizada con la Dra.Hortal en la Policlínica de ORL del Hospital Pereira Rossell.

En 18 consultas (una consulta semanal) entre los meses de julio/noviembre 90 asistieron a dicha policlínica 400 niños detectándose problemas otológicos en 25% (102 niños) y de estos fueron otitis media aguda el 69.6% (71 casos). Se investigaron para bacterias y virus secreciones obtenidas del oído medio por timpanocentesis de 37 casos de las 41 otitis media cerrada. No se estudiaron los 30 casos de otitis media abierta.

En 17/37 casos el estudio se realizó en ambos oídos y en 20 unilateral. En los 51 materiales los gérmenes más frecuentes fueron las bacterias: S.pneumoniae, y H.influenzae como único hallazgo o asociadas. Otras bacterias fueron muy poco frecuentes; 14 resultaron negativos, de los cuales 12 habían recibido tratamiento previo. Se diagnosticaron virus

en 7 exudados (5 VRS y 2 adenovirus) pero en todos estos casos se aisló también una bacteria.

La Dra.Holgado se refiere a la relación que existe entre las infecciones respiratorias agudas altas y la alergia del tracto respiratorio superior.

La rinitis alérgica es la enfermedad crónica mas frecuente del tracto respiratorio superior, ocurriendo en un 10% de los niños y 20% de adolescentes y adultos jóvenes. Estos episodios pueden confundirse con infección respiratoria aguda alta ya que durante los empujes suele aparecer, corrimiento nasal posterior con odinofagia y accesos de tos. Puede asociarse además, faringitis. Pero en el diagnóstico diferencial importan: en general, la ausencia de fiebre, secreción nasal serosa o mucosa clara, presencia de estornudos, prurito nasal y a veces faríngeo y ocular y ausencia de adenomegalias. En la anamnesis suelen encontrarse otras afecciones atópicas (asma, eccema) y antecedentes familiares de alergia.

La reacción inflamatoria alérgica no aumenta la frecuencia de la infección virales pero una obstrucción nasal marcada como se observa en algunos niños, debida a la gran hipertrofia del cornete inferior y la congestión mucosa, pueden alterar el curso de la infección y llevar a una rinosinusitis purulenta persistente.

En estos niños las infecciones, especialmente las producidas por virus pueden provocar diversas alteraciones (de la función mucociliar,estimulación de las glándulas mucosas, aumento de la permeabilidad capilar y edema) que pueden desencadenar el empuje alérgico o agravar la sintomatología.

Deberían pues, reservarse el uso de drogas antihistamínicas para el tratamiento de episodios respiratorios agudos de niños en los que se realiza con una buena historia, examen clínico y en algunos casos, paraclínc o, el diagnóstico probable de rinitis alérgica.-

Se propone para discusión final en base a los datos aportados:

1.- la necesidad de limitar el uso de antibióticos en un alto porcentaje de infecciones respiratorias agudas de probable etiología viral.

2.- utilizar los métodos de diagnóstico actualmente disponibles en forma adecuada, tratando de mejorar su accesibilidad.

3.- en aquellos casos de procesos orofaríngeos utilizar antibióticos adecuados para eliminar a S .pyogenes durante el tiempo adecuado para tratar la enfermedad y evitar además las complicaciones post-estreptocócicas.

4.- tratar de mejorar el diagnóstico de la otitis media aguda logrando el uso generalizado del otoscopio por parte del pediátra y tratar de elegir para su tratamiento antibióticos efectivos para los agentes más frecuentes.

5.- limitar el uso de otras drogas (descongestivos, antialérgicos) en el tratamiento de la mayoría de estas enfermedades.

6.- hacer comprender a la madre del niño y a la familia los métodos más convenientes para el tratamiento de estas afecciones tan frecuentes.-

# XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA

## CONTROLE DAS INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS AGUDAS DO TRATO SUPERIOR

ANTONIO J. LEDO A. DA CUNHA

As Infecções Respiratórias Agudas (IRA) do trato respiratório superior são responsáveis por número pequeno de mortes em crianças, porém causam número considerável de incapacidades. A otite média é a mais importante causa prevenível de surdez nos países em desenvolvimento e contribuí significativamente para a ocorrência de problemas de aprendizagem na infância. A febre reumática aguda pode ocorrer após a faringite estreptocócica. Embora o principal grupo etário envolvido com a detecção e o tratamento da faringite estreptocócica, no sentido de prevenir a febre reumática aguda (e também a doença reumática crônica cardíaca), seja de 5-15anos, a conduta para crianças menores é similar, uma vez que alguns casos também podem ocorrer em menores de 5 anos.

O controle das IRA do trato superior, através do manejo adequado de casos, se justifica por 4 razões:

(1) aliviar o sofrimento
(2) reduzir a incidência de sequelas(tal como surdez)
(3) ajudar a mãe a cuidar da criança doente, enfatizando a necessidade do reconhecimento das formas graves de IRA
(4) reduzir o uso inapropriado de antibióticos

Este é um dos importantes objetivos dos programas de controle de IRA, e busca retardar o desenvolvimento de resistência bacteriana e diminuir os gastos desnecessários.

A OMS propõe para o nível primário normas para o manejo de casos de crianças com problemas de ouvido e dor de garganta. No primeiro caso deve-se excluir a mastoidite, que se presente a criança deve ser hospitalizada. Nos casos de drenagem de pus do ouvido por menos de duas semanas, ou dor no ouvido, ou alteração da membrana timpanica à otoscopia (avermelhada, imóvel), a criança deve receber antibiótico em casa - Amoxicilina, Ampicilina ou Cotrimoxazol. Em casos de dor de garganta, deve-se afastar o abcesso amigdaliano, indicação de hospitalização. A suspeita de faringite estreptocócica, nódulos linfáticos dolorosos e aumentados no pescoço e exsudato esbranquiçado na garganta, indica o tratamento com antibiótico em casa - Penicilina Benzatinica em dose única, Amoxicilina, Ampicilina ou Penicilina V oral.

Em qualquer caso de IRA do trato superior deve ser excluída a possibilidade de pneumonia.

# XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA

# MESA REDONDA

## "NEUMONIAS"

Coordinadores: Dra. Ivonne Rubio
Dra. María Hortal de Peluffo

Panelistas: Ma. C. Mogdasy, José C. Russi, Adela Suárez,
Miguel Esteban, Juana M. Wettstein, Silvia Brea

**XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA**

Autor: Apellido Mogdasy Nombres María Cristina

Palabras claves: Neumonia bacteriana.Etiología

Firma: _____ Fecha 1 / 4 /199 1

# Etiología bacteriana de la neumonia del niño

El diagnóstico etiológico de la neumonia continúa siendo un problema solo parcialmente resuelto; en nuestro país también constituye un importante desafío para el pediatra y el microbiólogo.

Nuestra experiencia en 473 niños con diagnóstico de neumonia, realizado por un médico pediatra en el Servicio de Emergencia del Hosp. Pereira Rossell, consistió en obtener de cada niño una muestra de sangre para hemocultivo,un aspirado nasofaríngeo(ANF), orina y suero. Si el paciente presentaba derrame pleural y se puncionaba con fines diagnósticos,se obtenía este paramicrobiología.

En la muestra de ANF se investigó la presencia de virus respiratorios y en las demás muestras se buscó bacterias y/o sus antígenos (S. pneumoniae y Hemophilus influenzae tipo b).

Antes de la consulta 155 niños ya habían sido tratados con antibióticos y 261 no los habían recibido. Para establecerla etiología bacteriana de la neumonia, se tuvo en cuenta la positividad del hemocultivo y/o del derrame pleural,por cultivo o por detección de antígenos específicos.Por el hemocultivo la etiología bacteriana se determinó en 9.3% de todos los casos estudiados:11% correspondió a pacientes no tratados con antibacterianos y 7% a aquellos que fueron tratados con antibióticos antes de concurrir al hospital.

La positividad del hemocultivo alcanzó 6.8% en aquellos niños que cursaron la neumonia sin derrame pleural; el porcentaje aumentó al 37.5% en aquellos enfermos con derrame pleural. La máxima positividad del hemocultivo 61.5% se observó en niños con derrame pleural y sin antibioticoterapia previa.

La detección de antígenos de S.pneumoniae y de Hemophilus influenzae tipo b en el líquido pleural,permitió estable

cer una etiología bacteriana en niños en niños que ya habían recibido antibióticos y en los que los cultivos bacterianos fueron negativos.
En 20% de las neumonias bacterianas se evidenció la cooparticipación de un virus;los niños que cursaron la neumonia con derrame pleuraly etiología bacteriana identificada, en56% de los casos se aisló algun virus respiratorio asociado.
Dentro de las bacterias predominó S.pneumoniae,seguido en frecuenciade H. Influenzae tipo b.
Siendo el virus respiratorio sincicial (VRS), el principal virus respiratorio, fue baja su frecuencia de asociación con bacterias; a la inversa sucede con los virus parainfluenza.
El serotipo 14 de S. pneumoniae predominó entre las cepas invasivas; todos los aislamientos de hemophilus, menos uno, correspondieron al tipo b.
Ninguno de las cepas invasivas de Hemóphilus fue productora de beta-lactamasa,ni resistente a ampicilina. Entre las cepas invasivas de S. pneumoniaeno se encontró un nivel alto de resistencia a la penicilina;en 2 de ellos, se comprobó un nivel moderado de resistencia, lo que indica que la penicilina sigue siendo una droga válida para el tratamiento de la neumonia bacteriana.-

**XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA**

Autor: Apellido Russi Nombres José C.

Palabras claves: Neumonia.Etiología viral.

Firma: Fecha 10 / 4 /199 1

Aspectos virológicos y patogénicos.

José C.Russi.

A pesar de los esfuerzos realizados en los últimos años para ampliar las fronteras del conocimiento en el área de la etiología viral de las infecciones agudas respiratorias,los progresos han sido relativamente lentos luego del empuje inicial de la década del 60.
Aún hoy día,en la mayoría de las infecciones respiratorias bajas no es posible reconocer la participación de los virus como agente etiológico.Sin embargo es importante recordar que los avances tecnológicos han permitido poner al alcance de los pediatras el diagnóstico para los mas importantes agentes virales.Las investigaciones realizadas en nuestro País en el último lustro han confirmado la importancia del virus respiratorio sincicial(VRS) en la patología respiratoria baja habiendose encontrado asociado con el 30% de las neumonias del niño en los primeros 4años de vida.La importancia del VRS se acrecienta en los períodos epidémicos,que ocurren regularmente todos los años entre Mayo y Octubre en los que el virus puede asociarse hasta en un 60% de los casos.Es importante destacar la escasa participacion de otros agentes virales en la etiología de las neumonias,aún en períodos epidémicos.Así los virus de Parainfluenza se asocian con 2.5%de los casos(1%Parainfluenza 1 y 1.5% Parainfluenza 3),y los virus gripales con sólo 0.5%.La real importancia de los adenovirus es difícil de precisar dada la existencia de portadores sanos lo que dificulta la interpretación de los aislamientos virales,que se elevan a un 1.5% en estos pacientes.
La importancia relativa de VRS pone énfasis en los esfuerzos por comprender la epidemiología y patogenia de la infección por aquel agente y el desarrollo de profilaxis (vacunas,quimioprofilaxis)asi como de tratamientos efectivos y de bajo costo.

La participación de la respuesta inmune en la patogenia de las manifestaciones clínicas de la infección por VRS constituye aún hoy día un campo no totalmente aclarado.
Hallazgos realizados por nuestro grupo muestra la importancia de la respuesta IgE-VRS específica en las manifestaciones clínicas,asi como de la cuantía de la replicación viral en la severidad de la infección.
Un análisis de la virulencia relativa de las distintas cepas del VRS también ha puesto en evidencia su importancia en las manifestaciones clinicas de la infección, relacionada con los dos subtipos antigénicos de VRS descritos recientemente.
Un aspecto aún sin aclarar en nuestro medio es la importancia de la difusión hospitalaria de las infecciones por VRS y su incidencia en internaciones prolongadas y riesgos vitales en aquellos niños con patología cardiovascular o broncopulmonar previa.-

Mayo,1991.-

**XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA**

Autor: Apellido Suárez Nombres Adela

Palabras claves: ~~Neumonia~~

Firma: _____ Fecha 1 / 4 /199 1

# Aspectos clínicos de la neumonia en el niño.

La posibilidad de diferenciar la neumonia bacteriana de la causada por virus es una preocupación constante en pediatría.
Con tal fin se realiza un análisis de 185 historias de niños que ingresaron a los diferentes servicios de pediatría del Hospital Pereira Rossell, entre enero de 1988 y diciembre de 1990,en las cuales se obtuvo diagnostico etiológico de la neumonia.
Comprende edades entre 1 mes y 5 años,se excluye la etapa de recién nacidos.
Se confeccionó una historia precodificada desde el ingreso y se realizó seguimiento clínico hasta el alta hospitalaria.

En 56 pacientes la etiología fue bacteriana:S. pneumoniae en 62,2%, H. influenzae en 23,2%.
En 129 niños se halló uno o mas virus asociados a la neumonia,el VRS fue el mas frecuentemente encontrado.

No existieron diferencias en cuanto a las características de la población para una y otra etiología. Se destaca sí, la mayor frcuencia de neumonia viral durante el primer año de vida.
En 21% de los niños con neumonia viral surgió el antecedente de asma y/o alergia.En el examen físico al ingreso 67.4% se presentaron con sindrome canalicular exudativo-obstructivo y en la radigrafía de torax la condensación inhomogénea paracardíaca derecha fue la imagen mas encontrada;frecuentemente la participación fue bilateral.
En la evolución de estas neumonias ,la otitis media fue la asociación mas comun(14.7%);debieron pasar a CTI 7 niños por insuficiencia respiratoria,uno de ellos falleció.
La gran mayoría de las neumonias bacterianas tenían un sindrome de condensación pulmonar y/o sindrome en menos;

en mas de la mitad (53.7%) hubo compromiso pleural desde el inicio. Durante la evolución 17 niños (30%) debieron internarse en en Servicio de Cirugía para drenaje de derrame pleural. Se produjeron pioneumatoceles o neumatoceles en 13 niños (23.2%) ,4 niños debieron trasladarse a CTI y 3 fallecieron .-

MIGUEL ESTEBAN

# RADIOLOGIA NEUMONITIS

## Aspectos radiológicos

Si bien es clásica la descripción de las radiografías de pacientes afectos de neumonia con consolidación parenquimatosa, no resulta fácil la lectura de las mismas cuando la afección no reviste estas características.

El objetivo del presente trabajo radica en establecer un diagnóstico topográfico anátomo-radiológico preciso, del lugar anatómico donde asienta el compromiso en las neumonias sin consolidación parenquimatosa.

Se analiza la anatomía-radiológica pulmonar desde la última estructura conductora pura el bronquiolo terminal, hasta la unidad anatómica el acino.

Se intenta esteblecer un diagnóstico etiológico a traves de las distintas imágenes aportadas por los documentos radiográficos.-

**XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA**

Autor: Apellido Dras. Wettstein-Freira Nombres Juana María; Belkis.

Palabras claves: ~~Neumonia- Complicaciones qyuirurgicas~~

Fecha 1 / 4 /1991

Firma:

## Complicaciones quirurgicas

Entre 1987 y 1990, pasaron por el Servicio de Cirugía del Hospital Pereira Rossell, lo6 niños con complicaciones quirurgicas de Neumopatías agudas.Esto arroja un promedio anual de 25 casos, lo cual traduce un muy discreto aumento en relación con estadísticas anteriores realizadas en distintos períodos por Wettstein, Chavarría, Benedictti, entre los años 1964 y 1987,también a nivel hospitalario.

El 60% de estos niños eran derivados del interior del país. La distribución etaria, marcó una mayor afectación en menores de tres años (70%).

La distribución de acuerdo al tipo de complicación que presentaron, fue la siguiente:empiema 53;pioneumotórax 30;pioneumatocele 16;neumatoceles gigantes 6;neumomediastino 1.

La complicación se diagnosticó en distintos momentos de la evolución de la neumonia.Así, el 605 había recibido tratamiento antibiótico, mientras que el resto no.

El diagnóstico del germen en causa fue bajo:38 pacientes Entre los cultivos positivos, dominó ampliamente el neumococo(22), Hemóphilus (4), estafilococo(5), estreptococobeta hemolítico (2), Ps. aureaginosa (3), estreptococoviridans (1), Klebsiella (1).

La aparición de la complicación agrega al proceso infeccioso en curso, un componente mecánico de descompensación, que en algunos puede llegar a ser dramático, exigiendo tratamientos de extrema urgencia.

Frente a la sospecha, la confirmación diagnóstica es siempre radiológica(frente y perfil) y una vez confirmada, la toma de decisiones debe ser médico- quirúrgica

Frente al diagnóstico de derrame pleural, la punción permitirá el estudio del líquido (citoquímico,pH, bacteriológico),siendo este material de altísimo valor

para decidir si es necesario el drenaje.
Si el diagnóstico es altamente sospechoso de empiema, se realizará en sala de operaciones, para colocar tubo de drenaje bajo agua.

Si el diagnóstico radiológoco es de pioneumotórax, la maniobra se hará en sala de operaciones ,con anestesista presente, independientemente de la anestesia que se realice,por la eventualidad de que suceda una complicación. Frente a los pioneumatoceles, la conducta sera similar a los pioneumotorax. Se debe realizar control Rx post evacuación.
El antibiótico se ajustará en las dosis y frecuencia y se hará siempre por vía i/v.

Al tratamiento médico-quirurgico, se agregan las medidas de sosten nutricionales y de corrección de los niveles de hemoglobina para facilitar la oxigenación.

Recordar, que son procesos largos con internaciones prolongadas, 20 o 30 días en el 60% de los casos.
El drenaje se mantuvo colocado entr 4 y 44 días.

Se deben hacer controles semanales, a menos que surjan descompensaciones.
Algunos casos necesitan apoyo en unidades de cuidados especiales.
Fallecieron 4 casos. Tres de ellos en el año 1987.

La toracotomía amplia tiene un lugar de excepción en el tratamiento de esta patología. Salvado el momento agudo, se lograría una restitución ad integrum luebo de algunos meses.-

# XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA

Autor: Apellido Brea Nombres Silvia

Palabras claves: Neumonia ,Tratamiento

Firma: _____ Fecha 1 / 4 /199 1

## Tratamiento y conclusiones

El tratamiento etiológico es sin duda el único válido para las neumonias, como para otras enfermedades infecciosas, pero sabemos de la dificultad en el hallazgo del germen. Sin embargo debemos insistir en la utilización de todos los métodos para llegar al diagnóstico etiológico .

Si ello no es posible, o en vista de tener que iniciar una terapia al ingreso, se usarán los antibióticos de primera línea, dada la frecuencia de neumococo y hemóphilus, que aún no han demostrado resistencia a los mismos.

Planteamos la necesidad de ampliar el rango de edades de la muestra, incluyendo recién nacidos y niños mayores de cinco años,pues seguramente otros agentes como chamidia tracomatisy mycoplasma pneumoniae surgirán como lo demuestran trabajos actuales.

En cuanto a las afecciones virales, están aún en etapa experimental el uso de vacunas ,como quimioprofilaxis que modificarán su evoulción.

Se destaca la interrelación de virus respiratorios y enfermedades broncoobstructivas, como asma, lo que haría interesante el seguimiento evolutivo de estas y el estudio de la funcionalidadrespiratoria.

Las complicaciones quirúrgicas mas frecuentes fueron el empiema y el pioneumotórax.

Las edades mas afectadas fueron los niños menores de 3 años, y en su mayoría habían sido tratados con antibiótie cos previamente.

La mayoría requirieron una larga internación y a pesar de la alta morbilidad de las neumonias se evidenció en los últimos tres años, una baja mortalidad.-

**XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA**

# SESION DE TRABAJOS LIBRES

"NEUMOLOGIA I"

Viernes 3 de Mayo
(15:00 - 16:00 hs.)
Sala "A"

SESION DE TRABAJOS LIBRES

# XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA

# SESION DE TRABAJOS LIBRES

## "NEUMOLOGIA I"

## Viernes 3 de Mayo

## (15:00 - 16:00 hs.)

## Sala "A"

**XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA**

Autor: Apellido ILLA Nombres MARTHA

Palabras claves: DIARREA AGUDA

Firma: [signature] Fecha 1° / 4 /1991

PRIMERA ENCUESTA DE MORBILIDAD Y TRATAMIENTO DE LA INFECCION RESPIRATORIA AGUDA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.

Illa,M.;Arbulo,S.;Massiotti,P.;Munilla,A,;Rodríguez,S.; Villalba,N.;Herwig,G.;Etchart,S.;Ambrosi,B. Departamento de Nutrición. Dirección de Epidemiología. M.S.P. Montevideo.

Con los objetivos de determinar la prevalencia,la incidencia,la duración,la frecuencia de casos graves y de hospitalizaciones y la modalidad y tipo de tratamiento utilizado en la infección respiratoria aguda(IRA) en población menor de 5 años se efectuó una Encuesta en una muestra representativa de hogares particulares pertenecientes al área urbana y periurbana del Depto de Montevideo,en el mes de marzo de 1989. Para obtener una muestra de tamaño estadisticamente adecuado se visitaron 8350 hogares particulares,de los cuales 1335 tenían niños menores de 5 años. La presencia de IRA se investigó por la existencia de tos,abarcándose un periodo de dos semanas previas a la encuesta,en 1770 niños menores de 5 años,381 de los cuales presentaron dicha sintomatología .En esa submuestra se investigó modalidad y tipo de tratamiento utilizado. La tasa de prevalencia de IRA en dos semanas para todo el grupo de niños fue de 21.5%,mientras que para los niños de 1 año fue de 25.9%. La tasa de prevalencia de IRA grave fue de 3.0%,para todo el grupo. La tasa de prevalencia instantánea de IRA fue de 12.2%. La incidencia anual fue de 3.0 casos por niño. La duración media del episodio de tos fue de 12 días. La tasa de consultas por IRA fue para todo el grupo de 50%,mientras que los casos graves tuvieron una tasa de consultas de 65%. La tasa anual de internaciones por neumopatía fue de 0.9% y la de internaciones por asma,bronquitis y laringitis fue de 2.2%. La tasa de uso de tratamiento de cualquier tipo en las IRA fue de 65%,mientras que la tasa de uso de medicación casera fue de 16% y la de uso de medicamentos no caseros de 57% para todo el grupo.

# XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA

Autor: Apellido Montano Nombres Alicia

Palabras claves: Infección Respiratoria Aguda(IRA),pauta OPS/OMS.

Firma: [signature] Fecha 31 / 3 /199 1

INFECCION RESPIRATORIA AGUDA(IRA)EN MENORES DE 5 AÑOS.
APLICACION DE LA PAUTA OPS/OMS.

Montano A.,Picón T.,Malinger A.,Bossio J.C.,Cazabán L.,
Laporta R.,Puigrós C.,Rodriguez A.,Zucolo S.,Ferrari A.M.
Clínica Pediátrica "A",Fac. de Medicina,Montevideo,Urugua
Instituto de Epidemiología "E.Coni",Santa Fé,Argentina.

Objetivo:Analizar los diagnósticos de IRA realizados en consultorios pediátricos,el uso de antibióticos en su tratamiento y el destino indicado,en niños entre 2 meses y 4 años.Relacionar los resultados de emplear en esos mismos pacientes las pautas de decisión diagnóstica recomendadas por OPS/OMS.
Se estudiaron 484 pacientes que fueron atendidos en diferentes consultorios pediátricos desde el 31/8 al 12/12/90
Se diagnosticó IRA alta en 72% de los pacientes e IRA bajaen 28%.
Se utilizaron antibióticos en el 50.8% de los pacientes, destacándose su uso en el 91.0%de las faringitis,en el 66.7% de las bronquitis y en el 50% de las bronquiolitis.
Se derivaron 0.8% de los pacientes para internación, 21.3% para estudio y 77,9% a domicilio.
De aplicar las pautas de decisión OPS/OMS las conductas hubieran sido:referir al hospital en 3.6%,al domicilio con antibióticos 25.7%(15.5% de las faringitis) y al domicilio sin antibióticos en 70.7%.
Se destaca el porcentaje más bajo de uso de antibióticos que resulta de la aplicaciónde la pauta de OPS/OMS.
Se discute la diferencia en la indicación de referencia hospitalaria.

# XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA

Autor: Apellido Ferrè, A. y cols. Nombres

Palabras claves: Infecciones Respiratorias Agudas (I.R.A.)

Firma: Fecha 01 / 04 /199 1

TITULO: VALORACION DE LA TERAPEUTICA CON ERITROMICINA EN LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS DEL NIÑO ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD.-

**Autores:** Ferrè,A.;Gorgal,N.;Núñez,P.;Petronco,A.;Somma,M.;Sehabiague,G.;Bello,O.
Departamento de Emergencia Pediátrica. Hospital Pereira Rossell.

En la etiologia de las I.R.A. participan múltiples agentes infecciosos, principalmente virus y bacterias. La confirmación de la etiologia bacteriana exige investigaciones de laboratorio que requieren tiempo. Por este motivo, los indices clinicos de sospecha de infección bacteriana son manejados por el clinico con frecuencia para definir el inicio del tratamiento antibiótico en el momento del diagnóstico, a la espera de los resultados bacteriológicos.
**Objetivos:** Valorar la respuesta clinica a la terapeútica con eritromicina oral en las I.R.A. del niño adquiridas en la comunidad, de presunta etiologia bacteriana.
**Material y Método:** Se estudiaron todos los niños de 0 a 14 años, independientemente del sexo, que consultaron al Departamento de Emergencia del Pereira Rossell por I.R.A. alta o baja, durante el periodo mayo-setiembre de 1989. Los pacientes no habian recibido antibióticos en los dias previos a la consulta. El diagnóstico de probable infección bacteriana fue realizado según criterio clinico, basándose en la presencia de purulencia, tipo de curva febril y topografia del proceso. En las neumonias se incluyó además el criterio radiológico. Se utilizó un protocolo de recolección de datos que fue llenado en dos etapas: 1) en el momento de la consulta en el Depto. de Emergencia y 2) durante el control en domicilio, realizado por el mismo pediatra, alrededor de los siete dias de la consulta inicial. Se incluyeron: datos patronimicos, edad, sexo, raza, peso, patologia asociada, diagnóstico de afección respiratoria, dias de evolución y tratamiento recibido. En el control se consignó: cumplimiento de las indicaciones, tiempo en el que evidenció mejoria, tiempo de curación, dosis y posologia del fármaco, duración del tratamiento, abandono del mismo y sus razones.
**Resultados:** Distribución por Patologias (N:530)

| | N | % | | N | % |
|---|---|---|---|---|---|
| Faringo-amigdalitis | 319 | 60.2 | Neumonia Aguda condensante | 11 | 2.1 |
| Sinusitis | 2 | 0.4 | Neumonia Aguda no condensante | 69 | 13.0 |
| Laringo-traqueitis | 16 | 3.0 | Patologias Combinadas | 52 | 9.8 |
| Otitis media aguda | 61 | 11.5 | | | |

El 94% de los pacientes presentaron fiebre concomitante con la afección respiratoria, y el 40.8% (N:216), purulencia en la secreción. La dosis media de eritromicina recibida fue de 56.4 mg/kg/dia, la media de tratamiento de 7.9 dias y el porcentaje de mejoria/cura en la evolución fue del 97%. Se registraron 18 suspensiones de tratamiento: en doce casos por ineficacia (2.26%), en dos casos por efectos adversos (0.38%). Se ignoran las causas de las cuatro restantes.
**Comentarios:** La respuesta clinica a la terapéutica antibiótica fue satisfactoria en un elevado porcentaje de los casos y en un lapso relativamente breve. El seguimiento del enfermo para valorar la respuesta al tratamiento constituye un parámetro de gran valor e imprescindible cuando se inicia tratamiento antibiótico, basado sólo en signos clinicos. Si el pediatra utiliza en forma correcta los signos clinicos de sospecha de infección bacteriana en el curso de una I.R.A., y tiene la posibilidad de controlar los pacientes en un lapso breve, es válida la utilización de eritromicina oral para el tratamiento de las mismas.

**XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA**

Autor: Apellido Picón P Nombres Teresa

Palabras claves: Faringitis estreptocóccica,exudado faríngeo

Firma: Fecha 1 / 4 /199 1

# INVESTIGACION DE LA ETIOLOGIA ESTREPTOCOCCICA DE LAS FARINGITIS EN NIÑOS.

Picón,T.;Montano,A.;Malinger,A.;Gaudin,I.;Ferrari,AM.
Bacteriología:Pirez,MC.;Constanst,A.;Torres,ME.;Varela,A.;Sosa,S.;
Somma,R.

Policlínica de la Clínica Pediátrica "A"de Facultad de Medicina HPR Policlínica del M.S.P. HPR. Cátedra de Bacteriología y Virología.Facultad de Medicina. Montevideo-uruguay.

Se realizó un estudio clínico-etiológico en 68 pacientes que consultaron por faringitis en la Policlínica A del Hospital Pereira Rossell, desde el 10 de setiembre de 1990 al 30 de enero de 1991. Se incluyó una población control de 41 niños sanos. A todos los niños con faringitis se les realizó historia clínica,examen físico,test rápido para detección de antígenos de estreptococo beta hemolítico grupo A,técnica de ELISA,y exudado faríngeo.
A la población control no se le practicó el test rápido.
Se realizó un estudio costo-beneficio en el Servicio de Urgencia pediátrico del CASMU comparando los costos del test rápido con el uso de antibióticos según criterio clínico.
No se hallaron diferencias estadisticamente significantes en cuanto a sintomas y signos entre las faringitis estreptococcicas y no estreptococcicas.
Se aisló Estreptococo beta hemolítico del grupo A en 30.8% de los pacientes y 7.3% de los controles.
Se analiza el estudio de costo-beneficio.
Se concluye la necesidad de contar con métodos de diagnóstico etiológico adecuados para el tratamiento correcto de las faringitis en este grupo etario.-

# XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA

# SESION DE TRABAJOS LIBRES

## "ENFERMEDAD DIARREICA"

**Viernes 3 de Mayo**
**(15:10 - 16:30 hs.)**
**Sala "B"**

# XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA

Autor: Apellido ILLA Nombres MARTHA

Palabras claves: INFECCION RESPIRATORIA AGUDA

Firma: Fecha 1° / 4 /1991

PRIMERA ENCUESTA DE MORBILIDAD Y TRATAMIENTO DE LA DIARREA AGUDA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.

Illa,M.;Arbulo,S.;Massiotti,P.;Rodríguez,S.;Villalba,N.; Herwig,G.;Etchart,S.;Ambrosi,B.;Munilla,A. Departamento de Nutrición. Dirección de Epidemiología. M.S.P.-Montevideo.

Se efectuó una encuesta en una muestra representativa de hogares particulares del área urbana y periurbana del Depto de Montevideo,en el mes de marzo de 1989.Se visitaron 8350 hogares particulares,encuestándose 1770 niños menores de 5 años.Se investigó la presencia de diarrea en un período de 2 semanas,la conducta seguida en el hogar y el tratamiento efectuado con el fin de evaluar el impacto logrado por el Programa Nacional de Control de Enfermedades Diarreicas.Se estudió una submuestra de 83 niños menores de 5 años que presentaron diarrea.La tasa de prevalencia en dos semanas de la diarrea fue de 4.7 % para todos los niños y de 7.2 % para los niños de 1 año.La tasa de prevalencia instantánea de diarrea fue de 1.1%.La tasa de incidencia anual de diarrea fue de 0.7 episodios por niño.La tasa de consultas por diarrea fue de 60% para todo el grupo,elevándose a 81% en los lactantes.La tasa anual de internaciones por diarrea fue de 1.1%.La tasa de uso de la terapia de rehidratación oral fue de 86% para todo el grupo,la tasa de uso de solución de rehidratación oral fue de 41 % y la tasa de uso de líquidos caseros fue de 73 %.La tasa de uso de otros medicamentos (caseros y no caseros) en el tratamiento de la diarrea en todo el grupo fue de 26.5 %.La tasa de uso de antobióticos fue de 9.6% y la tasa de uso de antidiarreicos fue de 8.4 %,en todo el grupo.la tasa de uso de la terapia de rehidratación intravenosa en los niños internados fue del 60 %.La tasa de mantenimiento de la alimentación láctea durante el episodio diarreico fue de 52% y la tasa de mantenimiento de la alimentación con otros alimentos fue de 66%.

# XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA

Autor: Apellido MONTANO Nombres ALICIA

Palabras claves: Diarrea aguda - Madres - Comunidad - Conocimientos

Firma: _____ Fecha ____ / ____ /199 __

DIARREA AGUDA INFANTIL . Conocimientos y actitudes de un grupo de madres.

Montano,A.;Algorta,G.;Méndez,V.;Pírez,C.;Schelotto,F.;Murillo,N.;Zanetta,E.
Departamento de Bacteriología y Virología.Instituto de Higiene.Montevideo-Uruguay.

El objetivo de esta presentación es analizar los conocimientos y actitudes de un grupo de madres en relación a la diarrea aguda en los niños. Este trabajo forma parte de una investigación subvencionada por el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, Canadá; planeada para caracterizar la diarrea aguda en niños menores de 2 años de bajo nivel socioeconómico e identificar factores que puedan influír en la duración e impacto de los episodios.

De las 300 familias captadas en la 17ª Sección del Depto.de Montevideo, se presentan los datos de 247 madres que cumplieron con el seguimiento domiciliario realizado durante los meses de diciembre del 88 y enero del 89.

La edad de las 247 madres variaba entre 15 y 44 años (m=26 años); 74(33.3%) tenían un único hijo y 1 tenía 10 hijos (m=2 hijos); 151 madres (61%) tenían una familia nuclear completa teniendo diferentes morfología familiares el resto. Un 10% tenían hasta 3er.año de escuela, 36% primaria completa y sólo 7% 10 años de instrucción.

En cuanto a los conocimientos y actitudes que las madres declararon tener o realizar se destaca: 93% de las madres había dado alguna vez pecho a su hijo, 9% no encontraban en esta práctica ninguna ventaja y el 43% abandonó la lactancia antes del 3er.mes de edad de su hijo. 79% creían que debía darsele agua al niño durante la lactancia.

Con respecto a la higiene el 90% declaró lavar los pañales el mismo día y de éstos el 48% lo hacía inmediatamente. Declaraban lavar las mamaderas inmediatamente el 69% de las madres; 52% con agua y jabón y 6% las hervían; 60% de las madres declaró que se lavaba las manos antes de alimentar al niño y antes de cambiarlo y el 42% después de cambiarle los pañales. El 90% declaró hacerlo antes de preparar la comida.

El 17% de las madres manifestó no conocer la causa de la diarrea en los niños, menos del 60% la relacionaban con los alimentos y el agua, 80% la identificaban con la presencia de materias líquida y numerosas. Como primera acción ante la aparición de la enfermedad menos del 40% consultaban el médico, 27% le daban agua de arroz, 7% SRO y 9% le suspendían la leche. No sabían reconocer cuando una diarrea aguda era grave el 20% de las madres; 20% lo relacionaban con la presencia de materias líquidas y también 20% cuando la diarrea duraba más de dos días.

Se señala que muchos de estos datos podrían ser de utilidad para promover en estas madres prácticas y actitudes que contribuyan en la prevención de la diarrea aguda infantil.-

# XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA

Autor: Apellido SANTURTUN Nombres PAZ

Palabras claves: DIARREA

Firma: _____ Fecha 1° / IV /1991

ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO EN CIEN NIÑOS INGRESADOS POR DIARREA EN LA CLI-
CA PEDIATRICA B EN EL VERANO 1990-91 O QUE LA ADQUIRIERON DURANTE SU
INTERNACION.Santurtún.P.,Guidobono G.,Parada P.,Ferré A.,Akiki A.,Du-
tra S.y Nairac A..Clínica Pediátrica B,Centro Hospitalario Pereira Ro-
ssell,Montevideo,Uruguay.

Se realizó el estudio prospectivo de la población ingresada al Servicio por diarrea entre el 1/XII/90 y 28/II/91,o que la adquirieron durante su internación,las características de su enfermedad,evolución y tratamiento.Se analizaron 100 casos con un protocoloco precodificado y a los que se aplicó el tratamiento indicado por la norma del M. S.P. para este período.Resultados:El 96% fueron menores de un año y las 2/3 partes menor de 6 m..El medio socioeconómico era malo en el 81% de los casos y el nivel cultural regular o malo en el 90%.15% tenía bajo peso al nacer.El 30% tuvo episodios de diarrea previa a la enfermedad actual.El 76% eran desnutridos;igual porcentaje no recibía pecho a los 3 m. de edad.1/3 de los niños recibió S.R.O. previo al ingreso.Ingresó por diarrea aguda el 90%;el 10% ingresó con diagnóstico de diarrea prolongada.Al alta la diarrea prolongada asciende al 30%. Un 5% pasó al C.T.I. y falleció el 1%.Se diagnosticó probable diarrea intrahospitalaria en el 18%.Se comprobó intolerancia al alimento en 35%.La pauta de realimentación se cumplió en el 89% de los niños.El 90% de los niños recibió antibióticos.
Conclusiones. La edad temprana (ler. año de vida),el medio socioeconómico y más aún cultural malos,la desnutrición y el destete precoz acompañan sitemáticamente al ingreso por diarrea.
La difusión del tratamiento con S.R.O. para evitar la agravación de la diarrea debe intensificarse así como las medidas a tomar para disminuir el número de reingresos.-

# XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA

Autor: Apellido _____ Nombres _____

Palabras claves: _____

Firma: _____ Fecha 26 / 3 /199 1

FACTORES DE RIESGO EN LA ENFERMEDAD DIARREICA

Drs. Sapriza,R.; Villaamil,M,; Bossio,M.; Dufort,G.; Rico, M.; Rodriguez,G.; Maggi,R.

Clinica Pediatrica "C", Facultad de Medicina, Hospital Pereira Rossell, Montevideo.

Los autores realizan un trabajo prospectivo de 52 pacientes , menores de 24 meses, internados en los meses de verano de 1991, con diagnostico de enfermedad diarreica. Se evalúa la incidencia, duración e importancia de los factores de riesgo,su evolución y tratamiento.De los resultados surge que el 46% de los pacientes se hallaban en el ler. trimestre de vida, 86% no recibieron pecho, correlacionándosedicha información con que 71% de ellos eran desnutridos. En cuanto a su evolución del total de ingresos como diarrea aguda,sólo el 19% de ellos egresaron como tal lo cual pone de relevancia la gravedad de dicha entidad en lactantes tiernos y con estado nutricional deficitario. El resto evolucionó a entidades más complejas que requirieron un manejo cuidadoso de la infección y realimentación, se destaca que todo esto sucede en una población marginada, de escasos recursos económicos, sociales y culturales.

# XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA

# SESION DE TRABAJOS LIBRES

## "INFECCIONES"

**Viernes 3 de Mayo**
**(15:15 - 16:30 hs.)**
**Sala "C"**

# SESION DE TRABAJOS LIBRES

## "INFECCIONES"

### Viernes 3 de Mayo

### (15:15 - 16:30 hs.)

### Sala "C"

**XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA**

Autor: Apellido _____ Nombres _____

Palabras claves: Toxoplasmosis congénita - Screenin serológico

Firma: _____ Fecha 1 / 4 /199 1

TITULO: TOXOPLASMOSIS CONGENITA - A propósito de un caso

Autores: Ferré, Araní - Pinzchak, Catalina - Nairac, A.

Institución: Clínica Pediátrica "B" Prof. Dr. Antonio Nairac. Centro Hospitalario Pereira Rossell.

Se describe un caso clínico de toxoplasmosis congénita en mellizos dicigóticos con afectación de ambos.
La enfermedad materna pasó totalmente desapercibida; los recién nacidos presentaron hepatoesplenomegalia al nacer pero no fueron controlados posteriormente consultando a los seis meses de vida por estravismo de uno de los niños.
Con la orientación clínica de infección connatal se inician los estudios. El fondo de ojo muestra coriometinitis toxoplásmica secuelar en los dos lactantes. La tomografia axial computada de cráneo muestra calcificaciones solo en la niña. Los títulos de anticuerpos antitoxoplásmicos fueron elevados tanto en la madre como en los niños y así se mantuvieron hasta el año de vida lo que junto con la velocidad de eritrosedimentación elevada motivó iniciar el tratamiento. En la evolución el crecimiento y el desarrollo de los niños es adecuado hasta el momento pero es de interes su control a largo plazo. La niña presenta amaurosis unilateral y el varón ambliopía unilateral.
Esta nueva presentación se realiza no para relatar las características de la enfermedad ya conocida por todos sino para reafirmar la importancia de incorporar el screening serológico para toxoplasma en el control de rutina de la embarazada. De esta forma, con un diagnósticoprecoz de la enfermedad y el manejo adecuado de la misma se evitaría la aparición de secuelas graves debidas a un diagnóstico tardío.

# XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA

Autor: Apellido BORBONET Nombres DANIEL

Palabras claves: Lúes Connatal

Firma: [signature] Fecha 01 / 04 /199 1

TITULO - Revisión de Lúes Connatal en el Hosp.P.Rossell 1987-88-89

AUTORES- Borbonet,D.;Ferro,O.;Peña,J.L.

OBJETIVO - Analizar la factibilidad de la aplicación de las "Normas de Diagnóstico y Tratamiento en la Lúes Connatal" del Dpto.de Epidemiología del MSP que rige para todo el País.

Se realizó un trabajo retrospectivo desde Junio de 1987 hasta Dic.1988,en donde hubo 13.497 Recién Nacidos vivos, obteniéndose el 85% de los VDRL previo al alta;de ellos el 5,7% fueron ⊕.A todos los VDRL ⊕ se les solicitó IgMFTAAbs,obteniéndose el informe del 37% de los mismos. Proyectando dichas cifras,nos da una incidencia de VDRL ⊕ del 5,5%,y de Ig MFTAAbs ⊕ del 0.22%.
Existieron dificultades diagnósticas y terapéuticas: embarazos no controlados,Lúes materna de diagnóstico tardío,paraclínica neonatal inadecuada,falla del equipo obstetra-neonatólogo, alta precoz con inadecuada captación luego de lamisma;lo que derivó a un sobre-diagnóstico y a un muy dificultoso tratamiento.
Por lo que se concluye que para la población hospitalaria la actual Normatización de la Lúes Connatal es de difícil aplicabilidad,debiéndose realizar un protocolo alternativo acorde a la población estudiada.

**XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA**

Autor: Apellido BORBONET Nombres DANIEL

Palabras claves: Lúes Connatal. Normatización Alternativa

Firma: Fecha 1 / 04 /199 1

PROPUESTA DE NORMATIZACION ALTERNATIVA,DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO EN LA LUES CONNATAL,PARA LA POBLACION HOSPITALARIA.

Borbonet,D.;Ferro,C.;Peña,J.I.

OBJETIVO - Evaluar la practicabilidad de un Nuevo Protocolo sobre Normas de Diagnóstico y Tratamiento en la Lúes Connatal,para la población de H.P.N.,teniendo en cuenta las características especiales de la misma,las carencias intrahospitalarias y la inadecuada captación luego del alta.

Se realizó un trabajo prospectivo entre 1.09.90 y el 31.08.90. En dicho lapso hubo 3.556 R.N.vivos,obteniéndose el 96% de los VDRL, de ellos el 5.3% fue.⊕ ;se logró el informe del 80% de los Ig MFTA Abs solicitados, siendo ⊕ el 4% de ellos. De los 181 R.N. con serología ⊕ ,fueron 4 los que presentaron clínica de lúes,siendo internados y realizándoseles la actual Norma Nacional de Lúes Connatal.Fueron 177 RN con serología ⊕ y sin manifestaciones clínicas,a todos ellos se les estudió con Rx de h.largos y LCR,obteniéndose una Rx de h.l.y l LCR compatible con lúes. De estos pacientes, fueron tratados el 88% con Penic. Benzatínica 50.000Un/Kg. i/m en 1 dosis;otorgándoseles el alta a domicilio,con posterior control al mes. Se captaron el 66.6% de la población,se les realizó examen físico y VDRL,siendo en el 100% iguales o inferiores al presentado al nacer.

CONCLUSIONES - Basados en la clínica neonatal, en la paraclínica disponible en el M.S.P. y con posterior control ambulatorio al mes del alta, se halló una incidencia de lúes connatal de 2,2 o/oo de todos los RN vivos. Se comprobó la practicabilidad de una nueva Normatización de la Lúes Connatal para la población Hospitalaria, que creemos puede aplicarse para todos aquellos pacientes de difícil captación luego del alta de la Maternidad.

# XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA

Autor: Apellido QUIAN Nombres JORGE

Palabras claves: H.I.V. S.I.D.A.

Firma: Fecha 1 / IV /1991

S.I.D.A en Pediatria.Presentación del primer caso nacional.

Jorge Quian,Adriana Boccarato,Nestor Cabana,Amanda Amodio.

----------o----------

Se describen los hallazgos clínicos,de laboratorio, y la evolución posterior,de un paciente de 6 meses a la fecha de diagnóstico de SIDA,de transmisión seguramente transplacentaria.

La evolución se caracterizó desde el punto de vista clínico por hepatoesplenomegalia,fallo en el crecimiento,infecciones respiratorias reiteradas y candidiasis digestiva y cutánea severas.

En lo inmunitario se comprobaron tanto alteraciones humorales (hipergamaglobulinemia) como celulares (alteración de la relación T4/T8).

En los aspectos terapeuticos se tomaron en cuenta fundamentalmente :

-apoyo nutricional
-apoyo sicologico a la madre
-plan de gammaglobulina endovenosa cada 15 días
-antibioterapia adecuada para combatir las infecciones oportunistas
-se discute la conducta en cuanto a la alimentación con pecho materno.

# XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA

Autor: Apellido Quian Nombres Jorge

Palabras claves: HIV ; SIDA

Firma: _____ Fecha 1 / IV /1991

Seguimiento de niños HIV Positivos. Junio 1990/Marzo 1991
Primer informe.

Jorge Quian,Daniel Borbonet,Teresa Picón,Irene Rodriguez,
Adolfo Malinger.
Asistente Socila : Virginia Galeano
Laboratorio : Winston Perez,Adriana Mañana.

----------o----------

Desde junio de 1990 se constituyó una policlínica del Instituto de Pediatría que se encarga del seguimiento de los pacientes HIV positivos. Desde entonces se han seguido en la policlínica 7 pacientes.

Las características de esa población pediatrica,los factores de riesgo en los padres,las dificultades en el seguimiento,son analizadas en este primer informe.

Tambien se discuten las normas adoptadas fundamentalmente en lo que respecta a vacunaciones y alimentación a pecho materno.

De los 7 pacientes sólo uno se ha comprobado hasta el momento que ha desarrollado SIDA.

Se insiste en que debe ser agregado en el interrogatorio que forma parte de la historia del niño,los antecedentes de los padresen cuanto a las conductas sexuales y a la drogadicción endovenosa,como forma de planteear precozmente la posiblidad de infección por HIV.

# XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA

Autor: Apellido Quian Nombres Jorge

Palabras claves: Distomatosis;Fasciola hepática

Firma: [signature] Fecha 1 / IV /1991

Fasciola Hepática en Pediatría. Presentación de un caso clínico.

Jorge Quian, Mónica Bossio, Francisco Vuono.
Parasitología. Elena Zanetta.

----------o---------O--------

Se presenta el caso de un prepuber de 12 años, que ingresó al Servicio de Infecto-Contagiosos del Hospital Pereira Rossell por un Sindrome Febril Prolongado. Clínicamente se manifestó al inicio por un cuadro agudo de abdomen por lo cual fue apendicectomizado en el interior del pais. Posteriormente la existencia de dolor abdominal persistente, hepatoesplenomegalia, eosinofilia masiva y el estudio anatomopatológico hepático que se obtuvo en reintervención y que mostró una hepatitis granulomatosa eosinofilica sugestivo de parasitosis orientaron el diagnóstico. El hallazgo posterior en coproparasitarios de huevos de Fasciola Hepática permitieron establecer el diagnóstico de Distomatosis Hepática.

El interés de esta presentación radica en las dificultades diagnósticas, así como terapeuticas y una forma evolutiva poco frecuente de presentación.

Se sugiere que la tríada de sindrome febril prolongado, dolor abdominal persistente y eosinofilia masiva, en un paciente fundamentalmente del interior, con posibilidad de ingestión de berros silvestres o aguas contaminadas, debe hacer pensar en Distomatosis Hepática.

# XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA

# SESION DE TRABAJOS LIBRES

## "ALIMENTACION"

**Viernes 3 de Mayo**
**(15:15 - 16:30 hs.)**
**Sala "D"**

# XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA

Autor: Apellido ILLA Nombres MARTHA

Palabras claves: LACTANCIA MATERNA

Firma: Fecha 1° / 4 /1991

## FRECUENCIA Y DURACION DE LA LACTANCIA MATERNA EN LACTANTES DEL AREA URBANA DEL DEPARTAMENTO DE MONTEVIDEO.

Illa,M.;Arbulo,S.;Massiotti,P.;Villalba,N.;Herwig,G.; Munilla,A.;Rodriguez,S.;Ambrosi,B.;Etchart,S. Departamento de Nutrición. Dirección de Epidemiología. M.S.P. Montevideo.

Con los objetivos de estudiar la frecuencia y duración de la alimentación a pecho, la edad de introducción de alimentos complementarios y las principales causas de destete en lactantes se efectuó una Encuesta por visita a hogares particulares pertenecientes al área urbana y periurbana del Departamento de Montevideo, en el mes de marzo de 1989. Se estudió una submuestra de 378 niños menores de 1 año, provenientes de 369 hogares particulares. La lactancia materna en cualquier forma (eclusiva mas mixta) tuvo una prevalencia de 93% el primer mes, descendiendo a 41 % al sexto. El pecho materno exclusivo tuvo una prevalencia de 82% el primer mes, descendiendo a 16% al sexto. La mediana de edad de introducción de la leche de vaca en la alimentación de estos niños fue de 2.3 meses y precedió en un plazo muy breve al destete, por lo que se destaca como la forma habitual de destete. La mediana de edad del destete fue de 3.3 meses. La primera causa de destete sugiere falla en la educación impartida a las madres sobre el manejo de la lactancia materna. La segunda causa mencionada fue trabajo materno. La mediana de edad de introducción de los alimentos complemetarios fue de 3.6 meses. No se encontraron diferencias estadisticamente significativas en los patrones de alimentaciónb al pecho materno en los niños segun su institución de asistencia.

# XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA

Autor: Apellido CABRERA Nombres GRACIELA

Palabras claves: LACTANCIA MATERNA

Firma: _____ Fecha 1o. / Abr./1991

PROMOCION Y APOYO A LA LACTANCIA NATURAL EN UNA POBLACION DE LACTANTES SEGUIDOS EN UN CONSULTORIO PERIFERICO.-

Cabrera G.; Pírez R.; Sarmiento C.; Ward E.;González M.
Clínica Pediátrica "A" Prof.Dra.Irma Gentile Ramos.Facultad de Medicina de Montevideo, Uruguay.-

Durante el período comprendido entre el 1o./10/89 al 28/2/90, fueron referidos mediante el Plan Aduana al Centro Materno Infantil "Maciel" 69 recién nacidos de la zona Ciudad Vieja. De ellos, un niño falleció en la maternidad del Hospital Pereira Rossell (1.4%).Se logró la captación de 55 recién nacidos, a los que se sumaron 5 recién nacidos de la zona y de igual medio socioeconómico, lo que totalizó el seguimiento de 60 niños. De los no captados 8.7% proporcionaron dirección falsa.Entre los niños cuyo seguimiento se vió interrumpido, 5.8% cambiaron de zona y en 4.4% no se logró la concurrencia al Centro pese a múltiples visitas domiciliarias. Se realizaron los controles y seguimiento en el Centro y mediante visitas domiciliarias lográndose un seguimiento del 95.6%. Se valoró el crecimiento y desarrollo así como el control de inmunizaciones, cuyo cronograma se cumplió en el 100% de los niños.- Se enfatizó la promoción, estimulación y apoyo de la lactancia materna, determinándose la prevalencia de la misma en los recién nacidos y lactantes durante el período citado. De este modo se obtuvo una duración de la lactancia materna exclusiva de 88% al mes de vida;de 34% a los tres meses, con 43% de pecho directo más complemento.A los cinco meses de vida el 54% de los niños recibía pecho directo más complemento, con 0% de lactancia materna exclusiva. Se compararon estos datos con trabajos previos realizados en nuestro medio, en el Centro materno Infantil "Maciel" y otros. Se analizaron las causas del fracaso de la lactancia materna exclusiva, encontrándose como las dos más importantes a la hipogalactia y a las causas laborales, las que representaron el 68% de las halladas.-
Se concluyó que el seguimiento personalizado permite optimizar las condiciones de asiduidad y acercamiento en las consultas, que facilita la concurrencia de las madres a los controles y crea circunstancias favorecedoras para lograr un apoyo más efectivo a la lactancia natural.-

# XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA

Autor: Apellido _____ Nombres _____

Palabras claves: _____

Firma: _____ Fecha 26 / 3 /199 I

## ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS ULTIMOS TRES AÑOS DE LA ENFERMEDAD DIARREICA.

Dres. Villaamil,M.; Sapriza,R.; Rico,M.; Maggi,R.

Clinica Pediatrica "C", Facultad de Medicina, Hospital Pereira Rossell, Montevideo.

Los autores realizaron un trabajo prospectivo en los meses de verano de los años 1989, 1990, 1991. Se analizaron 175 pacientes de ambos sexos, menores de 24 meses ingresados con diagnostico de enfermedad diarreica.
Se comparan los factores de riesgo ( edad, sexo, lactancia, estado nutricional), diagnostico al ingreso y egreso según duración, tratamiento y evolución de dicha entidad.
Del análisis surge que de los 175 pacientes, 93 corresponden al año 1989, 30pacientes al año 1990 y 52 al presente año.De acuerdo a los factores de riesgo mencionados se destaca un mayor porcentaje de niños menores de 3 meses comparados con los años anteriores, en el último periodo. Esto se correlaciona a su vez con una mayor incidencia de desnutridos, los cuales en un 86% no recibieron pecho como alimento. De acuerdo a este analisis, se intenta explicar por qué, a pesar de contar con mayores posibilidades en cuanto a dietas de realimentación y mejor manejo del factor infeccioso, los riesgos antedichos inciden en la evolución de la enfermedad diarreica.

**XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA**

Autor: Apellido Mendez Nombres Virginia

Palabras claves: Diarrea persistente. Factores de riesgo.

Firma: [signature] Fecha 27 / III /199 1

DIARREA PERSISTENTE EN NIÑOS MENORES DE 30 MESES. ANALISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO. INFORME PRELIMINAR.

Méndez,V; Ferrari,A.M.;Scaglia,J;Galeano,V;Galmés,M;Curbelo,G;Montano,A;Schelotto,F;Pirez,C;Zanetta,E,Calero,N; Palma,L;Ortiz,H;Hernández,A.

Clínica Pediátrica "A". Hospital Pereira Rossell. Facultad de Medicina. Montevideo, Uruguay.

La diarrea persistente se define como aquella que habiéndose iniciado como una diarrea aguda de etiología presumiblemente infecciosa, se prolonga por más de 14 días. La diarrea persistente es causa aún de elevada mortalidad y constituye un factor contribuyente fundamental de la desnutrición proteico-calórica. Con el objetivo de lograr un mejor conocimiento de las características clínicas, etiológicas y evolutivas de la diarrea persistente y de mejorar la asistencia de los niños con esta enfermedad se planificó un estudio prospectivo que se está desarrollando en la Unidad de Lactantes "A" del Hospital Pereira Rossell desde el 15/X/90 y que durará 3 años. Uno de los objetivos específicos de esta investigación es el análisis de los factores de riesgo de que un caso de diarrea aguda se transforme en persistente. Se analizan las variables incluídas a estos efectos en el proyecto, en los primeros 26 niños con diarrea persistente estudiados (grupo A) y en 20 controles con diarrea aguda (grupo B). Ambos grupos fueron pareados por edad (mismo semestre) y por estado nutricional. Por las características de las variables se ensayan modelos discretos de regresión logística. Se intenta elaborar un modelo predictivo que permita frente a un caso de diarrea aguda estimar la probabilidad de desarrollar diarrea persistente.

**XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA**

Autor: Apellido Lagomarsino Nombres Graciela

Palabras claves: H2, Diarrea Persistente, Malabsorción de H de C.

Firma: [signature] Fecha 1 / 4 /1991

# EMPLEO DEL TEST DEL HIDROGENO ESPIRADO COMO METODO DIAGNOSTICO DE INTESTINO CONTAMINADO Y/O DE MALABSORCION DE HIDRATOS DE CARBONO

Lagomarsino, G. Jasinski, C. Piñeyrua, C. Balás, R. Gallino, G. García, M.J. Maggi, R. Policlínica gastroenterológica B y C. Hospital Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay.

Introducción: durante la última década la medida del hidrógeno espirado, que es una técnica simple y no invasiva, ha sido útil en el campo del diagnóstico gastroenterológico.
Bajo condiciones apropiadas de pH y estasis ciertas especies de la flora bacteriana del tracto intestinal humano fermentan hidratos de carbono, con la producción de hidrógeno. Esta es la base para el test que mide malabsorción de estos, sobredesarrollo bacteriano y tiempo de tránsito intestinal.
El valor normal de hidrógeno luego del ayuno es hasta 10 ppm y puede variar según los grupos etnicos.
Valores elevados de hidrógeno espirado se han encontrado en el Intestino Contaminado, Enf. Celíaca, Síndrome de Asa Ciega y Enterecolitis Necrotizante.
Objetivos: estudiar en niños con diarrea persistente como causa etiológica el intestino contaminado.
Material: 82 niños con la sintomatología antes citada, sin tratamiento antibiótico en los 15 días previos.
Metodología: examenes paraclínicos para diarrea persistente más test del hidrógeno espirado.
Resultados: del total de hidrógenos espirados practicados se obtuvo el 36.5% de positivos. Lo cual creemos que es un porcentaje significativo y coincidente con la casuística interncional.

# XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA

Autor: Apellido ESTEFANELL Nombres Cristina
Palabras claves: Pecho exclusivo - Lactancia materna - Beiskost
Firma: Cristina Estefanell Fecha 31 / 03/1991

## LACTANCIA MATERNA Y PRACTICAS ALIMENTARIAS DEL NIÑO ENTRE 9 y 18 MESES DE VIDA.

Estefanell, C.; Fernández, M.; García, C.
Clínica Pediátrica "C" Prof. Dr.Rodolfo Maggi. Hospital Pereira Rosell. Montevideo. Uruguay.

Se presenta un estudio descriptivo sobre la duración de la lactancia materna e incorporación del 'Beiskost' en poblaciones tributarias del MSP y Mutualismo(Mdeo.-Interior).
Se estudiaron 320 casos a través de una encuesta realizada a madres según formulario precodificado entre 8/90 y 1/91.
Se observa que en las madres encuestadas el grupo etario mayoritario está entre los 20 y 29 años, el 42 % tienen un solo hijo, un 49 % de ellas trabajan, el 89 % tienen Primaria completa, un 64 % el 1º. Ciclo de Secundaria terminado y sólo un 15 % son universitarias.
El promedio de peso al nacer de los niños fue de 3197 grs. encontrándose 33 de peso menor a los 2500 grs (10 %).
El promedio de pecho directo exclusivo fue de 68 días con una diferencia de 20 días entre los de bajo peso y los de más de 2500 grs. Con referencia a la instrucción de la madre con el pecho exclusivo, hay diferencia entre las que no tienen Primaria completa y las universitarias; al igual entre las madres que trabajan y las que no lo hacen.
El promedio de pecho no exclusivo fue de 150 días.
La incorporación a la dieta del niño de frutas y verduras se realizó promedialmente a los 4 meses, de la carne a los 6, destacándose la incorporación del trigo a los 7 meses.
La alimentación según patrón alimentario familiar oscila entre los 9 y 11 meses, según sean del subsector público o subsector privado respectivamente.
Los motivos del destete fueron por trabajo de la madre, retiro de la leche y que "el niño quedaba con hambre".
El 50 % de las madres tributarias del MSP reciben ayuda alimentaria.
Se sugiere la realización de una encuesta en todo el país patrocinada por la Sociedad Uruguaya de Pediatría para conocer las cifras nacionales de los ítems referidos.-

# XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA

Autor: Apellido _____ Nombres _____

Palabras claves: _____

Firma: _____ Fecha 21 / 3 /1991

"LA ALIMENTACION EN NUESTROS ESCOLARES".

Della Santa, A.P.,y Soria Vargas, S.M.
ESCUELA DE NUTRICION Y DIETETICA. MONTEVIDEO- URUGUAY.

OBJETIVO GENERAL: conocer algunos aspectos de la alimentación - del escolar de la ciudad de Montevideo.

Metodología: se estudiaron dos grupos de niños de 7 años (n= 289) que estaban registrados en las Escuelas Públicas de la ciudad de Mtveo y se diferenciaban desde el punto de vista socioeconómico. La recopilación de los datos se hizo a través de una entrevista a las madres mediante un formulario semiestructurado.

RESULTADOS Algo más de la mitad de los niños de los barrios pobres se incorporan a la alimentación familiar a partir de los 3 meses; en los no pobres lo hacen al año.

Las preparaciones que más prefieren los niños en los 2 grupos es la fritura, y la que menos gusta es la comida de olla.

Casi la totalidad de las familias de barrios pobres destinan más del 40% de sus ingresos a los gastos en alimentación. En las familias pobres la cuarta parte de los niños realizan 1 ó 2 comidas diarias. En ambos grupos es bajo el consumo de frutas y verduras, existiendo en la zona pobre el no consumo de alimentos - plásticos.

CONCLUSIONES: la alimentación de la totalidad de los niños es - inadecuada en cantidad y calidad incidiendo los factores socioculturales y económicos.

Este problema alimentario es uno de los factores que ha incidido negativamente en el estado nutricional de los niños sobre todo de aquellos que concurren a las escuelas de las zonas pobres donde es mayor la prevalencia de Desnutrición.

# XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA

Autor: Apellido _____ Nombres _____

Palabras claves: Hábitos Alimentarios, NBI, Educación Nutricional

Firma: _____ Fecha 21 / 3 /1991

## COSTUMBRES Y CREENCIAS ALIMENTARIAS EN NIÑOS QUE VIVEN CON NBI.

Bragaña, S. - Britz, M. - Nari, M. - Palumbo, R. - Saravia, L.
Escuela de Nutrición y Dietética - Montevideo - Uruguay.

En nuestro país aún no se conocen estudios de seguimiento sistematizado que muestren la forma en que la población selecciona, consume y/o utiliza los alimentos disponibles.

Este tema ha sido preocupación constante de la E.N.yD. especialmente en el grupo materno-infantil por entender que las primeras etapas de la vida son definitivas en el establecimiento de los hábitos alimentarios de los individuos incidiendo en su salud, su familia y la comunidad. Esto motivó al grupo de trabajo a realizar un estudio retrospectivo con una lectura crítica de los trabajos realizados por la Institución en población con necesidades básicas insatisfechas entre los años 1988-1990 en Montevideo y otros departamentos del país. Comprende una muestra de 1015 niños con datos obtenidos a través de encuestas realizadas a madres y niños. Los resultados indican que más del 90% de la población estudiada consume preparaciones de olla (guisos,ensopados) en forma frecuente siendo éstas las que más gustan. Los alimentos más consumidos son la leche, los cereales, el pan y la carne con un marcado rechazo por las verduras que no gustan o son de difícil accesibilidad. Un número elevado de madres no haría ningún cambio en sus comidas habituales aún disponiendo de todos los alimentos necesarios. Continuarían preparando sin variantes aquellas que consumían en sus casas maternas.Esto señala la influencia de las costumbres y hábitos alimentarios y nó sólo de la capacidad adquisitiva en la decisión sobre las comidas posibles a realizar. En cuanto a la incorporación de alimentos en el niño se hace en general antes de los tres meses con prácticas inadecuadas. El aspecto socializador del alimento se ha perdido debido al multiempleo en la familia, la inclusión en los hogares de la TV y en algunos casos la falta de mobiliario y utensilios. Si bien los hábitos alimentarios de esta población están condicionados por los ingresos del grupo familiar es evidente que los datos obtenidos nos llevan a considerar que el desarrollo de actividades educativas contribuirán a mejorar las prácticas alimentarias de la población.

# XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA

# SESION DE TRABAJOS LIBRES

## "PROBLEMAS DE ATENCION PEDIATRICA"

**Viernes 3 de Mayo**
**(15:15 - 16:30 hs.)**
**Sala "E"**

# XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA

Autor: Apellido ILLA Nombres MARTA

Palabras claves: COBERTURA ASISTENCIAL

Firma: Fecha 1° / 4 /1991

RIESGOS Y COBERTURA EN SALUD DE LA POBLACION MENOR DE 5 AÑOS DEL AREA URBANA DEL DEPERTAMENTO DE MONTEVIDEO.

Illa,M.;Arbulo,S.;Massiotti,P.;Etchart,S.;Ambrosi,B.; Munilla,A.;Rodríguez,S.;Villalba,N.;Herwig,G. Departamento de Nutrición. Dirección de Epidemiología. M.S.P. Montevideo.

Con los objetivos de estudiar la prevalencia de enfermedades, la frecuencia de hospitalizaciones y sus causas , de identificar las instituciones que brindan cobertura en salud a los niños menores de 5 años y de evaluar el uso del Carné de Salud del Niño, se efectuó una Encuesta en una muestra representativa de hogares particulares del área urbana y periurbana del Depto de Montevideo, en el mes de marzo de 1989. Se estudiaron 1770 niños menores de 5 años, pertenecientes a 1335 hogares particulares. La cobertura de asistencia en salud de estos niños estuvo brindada por múltiples instituciones pertenecientes a los subsectores público y privado. El subsector privado pago (Mutualismo) tuvo la mayor cobertura asitencial en este grupo (48%), seguido por el M.S.P. (28%). El 3% de los niños no tenían cobertura asistencial. La dsitribución de los niños según su institución de asistencia permitió además separar los grupos de mayor pobreza de la población, asistidos por el M.S.P., las Policlínicas Municipales, el INAME y las Policlínicas Privadas Gratuitas, que en su conjunto representaron el 32 % del total de niños. Estos niños provenían de familias mas numerosas y con mayor número de menores de 5 años, diferencia que fue estadisticamente significativa en relación a lo detectado en el subsector privado pago. Asimismo estos niños tuvieron una mayor prevalencia de enfermedades particularmente infecciosas con mayor frecuencia de internaciones. Tuvieron Carné de Salud del niño el 45 % del total de niños menores de un año, cifra que se elevó a 74% en los niños asistidos por el MSP.

**XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA**

Autor: Apellido Varela Nombres Mariana

Palabras claves: Salu Encuesta Niñez Nutrición

Firma: [signature] Fecha 1 / 4 /199 1

# CARACTERIZACION SOCIOECONOMICA DE LAS FAMILIAS USUARIAS DEL M.S.P. CENTRO DE SALUD UNION.1990.

Programa Docente en la Comunidad.
Clínica Pediatrica B Prof Dr Antonio Nairac
Dpto. de Medicina Preventiva y Social.Prof Dra Gloria Ruocco.

Varela,M;Tomasina,F;De Oliveira,R;Theophile,G;Medina, Raul:Practicantes de familia Ciclo Materno Infantil 1990.

Con el objetivo de caracterizar el perfil socio económico de las familias usuarias del MSP,realizamos un estudio descriptivo de dicha poblacion.
Como actividad previa se identifico la población usuaria del MSP en una zona de influencia del Centro Unión correspondiente a 28 manzanas.Se utilizo para la recolección de los datos la ficha del Censo Operacional (MSP-CPS)
Una vez ubicadas las familias con cobertura sanitaria dependiente del MSP se desarrollo el estudio a traves de la encuesta,utilizando como instrumento la Historia Familiar elaborada por el equipo docente.
Se contemplaron las siguientes variables:numero de integrantes de la familia;instrucción materna;ingresos del nucleo familiar;ocupacion del jefe de familia;caracteristicas de la vivienda,sus servicios y la relación con ella(promiscuidad y hacinamiento).

En la primera tarea se entrevistaron el 82% de las familias del area:el 38% resultaron ser usuarias del MSP.
De la encuesta familiar , surgieron las siguientes cifras:
43% de las familias percibe un ingreso inferior a dos salarios minimos nacionales,que no cubre las necesidades basicas del nucleo familiar.El promedio de integrantes de las familias fue de 4.8 personas;este valor es superior al promedio de familias urbanas segun el Censo de 1985,existiendo ademas un 13% de familias con seis o mas integrantes.La mitad de las familias percibe sus ingresos por una actividad en el sector laboral informal.
En cuanto a la instrucción materna un 17% no recibió instrucción o no completaron la instrucción primaria.
El 18% de las familias habitan en viviendas precarias lo cual es claramente superior a la población general del pais(2%):en cuanto a las condiciones sanitarias un 15% de las viviendas carecen de eliminación sanitaria y un 5% carecen de agua potable por caneria.
Un 12% de las viviendas carece de luz electrica,no disponiendo de heladera un 26% de las familias.Se identificaron un 27% de familias donde existe colecho y un 41% de las mismas presenta hacinamiento.

# XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA

Autor: Apellido Alonso Nombres Daniel

Palabras claves: Familias, practicantes de familia, población, educación, desocupación

Firma: _____ Fecha 1 4 / 91 /199 __

PERFIL DE LAS FAMILIAS EN SEGUIMIENTO EN CIUDAD VIEJA.

Autores: Alonso, D.; González, M.; Ward, E.; Nin, M.; Martínez, J.; Dabezies,L.; Riobó, S.; Núñez, M.; Rosemberg,S.. Equipo docente del Ciclo Materno-Infantil Centro de Salud Maciel. Montevideo-Uruguay

Se describen las condiciones de vida y algunas características de las familias captadas y en seguimiento en Ciudad Vieja durante 1989 y se informa acerca de las principales acciones desarrolladas con esta población.

Son 60 familias compuestas por 353 integrantes (promedio 5 miembros por grupo familiar), siendo una población joven (96% menor de 45 años) con predominio de la población infantil (52.8%). El nivel de instrucción de los mayores de 14 años es satisfactorio, sin embargo en los escolares se observa un 30% en condiciones de fracaso escolar.

El índice de desocupación es del 20%, existiendo predominio de los trabajos informales y no calificados (60%).Predominan los usuarios del MSP (42.5%) y la población sin cobertura formal de atención médica (41%). 2/3 de los niños (0-14años) no estaban controlados, así como la mitad de los lactantes.La tasa de cobertura de vacunas es del 74% en la población infantil. Con respecto al tipo de vivienda se observa un predominio de la presión y del inquilinato, con situaciones de inestabilidad en cuanto a la ocupación de la misma:inquilinos e intrusos.

A partir del relevamiento se realizó un acuerdo de trabajo para la atención integral del núclio familiar, enfatizando las acciones de:

- Vacunación
- Control médico periodico de los niños y embarazadas
- Acompañamiento durante el parto y seguimiento del RN
- Atención de patologías
- Referencia a otros niveles de atención
- Asesoramiento y orientación sobre derechos,tales como carné de asistencia del MSP, canasta familiar de INDA, consulta jurídica
- Trabajo con la escuela pública de la zona en tareas de educación para la salud con escolares y sus padres.
- Coordinación con organizaciones de la zona que trabajan en torno al tema de la niñez
- Derivación hacia recursos comunitarios en materia de vivienda y atención del niño

**XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA**

Autor: Apellido Tomasina, Nombres Fernando

Palabras claves: Niñez,encuesta,salud,crecimiento,desarrollo

Firma: [signature] Fecha 1 / 4 /1991

# DOCENCIA EN LA COMUNIDAD UNA EXPERIENCIA DE TRABAJO 1989

Programa Docente en la Comunidad
Dpto. de Medicina Preventiva y Social Prof Dra G.Ruocco
Clínica Pediatrica B Prof Dr. F.Mañé Garzón

Tomasina,F:Varela.M:Medina.R:Ciganda.E:De Oliveira, R:Theophile,G:Porteiro.I:Barrón,R·Practicantes de familia Ciclo Maternoinfantil 1989

Durante el año 1989 se realizó una experiencia de docencia investigación en el Centro de Salud Union,cuyos objetivos fueron:conocer las caracteristicas mas relevantes de la población usuaria del Servicio de Asistencia del M.S.P.;identificar grupos de riesgo en el area materno infantil,realizar la captacion para control y seguimiento de las embarazadas y menores de un año usuarios del MSP;desarrollar tareas de educacion y promocion para la saluddirigidas a la población de riesgo,introducir al estudiante en los aspectos metodologicos de la investigacion aplicada en un Centro de Atencion de Primer Nivel de Salud(APS)

La población encuestada comprendió un total de 526 familias constituidas por 2117 personas.El 30% de la población correspondió a menores de 12 años;el 24% a mujeres en edad fertil de las cuales el 5% estaban embarazadas. El 58% de la población es usuaria del MSP.En el contexto zonal,el 50% de las viviendas resultaron buenas,el 35% regulares y el 15% malas.

Considerando las viviendas precarias como indicador de condicion social se analizó comparativamente la población general con la población habitante de viviendas precarias.El 20% del total de los habitantes viven en estas condiciones,cuyo numero de integrantes por familia es superior al de la población general;mas de la mitad de las embarazadas de la zona habitan dichos hogares;de los no inmunizados o mal inmunizados el 36% procede de este sector.

A pesar de constituir las viviendas malas el 15% de las viviendas de la zona ,el 29% del total de niños vive allí.El 40% de las viviendas precarias carecen de agua de red general;el 44% no tiene servicio de luz electrica y el 31% no tiene eliminacion sanitaria.

Se realizo ademas la captacion,control y seguimiento de los menores de un año y las embarazadas,actividades de educacion para la salud en diferentes ambitos:comunitario,Escuelas Publicas de la zona,Sala de Espera del Centro de Salud.

Es evidente que los niños que crecen en estas condiciones de extrema pobreza presentan severas limitaciones e impedimentos para desarrollar plenamente sus capacidades por lo cual se hace imprescindible orientar recursos humanos y materiales hacia este sector de la población.

# XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA

Autor: Apellido _____ Nombres _____

Palabras claves: PACIENTE PEDIATRICO CRITICO. TRASLADOS.

Firma: Balart Fecha 1 / 6 /199 1

## TRASLADO DEL PACIENTE PEDIATRICO CRITICAMENTE ENFERMO

Balart,M.C. - Paysée,S. - Pérez,W. y Equipo Pediátrico S.E.M.M.
Sistema de Emergencia Médico Móvil - Montevideo-Uruguay

El traslado o transferencia del paciente pediátrico crítico se impone ante numerosas circunstancias: 1) el paciente que se agrava en su centro de origen y requiere tratamiento terciario,2) el que estando en centro terciario requiere estudios y/o tratamientos que obligan a su movilización,3) pacientes con riesgo potencial de una o más de sus funciones vitales, que son trasladados a centros de menor complejidad para continuar tratamiento.

La necesidad de cumplir esta finalidad, ha llevado a la creación de servicios especializados en el transporte de pacientes críticos, que en nuestro medio funcionan desde 1983.

El objetivo ha sido evaluar la experiencia recogida por nuestro grupo a través de 5 años en el área del transporte pediátrico interhospitalario.A tal efecto, confeccionamos una ficha para aquellos traslados de pacientes entre 0 y 14 años, donde se estudiaron en forma retrospectiva los traslados realizados entre el 1/1/84 y el 31/12/88 por nuestro servicio.

Se estudiaron un total de 2072 traslados, observándose un incremento rápido en los primeros 3 años (5%,15%,27% respectivamente), estabilizándose en los siguientes años estudiados (26%,y 27% respectivamente).La distribución mensual acumulada fué relativamente uniforme durante todo el año, con un máximo en agosto con 226(11%) y un mínimo de 117(6%) en noviembre.

La distribución etaria evidenció un neto predominio por debajo de un año, con un 70% de los niños trasladados.De este grupo, las dos terceras partes correspondían a recién nacidos, de los cuales el 55% eran menores de un día de vida.La mitad de los recién nacidos fueron transportados antes de las 3 horas de vida, incluyendo 61 menores de una hora.

El 72% de los traslados se efectuaron entre la hora 11 y la hora 23.La duración del traslado fue menor de 1 hora en la mitad de los casos. Los traslados partieron con mayor frecuencia desde el sistema mutual,sanatorios privados,MSP,y DGSS;y en el 70% de los traslados, el sector receptor fue un CTI.

Los diagnósticos más frecuentes en los niños transferidos fueron entre otros: prematurez, infecciones severas, convulsiones y cardiopatías congénitas. Los motivos de traslado más frecuentes fueron:insuficiencia ventilo-respiratoria;traslados para estudios (TAC,cateterismo) y fallo cerebral agudo. Independientemente de la edad,encontramos al menos un sistema fisiológico mayor en falla en el 85% de los casos, siendo el de los recién nacidos el grupo etario que presentó mayor número de sistemas en falla por paciente.

# XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA

Autor: Apellido Guidobono Nombres Gabriela

Palabras claves: Unidad de Cuidados Intensivos,Traslados.

Firma: _____ Fecha 1 / 4 /199 1

TRASLADOS A CUIDADO INTENSIVO DESDE UNA UNIDAD DE LACTANTES.Guidobono,G.,Pereira,L.,Dominguez,S.,Parada,P.,Nairac,A.Servicio de Pediatría B,Centro Hospitalario Pereira Rossell.

Se realizó un estudio retrospectivo de los niños internados en el Sector de Lactantes del Servicio de Pediatría B,quienes requirieron traslado a Unidad de Cuidados Intensivos ,en el período comprendido entre el 1 de enero de 1990 y el 1 de enero de 1991.Para recabar los datos se utilizó un protocolo confeccionado para tal fin.Se valoró la justificación de su traslado,evaluando edad,patología que motivó el traslado,tratamiento recibido en la Unidad de Cuidado Intensivo y la evolución acaecida en el mismo.

La población estudiada constó de 26 niños ,de los cuales 69 % son varones y 31 % son mujeres.El promedio de edad fue de 5,65 meses, siendo el grupo de menores de 6 meses de 73 %.El estado nutricional reveló que el 65% eran eutróficos y el 34,6 % desnutridos.Del total de casos 5 presentaban patología congénita,de los cuales 4 eran cardiopatías y 1 de ellos presentaba más de una malformación.El promedio de días de internación previo al traslado fue de 3,5 días,permaneciendo menos de 48 horas el 61,5% .La patología que motivó el traslado fue respiratoria en un 69,2 % ,siendo el 30,8% restante de causas varias.El motivo de traslado último fue la descompensación respiratoria,con insuficiencia respiratoria y apneas ,en un 57,6% . El tratamiento recibido en la unidad de cuidados intensivos fue el sigiente:-A.R.M. -46%

-A.P.T. -23%
-intervenciones quirúrgicas -15%
-drenajes de torax -15%
-drogas vasoactivas -30%
-tranfusiones -69%

Los pacientes estuvieron internados un promedio de 9,2 días,falleciendo 8 de ellos (29,6 %).

# XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA

# SESION DE TRABAJOS LIBRES

## "Neumología II"

## Sábado 4 de Mayo
## (8:00 - 9:00 hs.)
## Sala "A"

**XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA**

Autor: Apellido Hortal Nombres Maria H.

Palabras claves: Neumonia;sintomas y signos;educacion sanitaria

Firma: M. Hortal Fecha 1 / 4 /199 1

SINTOMAS Y SIGNOS DE NEUMONIA RECONOCIDOS POR LAS MADRES.

M Hortal A Suarez y C
Deleon.Serv.Emergencia,Hosp.P.Rossell.Montevideo.

A pesar de la profusa informacion sobre la clinica y la etiologia de la neumonia del niño menor de 5 años generada en la ultima decada,son escasos los datos sobre la capacidad de las madres para reconocer los sintomas y signos de alarma cuando un niño cursa un cuadro respiratorio intratoracico.
Durante un estudio prospectivo realizado en el Servicio de Emergencia del Hospital P.Rossell entre 1988 y 1990,se registro en forma sistematica las razones que indujeron a los familiares de los niños con neumonia a concurrir al Hospital.
De 396 casos con datos,224 pacientes fueron referidos al hospital por un servicio de salud con 79% de acierto segun el arbol de decision de la OMS.Cuando fueron los familiares que decidieron concurrir al Hospital,la consulta fue justificada aplicando igual criterio en 84.9% de los casos.La fatiga fue el sintoma que mas frecuentemente relatadan las madre como decisivo para consultar.La fiebre tambien lo fue sobretodo en los mayores de un año.Resulto llamativo el hecho de que ninguna madre describio la presecia de tiraje,aun en niños con frecuencias respiratorias muy elevadas; tampoco la otalgia o la supuracion del oido llamo la atencion a pesar de que varios de los niños tenian compromiso del oido medio.En conclusion,se vio que los servicios de salud refieren niños que podrian tratarse a nivel local,y que los familiares que concurren espontaneamente al hospital,en su mayoria lo hacen cuando esta justificado,pero que es preciso insistir en la capacitacion de las madres en la identificacion de los sintomas y signos de alarma,sobretodo en los lactantes pequeños.

# XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA

Autor: Apellido Hortal Nombres Maria H.

Palabras claves: Infeccion respiratoria;neumonia;recien nacido

Firma: M. Hortal Fecha 1 / 4 /1991

## ETIOLOGIA DE INFECCION RESPIRATORIA AGUDA EN LACTANTES MENORES DE 3 MESES.

M Hortal,H Chiparelli,R Palacio,E Canepa,T Camou,O Failache y C Deleon.Dept.Lab.Salud Publica,y Hospital P Rossell,MSP.Montevideo.

Durante un estudio prospectivo (1987-90)sobre neumonia del niño menor de 5 años se capto en el Servicio de Emergencia en dias y horas preestablecidos 534 pacientes;10.2% de estos eran lactantes mayores de 28 dias y menores de 3 meses cuya etiologia se analiza a continuacion.Con el proposito de obtener informacion que cubriera tambien el primer mes de vida,en 1990 se agrego una muestra de conveniencia,constituida por 23 recien nacidos con probable cuadro respiratorio intratoracico.
En todos los casos se realizo investigacion etiologica para bacterias (hemocultivo y/o cultivo de derrame pleural),virus(aislamiento en cultivos celulares y/o inmunofluorescencia)y Chlamydia trachomatis (cultivo e investigacion de antigenos).En los recien nacidos se investigo ademas Ureaplasma urealyticum por cultivo en medio selectivo y diferencial.
Las etiologias reconocidas en los lactantes y en los recien nacidos fueron respectivamente 43.9% y 42.3%.En ambos grupos predomino la etiologia viral,siendo el virus respiratorio sincicial el agente mas importante. La participacion bacteriana fue muy escasa; en los recien nacidos ocupo el segundo lugar Chlamydia trachomatis seguido por Ureaplasma urealyticum.

**XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA**

Autor: Apellido BRAVI Nombres SILVANA

Palabras claves: NEUMONIA

Firma: Fecha 30 / 3 /1991

# FORMA DE PRESENTACION DE LAS NEUMONIAS EN UN HOSPITAL DEL INTERIOR.

S.Bravi y R.Jurado. Hospital de Bella Unión.-

Se analizan las neumonias internadas en el Hospital de Bella Unión durante el periodo comprendido entre el 1.3.90 y el 31.10.90. Las caracteristicas especiales de Bella Unión y su zona de influencia en cuanto a su industrialización e incremento poblacional hacen de interés el tema de las IRA en su población infantil.-

Se estudian 16 casos de neumonias en 79 ingresos por IRA en 262 ingresos en el Servicio de Pediatría durante el periodo analizado. No se han constatado por lo tanto diferencias en la incidencia de neumonias e IRA en nuestra población siendo las cifras coincidentes con otros autores nacionales.-

Se destaca entre lo analizado que el periodo de sintomatología previa a la consulta es variable pero que no hay una relación directa entre este y la buena o mala evolución de la neumonia una vez tratada.-
En cuanto al tratamiento de la población analizada destacamos que no fue necesario en ninguno de los casos cambiar el plan antibiótico pautado y que los casos prolongados se resolvieron de manera satisfactoria con incremento de la frecuencia de administración del antibiótico.-

Pese al exiguo número de la muestra, que nos invalida de conclusiones de valor estadístico, podemos suponer que las neumonias en nuestra zona presentan las mismas características y evolución destacadas por otros autores nacionales en otras poblaciones.-
Será la patología crónica respiratoria la que deberá analizarse para investigar relaciones entre ésta y el medio ambiente particular de nuestra zona.-



# XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA

# SESION DE TRABAJOS LIBRES

## "ASMA"

## Sábado 4 de Mayo
## (18:00 - 19:00 hs.)
## Sala "A"

**XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA**

Autor: Apellido Baluga Nombres Juan Carlos

Palabras claves: Asma. Niño menor 2 años. Perfil de inicio

Firma: Fecha 14 / 3 /1991

PERFIL DE INICIO DEL ASMA EN EL NIÑO MENOR DE 2 AÑOS.

Sueta A. Baluga J.C.
Unidad de Alergia y Asma Infantil.Catedra Pediatria"A"
Hospital Pereira Rossell.Montevideo.

Con el objetivo de profundizar en el conocimiento de las caracteristicas que adopta el asma en el niño pequeño,se realizó un estudio retrospectivo y transersal,en 100 niños asmáticos de ambos sexos,con edades entre 5 y 24 meses.
Se valoraron : edad,formas de comienzo ,formas evolutivas y de severidad de la enfermedad.
De los resultados se destaca:

- Inicio precoz: 91% durante los primeros 9 meses.
- Mayor incidencia de inicio de sintomas en el periodo otoño-invierno (71%).
- Solo el 33% de los pacientes estudiados fueron previamente diagnosticados como asmáticos por el pediátra tratante,siendo utilizados para el resto "eufemismos diagnósticos"
- 74% iniciaron su asma con un sindrome canalicular obstructivo-exudativo típico,y el 26% con sintomas respiratorios aislados de hiper-reactividad bronquial.
- El 33% evolucionó en forma de crisis con periodos intercriticos asintomáticos,y el resto con sintomatologia permanente.
- La severidad del asma en este grupo etario se tradujo por el elevado número de pacientes que requirrieron internación (31%).
- El 82% de los pacientes presentaron patologia alérgica asociada al asma: alergia rinosinusal 78%,laringitis 16%,y eccema atópico 11%.

**XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA**

Autor: Apellido Baluga Nombres Juan Carlos

Palabras claves: Teofilina . Asma infantil. Aspectos clinico funcionales.

Firma: [signature] Fecha 14 / 3 /1991

EVALUACION CLINICA Y FUNCIONAL DE UNA TEOFILINA DE LIBERACION LENTA EN EL ASMA INFANTIL.

Baluga J.C., Nanni L.
Unidad de alergia y asma infantil. Cát. de Pediatría "A"
Hospital Pereyra Rossell. Montevideo.

Con el fin de valorar la eficacia clinica y funcional de una teofilina de liberación lenta, se realizó un estudio prospectivo y controlado, de 2 meses de duración, en 20 niños asmáticos de grado moderado, de 7 a 18 años de edad. Cada paciente fué valorado antes, durante y al final del ensayo con teofilina, a través de la modificación de sus puntajes clinicos, y de la evolución de los parámetros flujométricos diarios y espirométricos durante el estudio.
Se comprobó una eficacia clinica global del 85%, con 88% de mejoria en la sintomatología obstructiva respiratoria, y reducción de frecuencia y duración de las crisis de 75%.
Los promedios semanales de los registros flujométricos diarios, mostraron una mejoría significativa (Test de los signos $p < 0,05$, asi como una estabilización en la variabilidad de dichos valores, (Test de los signos $p$ 0,005.
Los estudios espirométricos mostraron para el FEV1 que 65% de los pacientes al final del estudio entraron en rango de normalidad, mientras que para el FEF50 solo se logró entrar en rango normal en el 35%.
Se concluye que la teofilina en estos pacientes mostró eficacia clinica y funcional, traducida por aumento y estabilización de valores flujométricos, y mejoría espirométrica, sobre todo en via aerea central.

# XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA

Autor: Apellido Baluga Nombres Juan Carlos

Palabras claves: Teofilina.Monitoreo.Niveles salivales

Firma: Fecha 14 / 3/199 1

NIVELES SALIVALES DE TEOFILINA EN NIÑOS ASMATICOS. UNA ALTERNATIVA PARA EL MONITOREO TERAPEUTICO. Nanni L., Baluga J.C.. Laboratorio CIE y Unidad de Alergia y Asma Infantil, Cátedra Pediatría "A", C. H. Pereira Rossell, Montevideo.

El objetivo de este estudio ha sido el de buscar la posible correlación existente entre niveles séricos y salivales de Teofilina, a los efectos de evaluar la aplicabilidad del Monitoreo Terapéutico del fármaco a través de muestras de saliva. Se estudiaron 20 niños asmáticos, de 7 a 18 años, en tratamiento con Teofilina de liberación lenta a dosis de 12,7 a 31,2 mg/Kg/día. Se realizó la extracción simultanea de muestras de sangre y saliva en el estado estacionario y 6 horas después de la dosis matinal de Teofilina. Se analizó el contenido de Teofilina en suero y saliva por Inmunoanálisis de Fluorescencia Polarizada. La relación entre concentración de Teofilina en sangre y saliva se analizó estadísticamente por correlación y regresión lineal. Se encontró una relación lineal ( y = 1,2157 + 1,530x ), con una correlación significativa( r = 0,96, S.D. 1,4 µg/ml , p < 0.01 ). Si bien se obtuvo una buena correlación entre niveles séricos y salivales, la variabilidad del 56 % del rango terapéutico no ofrece la presición requerida para estimar niveles séricos de Teofilina a partir de niveles salivales.

**XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA**

Autor: Apellido Baluga Nombres Juan Carlos

Palabras claves: Teofilina. Monitoreo terapEutico . Computación.

Firma: Fecha 14 / 3 /199 1

APLICACION DE UN PROGRAMA DE COMPUTACION PARA EL AJUSTE DE DOSIS DE TEOFILINA EN PACIENTES ASMATICOS. Nanni L., Baluga J.C..Laboratorio CIE y Unidad de Alergia y Asma Infantil,Cát. Pediatría "A", C.H.P. Rossell,Montevideo.

El objetivo del estudio ha sido el de mostrar la aplicación de un programa de computación para el Monitoreo Terapéutico de la Teofilina en pacientes asmáticos. Se seleccionaron niños asmáticos en tratamiento con diferentes formas farmacéuticas de Teofilina a los efectos de individualizar las dosis de Teofilina requeridas para mantener los niveles séricos en rango terapéutico.El método aplicado para el ajuste de dosis consistió en : 1.-Administrar una dosis inicial para cada uno de los pacientes, calculada en base a parámetros farmacocinéticos poblacionales y corregidos de acuerdo a la posible presencia de factores que modifican la farmacocinética de la Teofilina. 2.-Obtenidos los niveles séricos, se recalculan los parámetros farmacocinéticos individuales y las dosis requeridas.Estas etapas metodológicas se cumplieron utilizando un programa de computación (Simkin,Inc. U.S.A.).Se introducen datos vinculados al paciente (edad, sexo, peso y talla), la forma farmacéutica a utilizar, otros fármacos que este recibiendo y posible patología asociada al asma. A través de estos datos el programa genera parámetros farmacocinéticos que se esperan obtener, dosis sugeridas y curva de niveles séricos. Con los datos de Teofilina sérica se estiman los parámetros farmacocinéticos reales y se corrige si es necesario la dosis inicial administrada. La utilización de este programa en niños asmáticos permitió:1.- Ajuste rápido y seguro de las dosis de Teofilina .2.- Obtener parámetros farmacocinéticos que muestran como cada paciente absorbe,distribuye y elimina la teofilina.3.- Graficar niveles séricos, lo que permite al médico clínico familiarizarse con los principios de la Farmacocinética y por consiguiente mejorar el empleo clínico de este fármaco.

# XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA

Autor: Apellido Baluga Nombres Juan Carlos

Palabras claves: Asma.Corticoides inhalados altas dosis.Niños.

Firma: _____ Fecha 14 / 3 /199 1

CORTICOIDES INHALADOS EN ALTAS DOSIS EN EL TRATAMIENTO DEL ASMA SEVERO DEL NIÑO.ASPECTOS CLINICO-FUNCIONALES.

Baluga J.C.,Spagna F.
Unidad alergia y asma infantil.Cátedra Pediatria"A".
Hospital Pereira Rossell.Montevideo.

Se evaluó la eficacia clinica y funcional del tratamiento con Dipropionato de Beclometasona (DPBM) inhalalado en altas dosis en un grupo de asmáticos severos.
Se realizó un estudio prospectivo y controlado durante 8 meses,en 10 pacientes (7 a 19 años),de ambos sexos, con asma severa.Todos previamente tratados con broncodilatadores,DPBM a dosis menores de 400 mcg/dia, y 6 de ellos con corticoides sistémicos a permanencia. Durante ese periodo se utilizaron dosis de DPBM entre 800 y 1500 mcg/dia (16,6 a 50 mcg/kg/dia) administrados cada 12 horas,.
Se valoró mejoria clinica,flujometria seriada y reducción de medicación asociada.

Se comprobó mejoria clinica significativa (disminución de sintomas,frecuencia y duración de las crisis),y de los registros flujometricos diarios (mañana,tarde y noche),con aumento de 22% y estabilización de sus valores.Se logró suspender la corticoterapia sistémica en todos los pacientes y disminuir dosis de medicación antiasmática asociada.
El tratamiento con DPBM en altas dosis a permanencia logró mejorar la calidad de vida de un grupo de asmáticos severos,de muy dificil tratamiento con la medicación habitual.

**XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA**

Autor: Apellido Baluga Nombres Juan Carlos

Palabras claves: Asma. Beclometasona, altas dosis. Efectos sistémicos.

Firma: Fecha 14 / 3 /199 1

EVALUACION DE LOS EFECTOS SISTEMICOS DEL DIPROPIONATO DE BECLOMETASONA EN ALTAS DOSIS EN EL TRATAMIENTO DEL ASMA SEVERO DEL NIÑO.

Baluga JC., Spagna F, Garcia Loriente JM, Aguirre B.
Unidad de alergia y asma infantil. Cátedra de Pediatria "A". Hospital P. Rossell.- Laboratorio CIE. Montevideo.

Con el objetivo de evaluar los posibles efectos sistémicos a mediano y largo plazo (2 años), del tratamiento con Dipropionato de Beclometasona (DPBM) en altas dosis, se realizó un estudio prospectivo en 10 asmáticos severos de 7 a 19 años. En la presente comunicación se pretende mostrar los resultados obtenidos durante la primera etapa del estudio de 8 meses de duración. Se administraron dosis de DPBM entre 800 y 1500 mcg/dia (16,6 a 50 mcg/kg/dia).

Se valoraron los efectos locales y sistémicos de DPBM a través de aspectos clínicos, repercusión sobre el crecimiento, estudios de laboratorio (hemograma, glicemia, micológico y bacteriológico bucofaringeo), y función del eje hipotálamo-hipófiso-suprarenal (HHS) a través de cortisol libre urinario, cortisol en plasma, y prueba de estimulación con ACTH.

Al final de este periodo, el cambio de corticoides orales a inhalados en altas dosis, no evidenció efectos secundarios sistémicos ni locales (candidiasis, disfonia), ni alteró la función HHS sino que por el contrario se logró revertir la inhibición en uno de los pacientes inicialmente deprimido.

# XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA

# SESION DE TRABAJOS LIBRES

## "GASTROENTEROLOGIA I"

## Sábado 4 de Mayo
## (8:00 - 9:00 hs.)
## Sala "B"

**XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA**

Autor: Apellido _____ Nombres _____

Palabras claves: Reflujo gastro-esofágico. Cisapride.

Firma: _____ Fecha 1 / 4 /199 1

REFLUJO GASTRO-ESOFAGICO : EFECTOS TERAPEUTICOS DEL CISAPRIDE.

Jasinsky,C. -Piñeyrúa,C. -López,C. -Maggi,R.
Servicio de Gastroenterología B y C . Hospital Pereira Rossell. Montevideo . Uruguay .

El cisapride es una nueva droga procinética que actúa selectivamente sobre el plexo mientérico del aparato digestivo. En el presente estudio se realizo la evaluación clínica y el monitoreo prolongado del pH esofágico antes y durante el tratamiento con cisapride ( 0.2 mg/Kg 3 veces por día) en un período de 6 meses , a 8 pacientes portadores de reflujo-gastroesofágico patológico. Los resultados muestran mejoría de las manifestaciones clínicas y pH métricas acorde con la literatura.

# XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA

Autor: Apellido Méndez Nombres Virginia

Palabras claves: Estenosis.Esófago

Firma: [signature] Fecha 25 / 3 /199 1

ESTENOSIS ESOFAGICA NO VINCULADA A INGESTION DE CAUSTICOS

Méndez,V;Gómez Haedo,M;Montano,A;Ferrari,A.M;Domínguez,R;Marta,H;Gutierrez,C;Sojo,E;Hernandez,A.

Policlínica Gastroenterológica A.Hospital Pereira Rossell
Facultad de Medicina.
Policlínica Gastroenterológica Pediátrica.BPS.
Montevideo. Uruguay.

Se presentan las historias clínicas de 4 niños con estenosis esófagica(1 congénita y 3 secundarias a reflujo gastroesofágico),con la finalidad de destacar la existencia de esta patología y lograr un diagnóstico precoz de la misma.Se trata de 2 niñas(5 y 14 años) y 2 varones(4 y 9 a) referidos por vómitos (2),disfagia (1), reflujo gastroesofágico(1).El tiempo entre el inicio de los síntomas y la consulta especializada fue muy prolongado (3 a 9 años).Dos tenían un excelente estado nutricional, uno era un desnutrido crónico y otro reciente.En todos los casos el diagnóstico de estenosis se hizo mediante estudio contrastado de esófagogastroduodeno que se completó con otros procedimientos diagnósticos.Una de las pacientes tenía esófago de Barrett.Tres de los niños ya han sido tratados y se alimentan correctamente.

Se destaca que la historia clínica es esencial para el diagnóstico de estenosis esofagica y que un buen estado nuticional no la descarta.Se insiste en la necesidad de un adecuado tratamiento del reflujo gastroesofágico como profilaxis de esta patología.

## HIPERTENSION PORTAL PREHEPATICA EN EL NIÑO

Méndez,V;Gómez Haedo,M;Montano,A;Ferrari,A;Domínguez,R;
Marta,H, Tiscornia,R;

Policlínica Gastroenterológica A. Clínica Pediátrica A. Clínica Quirúrgica Infantil.Facultad de Medicina.Montevideo. Uruguay.

Con el objetivo de llamar la atención sobre la necesidad de hacer diagnóstico precoz de la hipertensión portal pre-hepática se presentan las historias clínicas de 6 niños con esta patología. Se trata de 5 varones y 1 niña, que en su mayoría fueron referidos tardíamente a la consulta gastroenterológica a la que llegaron sin que se hubiera planteado el diagnóstico en ninguno de los casos. Todos presentaban esplenomegalia y el antecedente de cateterización venosa umbilical en el periodo neonatal. La hemorragia digestiva alta fue el motivo de consulta en 3 niños, que la reiteraron en la evolución y que en 2 de ellos puso en riesgo la vida. Se describen los exámenes paraclínicos y el tratamiento realizado. Todos los niños están vivos en el momento actual y realizan vida normal. Se destaca la importancia del diagnóstico precoz. Se insiste en la posibilidad de profilaxis.

ENDOSCOPIA EN EL NIÑO

Montano,A.;Méndez,V.;De Marco,R.; Vique,E.;Gutierrez,C.;Sojo,E.
Servicio de Endoscopía Pediátrico Hosp.Pereira Rossell M.S.P. Montevideo-Uruguay.

El objetivo de esta presentación es señalar la utilidad de la endoscopía para el diagnóstico seguro de la patología gastrointestinal del niño y para el tratamiento de alguna de ellas.
Las endoscopías se realizaron con gastroduodenoscopio y colonoscopio pediátrico marca Olympus.
La mayoría de los procedimientos de niños menores de 8-10 años se efectuaron bajo anestesia general. Se realizaron 248 endoscopías, 161 esofagogastroduodenoscopias y 87 endoscopías bajas.
Las 161 endoscopías altas se realizaron en niños con edades entre 2 meses a 14 años: 15 eran menores de 1 año, 43 de 1 a 5 años y 103 tenían 6-14 años. Más de la mitad (9/15) de los menores de 1 año tenían algún tipo de lesión: esofagitis en 8, antritis hemorrágica en 1. En 1/3 (14/43) de los niños de 1-5 años se diagnosticó: patología esofágica en 11 (esofagitis en 9, varices en 1, estenosis en 1) y patología gastroduodenal en 3 (úlcera de estómago en 2, duodenitis erosiva en 1). En 31 de 103 niños de 6 a 14 años hubo alguna lesión: esofágica en 13 (esofagitis en 5, várices en 5, estenosis en 2, Mallory - Weiss en 1) gastroduodenal en 17 (gastritis en 5, duodenitis en 10 y ulcus duodenal en 2. Un niño con enfermedad de Peutz Jeghers tenía - pólipos de estómago y duodeno.
Las 87 endoscopías bajas se realizaron en niños con edades entre 2 - meses y 14 años: eran 3 menores de 1 año, 43 de 1-5 años y 41 de 6 a 14 años. En los 3 menores de 1 año se diagnosticó colitis inespecífica en el resto de los niños se halló pólipos en 25, lesiones anales o perianales en 12, colitis ulcerosa crónica en 1.
Se resecaron 13 de los 25 pólipos diagnósticados.
Se destaca la utilidad del método en el diagnóstico de lesiones mucosas superficiales que son poco accesibles con los métodos contrastados tradicionales y como procedimiento terapeútico en algunos casos.-

REEDUCACION DE NIÑOS CON INCONTINENCIA ANAL.METODO DE BIO FEEDBACK.Santurtun P.,Balboa O.,Clínica de manometrías Digestivas.Montevideo,Uruguay.

Se trató de normalizar el tránsito intestinal de niños con incontinencia anal.
Material y métodos: Se estudiaron con el método descripto en el trabajo anterior y se trataron 9 niños con incontinencia anal.La etiología de la misma fue:mielomeningocele en 6 niños,atresia anal en 2 niños y operación de Soave para corrección de enfermedad de Hirschsprung en 1 niño. El tratamiento consistió en 1-Aplicación de dieta adecuada.2-Intento de evacuación una o dos veces al día.3-Gimnasia específica.4-Rectificación de errores en los esfuerzos de defecación y continencia.5-Método de bioretroalimentación(biofeedback)utilizando el reflejo rectoanal inhibidor y/o la distensión de la ampolla rectal con volúmenes pequeños que se hacen conciente.
Resultados:Se clasificaron en excelente cuando se logró evacuación voluntaria en el baño y desaparición de incontinencias.Se obtuvo en 2 niños.Mejoría cuando alternaron deposicionesnormales en el baño con incontinencias.Se obtuvo en 6 niños.Fracaso cuando no se logró deposición normal en el baño.
Conclusiones: Los resultados confirman la utilidad del estudio y tratamiento de estos niños.Se considera que todos los niños con incontinencia anal deben ser estudiados y tratados desde que aparece el trastorno si bien el metodo de retroalimentación es aplicable a partir de los 4 o 5 años.

MANOMETRIA RECTOANAL EN NIÑOS CON TRASTORNOS DE LA DEFECACION POR MIELOMENINGOCELE. Santurtun P., Balboa O., Clinica de manometrias Digestivas. Montevideo, Uruguay.

Se investigó la motricidad y sensibilidad de las estructuras que intervienen en la defecacion enlos niños con mielomeningocele e incontinencia en vistas a la determinación del pronostico y tratamiento. Se estudiaron 14 niños de 8 meses a 15 años con mielomeningocele e incontinencias Se investigó la presencia de estreñimiento. Se realizó manometría rectoanal, estudio de la sensibilidad a la distensión de la ampolla rectal, deseos de defecar, observación del abdomen, pelvis y ano en los esfuerzos de continencia y defecación y capacidad de expulsar el balón situado en el canal anal. Algunos aspectos no se exploran en todos los niños porque requieren colaboración imposible de obtener por corta edad. Resultados: Estreñimiento presente en 3niños. Esfinter anal internopresente y con funcion normal en 9 niños, no existe en 4 y en 1 es dudoso. Elevación de p presión a nivel del esfínter anal externo por la voluntad es positivo en 5 niños, negativo en 6 y no se explora en 3 Sensación de distensión de la ampolla rectal: positivo en 6, negativo 0, no se explora en 8. Deseos de defecar por insuflación del balón rectal: positivo en 3, negativo 3, no se explora en 8. Esfuerzos de continencia y de defecación correctos en 8, incorrectos 2, no se explora en 4. Expulsión del balón colocado en el canal anal: positivo 5, negativo 3 no se explora en 6.

Conclusiones: En los niños con mielomeningocele y trastornos de la defecacion, si bien la incontinencia es el hecho predominante ella se acompaña, a veces, de estreñimiento. El compromiso de las distintas estructuras y funciones (motricidad voluntaria e involuntaria y sensibilidad visceral) vinculadas a la defecación es variable, y deben ser determinadas con precisión en cada niño para hacer un pronóstico y tratamiento correcto.

# XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA

# SESION DE TRABAJOS LIBRES

## "GASTROENTEROLOGIA II"

## Sábado 4 de Mayo
## (18:00 - 19:00 hs.)
## Sala "B"

TITULO: ENFERMEDAD CELIACA Y ASOCIACIONES POCO FRECUENTES.

AUTORES: Ayala, C.; Jasinski, C.; Gorgal, N.; Piñeyrúa, C.; Gutierrez, M.C.; Duhagon, P.; Maggi, R. *
Policlínica Gastroenterológica B - C del M.S.P. Hospital Pereira Rossell. Montevideo. URUGUAY.

La asociación de Enfermedad Celíaca y otras entidades de base inmunológica son múltiples. Se presenta en pacientes con predisposición genética, que comparten antígenos de histocompatibilidad (HLA), buscándose ya desde edades tempranas.
En nuestro medio la Enfermedad Celíaca se ha descrito asociada a un gran número de enfermedades de base inmunológica y otras al azar: ictiosis, síndrome de Toni-Debré-Fanconi, diabetes, dermatitis herpetiforme, hemosiderosis pulmonar, oxaluria, déficit inmunológicos, exoftosis múltiple familiar y síndrome de Down.
En nuestra serie de 267 casos, hemos encontrado un paciente con Enfermedad Celíaca confirmada, cirrosis y pericarditis constrictiva. El objetivo de la presentación es reportar el caso de un paciente celíaco que presenta 2 asociaciones: cirrosis y pericarditis constrictiva, no encontrada en la literatura (mencionándose sólo la pericarditis recurrente).
Se trata de un adolescente de 16 años, procedente del Interior enviado hace 3 años por hipocrecimiento y distensión abdominal. Mediante el estudio de 2 biopsias de intestino delgado, se confirma el diagnóstico de Enfermedad Celíaca; 2 biopsias hepáticas demuestran cirrosis hepática. En noviembre de 1989 presenta síndrome hidropígeno, con Rx de tórax, ECG y ecocardiograma confirmando pericarditis, y por cateterismo cardíaco, el carácter de constrictiva. En enero de 1990 se realiza pericardiectomía, con excelente evolución.
No se pudo confirmar la asociación lesional de base inmunológica, ni los HLA que menciona la literatura, por lo que se concluye que sería de origen casual o al azar.

* Dr. Fernando Alvarez. Hospital de Bicêtre. Servicio del Profesor Alagille. FRANCIA. (Especial agradecimiento)

## FORMAS DE PRESENTACION DE LA ENFERMEDAD CELIACA

Galino, G. Jasinski, C. Lagomarsino, G. Pimeyrua, C.
Maggi, R. Policlínica gastroenterológica B y C.
Hospital Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay.

Introducción; si bien S. Gee en el año 1888, describió la E.C., con una clínica característica; con el paso de los años, muchos autores han reportado diferentes formas de presentación. Entre las cuales figuran; polisintomática o forma clásica, oligosintomática, monosintomática, así como la E.C. latente.
Objetivos; conocer la incidencia de las diferentes formas de presentación en nuestros pacientes.
Material; historias clínicas.
Metodología; análisis estadístico.
Resultados; de una revisión efectuada en la policlínica gastroenterológica de la policlínica pediátrica B y C, en 267 pacientes se han encontrado; formas polisintomática 78,41%, oligosintomática 19,35%, monosintomática 1,87% y E.C. latente 0,37%.
Estos datos coinciden con la experiencia de otros autores.
Conclusiones; luego de 15 años de labor con enfermos celíacos y dadas las diferentes formas en que esta enfermedad se presentó, es que estamos cada vez más alerta del inicio de esta enfermedad.

# XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA

TITULO: ENFERMEDAD CELIACA LATENTE.

AUTORES: Jasinski C.; Piñeyrúa C.; Muñoz S.; Maggi R.;
LUGAR: Servicio de Gastroenterología Pediátrica "B" y "C", Hospital Pereira Rossell. Montevideo. R.O.U.

Los autores reportan el caso de una paciente de 6 años de la Policlínic a Gastroenterológica "B" y "C" del Hospital Pereira Rossell, q ue presenta clínica y paraclínica concordantes con mala absorción donde la lesión histológica fue tardía.
La normalidad de la mucosa intestinal en un momento dado;no excluye la posible expresión poste rior de Enfermedad Celíaca, en aque llos individuos genéticamente predispuestos a padecerla.

TITULO: ENFERMEDAD CELIACA Y ENFERMEDADES ASOCIADAS.

AUTORES: Jasinski,C.; Piñeyrúa,C.; Cardozo,A.; López C.; Muñoz, S.; Maggi, R.
LUGAR: Servicio de Gastroenterología Pediátrica "B" y "C", Hospital Pereira Rossell. Montevideo R.O.U.

La incidencia de la enfermedad celíaca en el Uruguay es aproximadamente 1/1000, similar a la observada en países como España e Italia. Se ha descrito la asociación entre enfermedad celíaca y otras entidades, algunas de ellas de base inmunológica. En el siguiente trabajo los autores estiman la naturaleza y frecuencia de enfermedades asociadas en un total de 267 pacientes con diagnóstico de enfermedad celíaca basado en el criterio de una primera biopsia realizada luego de los 2 años de edad, con resultado anátomopatológico de enteropatía severa. En 13 de ellos se confirmó otro diagnóstico, observando en nuestra casuistica algunas de las enfermedades asociadas ya descritas por otros autores como: Dermatitis herpetiforme, Diabetes Mellitus tipo I, Déficit inmunológicos (tipo déficit de Ig A), Síndrome de Down, Pericarditis recurrente, Hemosiderosis pulmonar, Oxaluria y cirrosis. Nos parece de interés el hallazgo de otras asociaciónes no descritas anteriormente tales como: Ictiosis, Síndrome de Toni-Debré-Fanconi, Exostosis múltiple familiar, Pericarditis constrictiva. La giardiasis ha sido referida por algunos autores como asociación, pero en nuestro medio por su alta prevalencia, no la consideramos como tal.

TITULO: HEPATITIS CRONICA ACTIVA AUTOINMUNE (HCAA)

AUTORES: Jasinski,C.; Ayala, C.; Gutiérrez,M.C.; Piñeyrúa, C.; Maggi, R.;
Clínica Pediátrica "C" Facultad de Medicina, Policlínica Gastroenterológica del MSP, Hospital Pereira Rossell, Montevideo.

En el curso de los últimos años hemos recopilado la historia de 21 pacientes con hapatopatías crónicas (HC).Correspondiendo:6/21 a hepatitis crónica activa(HCA) 4/6 autoinmunes, 2/6 virales; 5/21 cirrosis, 2/5 virales, 2/5 deficit de alfa 1 antitripsina, 1/5 no determinada; 3/21 glucogenosis, 5/21 atresia de vías biliares; 1/21 quiste de colédoco; 1/21 síndrome de Alagille. En este trabajo nos ocuparemos de los casos de HCAA. La HCAA se presenta con mayor frecuencia (6-1) en el sexo femenino en la edad puberal o adolescente, puede verse incidencia familiar de enfermedad autoinmune. Frecuentemente de inicio insidioso, con signos hepáticos presentes y sistémicos posibles. Aumento de bilirrubinas, transaminasas y fosfatasa alcalina. Hipergammaglobulinemia (mayor de 20gr./1.), tiempo de protrombina prolongado, disminución de C4, test inmunológicos positivos, marcadores virales negativos. Histológicamente invasión y necrosis de la placa limitante portal, infiltrado mononuclear y fibrosis portal con necrosis en puente. Nuestros pacientes coinciden con estas características,

el interes de nuestra presentación radica en: -su relativa frecuencia(50% como causa de HCA en pediatría) - recalcar la importancia del diagnóstico y tratamiento precoz en las HC lo cual incide decididamente en el pronóstico y calidad de sobrevida. -valoración de métodos de estudio, etiopatogénicos y anatomopatologicos de relevante jerarquía. - controvertida terapeutica(azatioprina,Prednisolona) necesitando del seguimiento y revisión a largo plazo en la edad pediátrica.

## SINDROME DE ALAGILLE.UN CASO DE EVOLUCION POCO HABITUAL.

Méndez,M.V;Scaglia,J;Miralles,M;Gutiérrez,C;Ferrari,A.M,

Clínica Pediátrica A. Hospital Pereira-Rossell.Facultad de Medicina. Policlínica Gastroenterológica Pediátrica B.P.S. Montevideo.Uruguay.

Se presenta la historia clínica de una niña con Sindrome de Alagille con la finalidad de jerarquizarlo como causa de colestasis neonatal y discutir la presentación no habitual del sindrome en esta paciente.

Se trata de una niña de 21 meses que se presenta como un Sindrome de Alagille en su forma completa (colestasis crónica por escasez de conductos biliares, fascies peculiar, embriotoxoma posterior, defectos de los arcos vertebrales y alteraciones cardiovasculares). Presentando una evolucion no habitual con colestasis intensa que no se modificó con el tratamiento colerético, con gran repercusión nutricional y evolución a la insuficiencia hepatocítica e hipertensión portal.

Fallece a los 21 meses,comprobandose hemorragia pulmonar en la necropsia.

Se destaca que el mejor conocimiento de esta enfermedad permitirá el diagnóstico precoz de la misma.

# XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA

# SESION DE TRABAJOS LIBRES

## "NUTRICION"

## Sábado 4 de Mayo
## (8:00 - 9:00 hs.)
## Sala "C"

## SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA NUTRICIONAL. RESULTADOS PRELIMINARES DEL PERIODO 1987-1989.

Illa,M.;Arbulo,S.;Herwig,G.;Ambrosi,B.;Etchart,S.;Munilla M.;Rodriguez,S.;Villalba,N.- Departamento de Nutrición. Direccion de Epidemiologia.M.S.P.Uruguay.

Se presentan los resultados del análisis de 10 censos de Historias Clinicas de niños menores de 5 años,asistidos en Centros de Salud de Montevideo e Interior,efectuados en el período 1987-1990.Estos datos fueron procesados utilizando el Programa Antropométrico del Centro de Control de Enfermedades de los EE.UU.,utilizando distribución porcentual en deciles de peso con relación a edad,talla con relación a edad y peso con relación a talla.Se estudia la tendencia,comparando la prevalencia de problemas nutricionales detectados en este período con la prevalencia encontrada en el período 80-82 utilizando porcentajes en relación a la mediana de peso/ edad , peso /talla y talla/edad.Se estudia el peso al nacer en los menores de un año asistidos,determinándose el peso medio al nacer para todo el grupo,y por sexos separados y se distribuyen los niños segun peso adecuado,peso insuficiente y peso bajo al nacer.Se compara la prevalencia de problemas nutricionales utilizando diferentes clasificaciones(Gómez,score de Z y distribución percentilar) con el método de prevalencia estandarizada,que es la proporción de casos en el grupo observado no comprendida en la curva de distribución normal de los valores de referencia (National Health Statistics Center de los EE.UU).Se evalúa el cumplimiento de la Norma de Control periódico del niño sano vigente,con un indicador sencillo que permite identificar la proporción de niños con controles adecuados,atrasados o que abandonaron los mismos,estableciendo una línea de base para evaluación de futuras acciones a desarrollar para la corrección de este hecho.

# DIAGNOSTICO DEL ESTADO NUTRICIONAL EN LA POBLACION INFANTIL(0-14 años) USUARIA DEL M.S.P. CENTRO UNION 1990

Programa Docente en la Comunidad
Clínica Pediátrica B Prof Dr Antonio Nairac
Dpto de Medicina Preventiva y Social Prof.Dra.Gloria Ruocco.

Varela,M;Tomasina,F;De Oliveira,R;Theophile,G;Medina, Raul:Practicantes de familia del Ciclo Materno Infantil 1990.

Se realizó el DIAGNOSTICO DE ESTADO NUTRICIONAL de niños cuyas edades estaban comprendidas entre 0 y 14 años,todos usuarios del MSP en un Centro de Atencion de Primer Nivel de Salud.
Se encuestaron 28 manzanas captándose 310 familias usuarias del MSP con un total de 320 niños.La poblacion infantil estaba representada en un 5.3% de lactantes, un 31.9% eran preescolares y el 68.2% restante correspondian a escolares.
La media etaria infantil fue de 7 años y el desvío estandar de 2.7 años.
Todos los lactantes eran al momento del exámen eutróficos.
El 13.5% de los niños son malnutridos,correspondiendo a los desnutridos un porcentaje importante:13.7%.El 5.6% eran obesos.
En el grupo de los desnutridos se encontró:5.4% de desnutridos crónicos descompensados:6.1% desnutridos crónicos compensados y un 2.2% lo constituian los desnutridos agudos.
Los resultados presentados en este trabajo constituyen un estudio preliminar donde se presentan aislados de las variables socioeconomicas culturales,objetivo este de proximos trabajos.

A)PREVALENCIA DE DESNUTRICION EN LA COHORTE 1990 ASITIDA EN SERVICIOS DE ASISTENCIA EXTERNA(M.S.P.)MONTEVIDEO,URUGUAY

B)Nutricionista Ruvertoni,H.y colaboradores

C)Ministerio de Salud Publica,Servicio de Asistencia Externa,Montevideo,Uruguay

D)Objetivo:Determinar el estado nutricional en el menor de un ano y su relacion con peso al nacer en los asistidos en el primer nivel de atencion.

Metodologia.Se recabaron los registros de cada servicio de asistencia externa)segun las fichas de vigilancia pediatrico-nutricional valoradas por las nutricionistas de los mismos.Se realizo la tabulacion correspondiente para cada periodo de edad y se establecio la prevalencia de desnuticion en el primer ano de vida asi como al ultimo control al 28/11/91.El estudio se realizo sobre 2.279 ninos.La tasa de desnutricion en el primer trimestre fue de 17.30%,en el segundo 16.42% y en los tercero y cuarto conjuntos 26.24%.En el grupo de bajo peso fue de 65.7%, en el de insuficientes 38.8% y en el de peso normal 8.7%

Conclusiones:la poblacion de mayor riesgo nutricional seria la de menos de tres mil gramos,convirtiendose asi en la poblacion objetivo de programas de 1r.nivel de Atenc.

# FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LA DESNUTRICION INFANTIL

Programa Docente en la Comunidad
Clínica Pediatrica B Prof Dr Antonio Nairac
Dpto de Medicina Preventiva y Social Prof.Dra.C.Ruocco

Varela,M;Tomasina,F;De Oliveira,R;Theophile,G;Medina,R:
Practicantes de familia del Ciclo Materniinfantil 1990.

Se realizó un estudio descriptivo y analítico de familias usuarias del MSP con menores de 15 años entre sus integrantes,con el objetivo de realizar su caracterización socio económico y cultural e identificar aquellas variables resultantes del estudio descriptivo que tuvieran asociación estadisticamente significativa con la desnutricion infantil.

El método empleado fue la encuesta,consignándose las siguientes variables:ingresos,numero de integrantes de la familia,instrucción materna,numero de niños,ocupacion del jefe de familia,estado de la vivienda,saneamiento, luz electrica,agua potable,heladera,colecho,indice de hacinamiento.

Posteriormente se citó a los niños captados a un Centro de atencion de primer nivel para completar la historia clínica con el registro de las medidas antropometricas (se compararon con las tablas de la NHCS)Esto permitio identificar la población de desnutridosy efectuar asi un analisis bivariado cruzando el factor de riesgo(variables y la desnutricion infantil.Los resultados fueron los siguientes:de un total de 164 familias un 43% percibe un salario inferior a dos salarios minimos nacionales:18% de las madres,instrucción primaria incompleta:49% de los padres tienen actividad en el sector laboral informal:13% de las familias tienen mas de 6 integrantes:5.5% tienen mas de 4 niños:55% de las viviendas son malas o regulares 15% de las mismas sin saneamiento:5% sin agua:12% sin luz electrica:26% sin heladera presentando hacinamiento el 41.5% de las familias y colecho el 27%.

La poblacion infantil comprendio 320 niños presentando desnutricion un 14%(18.3% de familias con niños desnutridos)Los valores de Chi 2 resultaron significativos para los siguientes factores de riesgo:ingresos(28)numero de niños por familia(4)saneamiento(10)agua intradomiciliaria (5),tenencia de heladera(6)luz electrica(7)colecho(5).

El riesgo relativo estimado fue mayor que 1 para todas las variables exceptuando la ocupacion del Jefe de familia.hecho que atribuimos al gran porcentaje de trabajadores en el area informalpor lo cual los factores de riesgo presentan una buena asociacion estadistica con la desnutricion infantil.

## POBREZA, ESTADO NUTRICIONAL Y CULTURA ALIMENTARIA DE LOS NIÑOS ENTRE 5 y 7 AÑOS DE CHUY (DPTO. ROCHA)

Nari, M., Britz, M., Pereyra, L., Brust, S., Barrera, G., Callorda, J., Fernández, L., Saravia, L.
ESCUELA DE NUTRICION Y DIETETICA. MONTEVIDEO-URUGUAY

Una de las dimensiones en donde se manifiesta rápidamente la crisis es en la nutrición de la población, presentándose carencias en la cantidad y calidad de la alimentación, y en el estado nutricional, principalmente de los niños. Preocupados por ésta - situación, la Intendencia Municipal de Rocha, solicita en 1990 - a la Escuela de Nutrición que realice un diagnótico alimentario-nutricional en el Chuy. De acuerdo al análisis de datos de Estadísticas y Censos, sobre necesidades básicas insatisfechas en -- Uruguay, se encontró que el 35.8% de los hogares de Chuy no satisfacen sus necesidades básicas. En la escuela periférica de esa localidad, existe un 81% de hogares pobres con niños de 5 a 7 - años y en la escuela céntrica ese porcentaje desciende a 45.2%.

La pobreza está muy relacionada con el estado nutricional, - encontrándose que uno de cada tres niños que concurren a la escuela periférica, está desnutrido, cifra que disminuye a 17.3% - en la escuela céntrica. En los niños subnutridos, la situación - se agrava por otros problemas. Además de la alimentación deficiente, también la falta de afecto y de estímulo social y mental, - compromete el desarrollo físico, emocional e intelectual del niño.

En general, la disponibilidad de la mayoría de los alimentos es suficiente para satisfacer las necesidades de la zona, pero - el poder adquisitivo y los hábitos alimentarios condicionan la - selección y consumo de los mismos. El patrón alimentario de los habitantes de Chuy, lo constituyen en orden de importancia: la - leche, papa, pan, yerba, cereales y carne. En nuestro país, la - subalimentación y los problemas alimentarios han aumentado en - magnitud y gravedad y se han convertido en un gran desafío a resolver en esta nueva década : las carencias nutricionales están- causadas principalmente por la pobreza y no por la insuficiencia de alimentos producidos y disponibles en el país.

# XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA

# SESION DE TRABAJOS LIBRES

## "NEFROLOGIA"

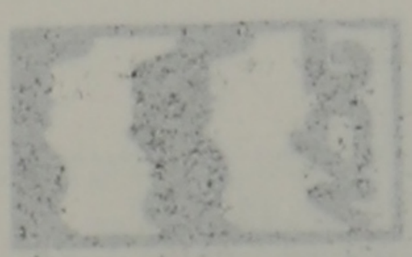
## Sábado 4 de Mayo
## (18:00 - 19:00 hs.)
## Sala "C"

Sala "C"
(18:00 - 20:00 hs.)

Sesión de Trabajos Libres

"NEFROLOGIA"

SESION DE TRABAJOS LIBRES



DE PEDIATRIA
XXIII JORNADAS UNIVERSITARIAS

## ADAPTACION PSICOSOCIAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES EN HEMODIALISIS CRONICA

Dras. Adela Dubikin
Aquelina Alvarez
Susana Bonelli de Larrosa
Elba Nese de Crestanello.-

Se analiza la adaptación psicosocial de 58 niños y adolescentes mantenidos en tratamiento regular prolongado por hemodiálisis en el Centro de Niños y Adolescentes (CEDINA).

Se valoran diferentes aspectos:

1) adaptación escolar y o laboral de los pacientes, área en la que aparecen problemas en la educación y en la integración.

2) respuesta de los pacientes frente a diferentes situaciones "diálisis stressantes": agresividad del niño y de los padres.
Los problemas psicosociales no sólo son del niño sino de la familia.

3) la relación de la familia con el centro de diálisis y la relación entre éste y los lugares de estudio y trabajo analizando qué posibilidades de educación y laborales se le brindan a estos pacientes.

## TRATAMIENTO CON ERITROPOYETINA A NIÑOS Y ADOLESCENTES EN HEMODIALISIS CRONICA. PRIMERA EXPERIENCIA NACIONAL

**Dras. Elba Nese de Crestanello**
**Susana Bonelli de Larrosa**
**Aquelina Alvarez**

**Trabajo del Centro de Diálisis del Niño y Adolescente (CEDINA)**

Se muestra la experiencia con el uso de **Eritropoyetina humana recombinada** (EPREX r-Huepo M.R. CILAG AG) en un grupo de 8 pacientes insuficientes renales crónicos en hemodiálisis tratados en CEDINA.

Se **seleccionaron** para el estudio 8 pacientes que se transfundían mensualmente, no hipertensos o con hipertensión controlada con tratamiento, y no convulsivos.

La **dosis** de eritropoyetina osciló en una primera etapa entre 5 y 15 U/k. y en una segunda etapa entre 20 y 45 U/k., ambas por vía intravenosa dos veces por semana. Se buscó la dosis mínima necesaria para cada paciente para obtener un resultado eficaz evitando los efectos indeseables.
El tratamiento se prolongó por 18 meses.

Los **resultados** obtenidos fueron:

-corrección parcial o completa de las cifras de eritrocitos, hemoglobina y reticulocitos en forma totalmente dependiente de la dosis administrada. La dosis para mantener un valor dado del hematocrito y la hemoglobina varía de un paciente a otro. Se ve mejor respuesta en pacientes con sobrecarga marcial y administración diaria de hierro.

-los pacientes no debieron ser transfundidos mas durante los 18 meses de tratamiento por anemia dependiente de su enfermedad renal. Dos debieron ser transfundidos por situaciones agudas (intervención quirúrgica por angioacceso y epistaxis severa respectivamente).

-mejoría de los parámetros cardiológicos hacia valores normales.

-mejoría de los parámetros nutricionales.

-mejoría de la calidad de vida, con aumento de la capacidada física y la tolerancia al ejercicio. El bienestar físico de los pacientes fué la primera respuesta al tratamiento, aún antes de la mejoría de los parámetros biológicos.

Como **efectos secundarios** hemos observado:

-tendencia a elevar los niveles de creatinina, urea y fósforo, lo que posiblemente se relaciona con la mejor calidad de vida con aumento de la actividad física y con mejor alimentación.

-en dos pacientes hipertensos, tendencia a elevar la presión arterial, pero en forma controlable con la medicación antihipertensiva.

-uno de los pacientes durante el tratamiento obstruyó su angioacceso, lo que puede atribuirse al aumento de la viscosidad sanguínea en un angioacceso de funcionamiento ya precario al inicio del tratamiento con eritropoyetina.

LUPUS ERITEMATOSO EN LA INFANCIA.ESTUDIO DE LAS MANIFESTACIONES CLINICAS Y BIOLOGICAS.Parada,P.,Dutra,S.,Alvarez,A.,Nesse,E.Policlínica Nefrológica ,Centro Hospitalario Pereira Rossell.

Presentamos el estudio de las manifestaciones clínicas y biológicas de 20 pacientes portadores de LED en el debut de la enfermedad y en la evolución.Los pacientes fueron tipificados como portadores de la enfermedad según los criterios de la Americam Rheumatism Association (ARA);pertenecen al Instituto de Pediatría del Centro Hospitalario Pereira Rossell.Fueron estudiados entre 1966 y 1991 y seguida su evolución en la policlínica Nefrológica de dicho Centro.Destacamos en el cuadro clínico al inicio de la enfermedad:sindrome febril prolongado 80%,repercusión sobre el estado general 85%,lesiones cutáneas en cara 45%,lesiones de típo vasculitis 50%,compromiso articular 70%,anemia severa 40%,manifestaciones cardiovasculares 25%, hepáticas 10 %,manifestaciones neurológicas 10% y manifestaciones renales clínicas o biológicas 70 %.

Desde el punto de vista biológico:aparición de células Le +;descenso de complemento CH 50,C3 y C4;elevación del título de Ac An y Ac DNA;estudio de banda lúpica;alteraciones del PEF.

Dado que es un estudio retrospectivo en un largo período de tiempo hay variación en los estudios efectuados a los pacientes y es difícil unificar criterios.En la evolución estando los pacientes bajo tratamiento ,la aparición de empujes en diferentes períodos de tiempo,se relacionaron con :el período estacional y con las infecciones. En los empujes se muestra la presencia de vasculitis,manifestaciones articulares y cutáneas.Las manifestaciones de la esfera renal serán motivo de otra comunicación.Señalamos la no reaparición de signología neurológica durante los empujes.

El estudio de las alteraciones inmunológicas específicas de la enfermedad Ac An, Ac DNA Y células LE que fueron relizadas por el Dr. Lozano,son elementos diagnósticos al inicio y de seguimiento de la enfermedad.

## EVOLUCION DE LAS LESIONES RENALES DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO.

**Dres. Juan C. Beriao (anatomopatólogo), Elba Nese de Crestanello, Aquelina Alvarez, Susana Bonelli de Larrosa (nefrólogos-pediatras)**

El lupus eritematoso sistémico (L.E.S.) es una afección en la que el cuadro clínico, histológico, la evolución y la respuesta al tratamiento de la lesión renal varían mucho de un paciente a otro lo que hace difícil la aplicación y el análisis de protocolos terapéuticos muy rígidos. El estudio de las biopsias renales por diferentes técnicas histológicas ha permitido definir diferentes aspectos de las nefritiis del L.E.S., lo que ha llevado a establecer correlaciones anatomoclínicas, a conocer la evolución natural de la enfermedad y la respuesta al tratamiento en función del tipo histológico.

Hemos querido precisar la evolución a largo plazo de la nefritis lúpica en el niño y el aporte de la biopsia renal inicial y el de las biopsias renales iterativas en la conducta terapéutica.

Se analizaron los datos clínicos, biológicos, histológicos y evolutivos de 20 niños y adolescentes del Instituto de Pediatría del Hospital Pereira Rossell con nefritis lúpica, atendidos en la Policlínica Nefrológica de dicho Hospital entre 1969 y 1991, que tienen de 1 a 3 biopsias renales en su evolución.

Se adoptó la clasificación en seis tipos de las nefritis lúpica propuesta por la O.M.S.-I.S.K.D.C., a su vez divididas en activas e inactivas.

En pacientes con riñón normal al inicio, se vió pasaje a glomerulonefritis mesangiopática o a glomerulonefritis proliferativa difusa.El pasaje de un tipo a otro se vió en ocasión de empujes renales y o extrarrenales, habiendo tenido manifestaciones clínicas renales o no.

Las lesiones renales iniciales se ven en pacientes con o sin manifestaciones clínicas renales, con o sin compromiso de la función renal. Las lesiones renales iniciales pueden regresar. A largo plazo mostraron evolución desfavorable las que presentaron glomerulonefritis segmentaria y focal, y glomerulonefritis proliferativa difusa.

Las punciones biópsicas renales iterativas realizadas por empujes renales, o por signos biológicos de actividad lúpica o por severidad de signos extrarrenales mostraron: a)la posibilidad de transformación histológica, b)la posibilidad de regresión y desaparición completa de las lesiones histológicas, c)la posibilidad de agravación en los empujes y c)la eficacia del tratamiento sobre las lesiones activas, no sobre las esclerosas.

Los tipos I a IV tienen severidad creciente son reversibles bajo tratamiento y pueden pasar de uno a otro. El tipo V glomerulonefritis extramembranosa es una forma aparte, que puede regresar sin desaparición de los depósitos extramembranosos.

Todos los pacientes no fueron tratados de la misma manera porque es un estudio retrospectivo que cubre muchos años. Todos recibieron prednisona a 2 mg./k./día con variaciones en el tiempo según los signos renales y biológicos de la enfermedad, los empujes y los efectos secundarios de la corticoterapia. A todos los pacientes se trató de dejar con una dosis mínima, no retirando la prednisona, pues a los que se les retiró completamente hicieron empujes severos. Como inmunosupresores se usó ciclofosfamida vía oral y en dos casos intravenosa. En dos pacientes se usó azatioprina.

## CASO CLINICO. HIPERTENSION ARTERIAL RENOVASCULAR.

Vila M. Kiersembau, Canopa V. Lactantes C. Hospital P. Rossell.
Montevideo-Uruguay.-

Lactante de 1 mes y 21 días SM, RB, procedente de Belén (Dpto. de Salto), Medio Socio Económico deficitario con A.F. de hipertensión arterial y epilepsia, calmetizado, producto de un embarazo de riesgo, naciendo un pretérmino leve con peso al nacer de 2.900 g, depresión neonatal severa APGAR 1-2-4-, al parecer dos paros cardiorespiratorios, desconociéndose si se realizó cateterismo umbilical. Ingresa para estudio por presentar desde su nacimiento episodios caracterizados por crisis de cianosis interpretados como apneas. Episodios de movimientos clónicos de un miembro en una oportunidad, sudoración durante la alimentación, destacándose al examen de ingreso un soplo sistólico de punta y reflejos osteotendinosos vivos. Se descarta reflujo gastroesofágico, cardiopatía congénita, epilepsia secundaria.

El tercer día de internación llama la atención el llanto intenso que motivaba llevar las manos a la cabeza, por lo que pensando en cefaléas se controla la presión arterial, comprobándose cifras / elevadas, dicha hipertensión precoz severa y sintomática, seguramente secundaria o de causa orgánica, obliga a un exhaustivo estudio etiológico que finalmente confirma su origen renovascular.-

ESTUDIO CLINICO, EVOLUTIVO Y TERAPEUTICO DE UN CASO DE SINDROME DE BARTTER.- Kierszenbaum, J., Capraro, M.R. Pediatría "C" Montevideo, Uruguay.

Se presenta el caso de un niño ingresado a la edad de 2 años y 5 meses por un cuadro de vómitos, diarrea y deshidratación. Llamaba la atención un hipocrecimiento marcado: talla 69 cm., peso 5320 g. y un perímetro craneano de 42 cm. Tenía una historia de poliuria y polidipsia desde los 4 meses. Atendido en dos hospitales de la República Argentina no se llegó a ningún diagnóstico.

En los exámenes humorales del ingreso se destacaba una alcalosis hipopotasémica e hiponatremia.

Lograda la hidratación en UCIN y descartada la diabetes insípida hipofisaria por la prueba de la vasopresina, se planteó la posibilidad de un Síndrome de Bartter.

Esto fue confirmado, ya que presentaba cifras exageradas de renina y aldosterona con presión arterial normal.

El tratamiento con cloruro de potasio, hidroclorotiazida e indometacina, fue espectacular, mejorando la sintomatología y retomando un crecimiento y desarrollo acelerado.

El Síndrome de Bartter es causado por una tubulopatía a nivel del asa de Henle que, aunque poco frecuente, mejora notablemente con los inhibidores de las prostaglandinas y el suplemento de potasio, permitiendo una vida normal.-

# LITOTRICIA EXTRACORPOREA EN EL NIÑO. EXPERIENCIA EN EL URUGUAY.

Ferla,V.Sosa,P.Izaguirre,J.De Marco,R.CETIL-Montevideo

**Objetivo:** dar a conocer la experiencia uruguaya en el tratamiento de la litiasis urinaria en el niño mediante Litotricia Extracorporea por Ondas de Choque (ESWL).

**Material y Método:** contamos con un equipo Lithostar Plus Siemens de última generación, el cual nos permite tratar a los pacientes sin anestesia y en forma ambulatoria y todo tipo de litiasis independientemente de su constitución química y topografía. En el período marzo 90 marzo 91 sobre un total de 250 pacientes se trataron 4 niños de 7,11,14 y 14 años todos del sexo femenino, 1.6% de nuestra casuística total.
La localización fue: pièlico y calicial en 2 casos, calicial inferior en 1 caso, uréter pelviano, 1 caso. La antiguedad de la litiasis va de 2 meses a 3 años.

**Resultados:** de los 4 casos, el primero litiasis doble, piélico y calicial, aun mantiene fragmentos pequeños renales.
Las pacientes con litiasis ureteral y calicial inferior remisión total. En el último paciente se logró fragmentación total, pero aun faltan controles para su evolución final, dado lo reciente del tratamiento. No se realizaron procedimientos complementarios.
2 casos presentaron lumbalgia tipo cólico y hematurias leves.

**Conclusión:** se trata de una nueva tecnología de 10 años de evolución en el mundo, incorporada hace 1 año a nuestro país, que ha cambiado radicalmente el enfoque terapéutco de la litiasis, transformándola de una técnica cruenta, con anestesia, complicaciones y post operatorio prolongado, en otra ambulatoria, bien tolerada, con excelentes resultados, que en nuestros casos coinciden con los obtenidos con equipos similares del extranjero.

# SESION DE TRABAJOS LIBRES

## "MISCELANEA I"

**Sábado 4 de Mayo**
**(8:00 - 9:00 hs.)**
**Sala "D"**

## ARTRITIS REUMATOIDEA JUVENIL-REVISION DE DIEZ AÑOS

Franco,S.;Palomino,G.;Altez,S;Crovetto,E.;Guarglia,R.
Hospital Pedro Visca, Hospital Pereira Rossell y Policlinica de Enfermedades Reumáticas.Montevideo

Se comunican 32 casos de Artrtis Reumatoidea Juvenil (ARJ), extraidos por revisión de historias clínicas de los servicios mencionados entre los años 1979 y1988.

El diagnóstico se basó en el analisis clínico de acuer a las pautas de la Asociación Americana de Reumatología, a los exámenes paraclínicos y a las alteraciones radiológicas.

La edad de inicio de los síntomas varió de 2 a 14 años, correspondiendo el 59% al sexo masculino y 41% al femenino.Las formas clínicas de inicio fueron: poliarticular 50%, oligoarticular 27%, sindrome febril prolongado 3 paciendes y forma sistémica en un caso,

La VES se encontró elevada en el 93%,mientras que anemia, leucocitosis o alteración de las proteínas plasmáticas estuvo presente en la mitad de los pacientes en forma alternada.La funcionalidad renal fue normal en todos los casos, asi como los estudios ecocardiográficos y oculares.

El RA Test fue positivo en el 18% de los 26 pacientes en que se hizo.Los anticuerpos antinucleares se buscaron en 11 pacientes resultando positivos en 3.La radiología, realizada en 14 niños, mostró osteoporosis en 30% disminución del espacio interarticular y pinzamiento en el 6.8%.El estudio del HLA, realizado en 3 casos en el último año, mostró un HLA-B27.

El tratamiento se inició siempre con AAS, requiriendo asociación con corticoides en 10 pacientes y uno de ellos debió recibir sales de oro.

El dignóstico de ARJ no siempre es fácil e inmediato, requiriendo, muchas veces, la conjunción de la clínica exámenes paraclínicos y la evolución para llegar al mismo.

TITULO: INMUNODEFICIENCIA COMUN VARIABLE/

AUTORES: Galiana, A.; Prego, J.; Pais, T., Maggi, R.
Clínica Pediátrica "C". Facultad de Medicina. Hospital Pereyra Rossell. Montevideo-Uruguay.

Se presenta el caso de una niña de 4 años, cuyo diagnostico es de Inmunodeficiencia Común Variable, del cual sus características humorales son: ausencia de IgA y de IgG con hiperproducción de IgM.
Se presentó clinicamente como una desnutrición proteinoenergética severa, diarrea crónica con enteropatía severa, infecciones respiratorias altas y bajas con neumonias graves con internación en C.T.I. que condicionaron una insuficiencia respiratoria crónica, y otitis medias supuradas persistentes de difícil tratamiento.
Se señanalan las dificultades diagnósticas que presentó inicialmente esta niña, así como la asociación de la enteropatía con la inmunodeficiencia.
Se propuso un tratamiento en base a inmunoglobulina humana intravenosa, antibioticoterapia profiláctica permanente y alimentación semielemental hipercalórica a débito continuo.
Su pronóstico es desfavorable, dadas la patología social que presenta la niña y lo costoso del tratamiento instituído, así como la falta de infraestructura adecuada para llevarlo a cabo adecuadamente.

TITULO: HEPATOBLASTOMA. PUBERTAD PRECOZ

AUTORES: Dufort,G.; Lorenzo,J.;Castillo,N.; Maggi,R., Lorenzo y de Ibarreta,J.; Gutiérrez, C.
Clínica Pediátrica "C", Facultad de Medicina. Servicio de Hemato-Oncología del Hospital Pereira Rossell.
Montevideo-Uruguay

Se presenta el caso clínico de un niño de dos años que ingresa al Servicio con sintomatología de dos meses de evolución caracterizada por: aumento progresivo de diámetro abdominal, voz gruesa, aparición de vello pubiano y aumento de tamaño de sus genitales.
Del examen clínico se destaca: palidez cutaneo mucosa; hepatomegalia con borde inferior hepático a 10 cm. del reborde costal de consistencia pétrea; desarrollo puberal genital en estadios P3 y G3 de Tanner.
Frente a la existencia de una hepatomegalia tumoral y pubertad precoz se plantea el diagnóstico clínico de Hepatoblastoma.
Los estudios imagenológicos, hormonales, de marcadores tumorales y la anatomía patológica de la biopsia hepática confirmaron el diagnóstico clínico.
Se inició tratamiento quimioterápico con Cisplatino y adriamicina con vistas a la cirugía.
En la evolución presenta una infección respiratoria grave que determina su traslado a una Unidad de Cuidados Intensivos donde fallece.
El interés de la comunicación de este caso reside en el hecho de que el Hepatoblastoma es un tumor de baja incidencia en Pediatría y por otra parte la presentación clínica con Pubertad precoz resulta ser inusual.

TITULO : Hipocrecimiento por deficit de S.T.H.
Autores: Ferré, Araní - Medina, Alvaro - Caggiani, Marina, Nairac, A.
Institución: Clinica Pediátrica "B" Prof. Dr. Antonio Nairac- Centro Hospitalario Pereira Rossell.

Se describe un caso de hipocrecimiento que se manifiesta clinicamente a una edad temprana de la vida en un varón de 1 año y 10 meses con un peso de nacimiento normal, sin alteración del desarrollo neuropsíquico y con una malformación a nivel de la línea media cráneo-facial (atresia parcial de una coana, un incisivo central superior, y fisura palatina posterior)
Ubicado en las curvas percentilares el peso y la longitud de este niño corresponde al percentilo 50 para tres meses y la relación peso/talla es adecuada así como las proporciones corporales. Es pues un hipocrecimiento severo, armónico y proporcionado.
Se descartan las causas más frecuentes de hipocrecimiento como déficit nutricionales, deprivación afectiva y enfermedades orgánicas con shunt metabólicos, así como craneofaringioma e hipotiroidismo cuya única expresión puede ser el hipocrecimiento. No es constitucional ya que la curva de crecimiento en ellos esparalela a la línea media.
Con la edad ósea menor que la edad cronológica nos orientamos a las causas endócrinas de hipocrecimiento encontrando un déficit aislado de hormona de crecimiento y dada la existencia de la malformación de la linea media craneofacial pensamos que esta se deba a un defecto embriogénico
Como asociación lesional presenta una agenesia renal izquierda y un reflujo vesico ureteral derecho de tercer grado el que fue correjido quirurgicamente. No se comprobaron infecciones uninarias y la función renal es normal.
Si bien no sabemos en que medida esta patología renal incidió en el hipocrecimiento creemos que no jugó un papel preponderante ya que una vez correjido el reflujo tampoco hubo crecimiento.

## DIAGNOSTICO CLINICO Y ECOGRAFICO DE LA ESTENOSIS HIPERTROFICA DEL PILORO

Pais, T.; Bariani, D.; Tenaglia, E.; Estevan, M. y Maggi, R.
Servicio de Pediatría "C" Hospital Pereira Rossell.

La estenosis hipertrófica del píloro es una patología frecuente en las primeras semanas de vida (1 de 150 varones y 1 de 750 niñas), cuyo reconocimiento y rápida solución quirúrgica evita complicaciones metabólicas y nutricionales severas.

Se presenta un estudio casuístico limitado motivado por el hecho de que la afección no fué reconocida en ninguno de los pacientes al ingreso al hospital. Se analizaron las historias de todos los lactantes que ingresaron al Servicio en los últimos 6 meses en los que fuéconfirmada la existencia de una estenosis hipertrófica del píloro durante la exploración quirúrgica. Se trató de 5 niños en los que se hizo el diagnóstico clínico, ecográfico y operatorio. No ingresó, en el período estudiado,ningún otro paciente en el que se planteara dicho diagnóstico.

Casuística

Los 5 pacientes eran del sexo masculino. El promedio de edad al ingreso fué de 40 días. El promedio de duración de los vómitos fué de 11 días. En los 5 casos se comprobó un deterioro nutricional. En todos los casos se realizó el diagnóstico por la prueba clínica de la búsqueda de reptación por medio de la inyección de aire en el estómago o por la observación espontánea de la misma. 3 de los niños tenían una oliva pilórica palpable. En los 5 casos un ecografista experimentado encontró signos ecográficos compatibles con el diagnóstico. En 3 de los niños se realizó un estudio contrastado de esófago-gastro-duodeno luego de establecido el diagnóstico clínico y ecográfico, solicitado por los cirujanos, reiterándose en los tres casos el diagnóstico positivo.

Discusión

Se considera, en base al análisis realizado, que el diagnóstico clínico es relativamente simple. Para el mismo le asignamos gran valor a la observación de reptación gástrica ya sea espontánea o provocada. La corroboración por la ecografía eximiría de cualquier otro examen para establecer el diagnóstico.

# XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA

# SESION DE TRABAJOS LIBRES

## "NEUROLOGIA"

## Sábado 4 de Mayo
## (18:00 - 19:00 hs.)
## Sala "D"

## MENINGITIS BACTERIANA REVISION DE TRES AÑOS

Drs. Sapriza,R.; Villaamil,M.; Zueta, A.; Gentile Ramos, I.
Servicio de Infecto Contagioso, Hospital Pereira Rossell Montevideo.

Se revisaron 300 historias de pacientes con diagnostico de neuroinfección bacteriana, 212 cumplieron los criterios de inclusión. El presente análisis se realizó en forma retrospectiva,durante el periodo que comprende 1ºenero 1987 al 1ºagosto 1990. Se encontró que el grupo de edad más afectado fue el de pacientes menores de un año(53%) predominando en el sexo masculino (56%).
El periodo del año de mayor incidencia otoño-invierno(57%)
En el 53% de los casos no se identificó el germen,existiendo un predominio de Hemophilus Influenzae y Neumococo en los pacientes menores de un año, revirtiéndose dicha tendencia para el meningacoco.
Existe un mayor porcentaje de las infecciones de vías aereas superiores como infección concomitante.
Se analizan los síntomas y signos más frecuentes en la presentación de dicha entidad, así como el tratamiento instituído y las complicaciones en el curso de la misma.

## Control Evolutivo de las Meningitis Agudas Supuradas con una Unica Punción Lumbar.

Jorge Quian, Perla Cohanoff, Marisa Dagnone, Silvia Caraccio-lo, Clara Giambruno, Alicia Dibello.

---

Se hizo un estudio prospectivo durante todo el año calendario 1990 con las meningoencefalitis supuradas ingresadas al Servicio de Infectocontagiosos, con el objetivo de evaluar la necesidad de realizar una punción lumbar de control previo al alta, tal como está establecido en las pautas de tratamiento del servicio.

En total ingresaron 93 meningitis supuradas. De esas se descartaron 29 ya que en algun momento de la evolución hubo que realizarles una P.L. por complicaciones.

Del grupo restante a 41 pacientes no se les realizó PL y a 23 pacientes se les realizó promedialmente al 10º día.

Tanto en el grupo sin control como en el de control la evolución fue similar; no fue necesario en ningún caso prolongar el tratamiento ni hubo recaídas de la enfermedad ni reingresos a la sala por agravación de su meningitis. El resultado del LCR obtenido en las punciones de control no modificó ni hizo cambiar los tratmientos que estaba recibiendo el paciente.

Se concluye que la evolución clínica es el mejor parámetro para evaluar la evolución de las meningitis y que en la mayoría basta sólo la punción lumbar del ingreso y que es la que establece el diagnóstico, para poder completar evolución y tratamiento.

Se excluyeron del presente estudio las meningitis neonatales.

CONVULSIONES A PROPOSITO DE 133 CASOS CLINICOS INGRESADOS EN LA CLINICA PEDIATRICA "C" EN EL LAPSO DE UN AÑO.-

Autores: KANOPA,V.; BARIANI, D; CARRACEDO,M; BOSSIO,M; RODRIGUEZ,G; PELUFFO, L; MAGGI,R.- CLINICA PEDIATRICA "C".Fac. de Medicina. H.P. ROSSELL.

Objetivos: Análisis de la casuística de los niños que ingresan por convulsiones en un Servicio de Pediatría en el período comprendido entre enero de 1990 y enero de 1991.

Material y Métodos- Se analizaron las historias clínicas de 133 niños que presentaron convulsiones y la evaluación clínica de su crecimiento y desarrollo. Se tipificaron las crisis según la clasificación internacional, evaluando la evolución , paraclínica, tratamiento y seguimiento.

Resultados y Comentarios: De un total de 133 pacientes, 67(50,37%) fueron lactantes, 37 (27,31%) preescolares y 29 (21,80%) escolares. En 55 pacientes del total (41,35%) se realizó diagnóstico de convulsión febril.Un segundo grupo de 78 pacientes (58,74%) ingresaron por crisis no febriles, de los cuales en 40 (51,28%) se realizó diagnóstico de epilepsia, los otros 38 pacientes (48,71%) presentaron crisis probablemente ocasionales (alteración metabólica, traumática, tóxicas y otras).

Nos interesa destacar la importancia del uso de una clasificación, estudios paraclínicos y tratamiento unificado, a efectos de pautar el estudio y seguimiento de estos pacientes.

CONVULSIONES FEBRILES -ANALISIS DE 55 CASOS CLINICOS INGRESADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA "C".

Autores: KANOPA, V.; BARIANI,D; CARRACEDO,M; BOSSIO,M; RODRIGUEZ,G; PELUFFO, L; MAGGI, R.- CLINICA PEDIATRICA "C".Fac. de Medicina . H. P. ROSSELL.

Las convulsiones febriles no solo son una complicación frecuente de la fiebre, sino también un trastorno pediátrico muy común en niños menores de 5 años.

Objetivo: Análisis de las historias clínicas de 55 niños que ingresaron al Servicio "C" en el lapso de un año (enero 1990 a enero 91). Material y Métodos : Se estudiaron 55 pacientes con diagnóstico de convulsión febril, haciendo énfasis en la edad de comienzo, tipo, número de crisis y recurrencias. Se valoraron los estudios paraclínicos realizados y la oportunidad de tratamiento.

Resultados y comentarios: De un total de 55 pacientes con diagnóstico de convulsión febril, 32 (58,18%) eran lactantes, 23 (41,81%) preescolares, no registrándose casos en escolares.

En ellos el crecimiento y desarrollo evaluado por la clínica fue normal en 52 niños (94,54%). Se registraron antecedentes patológicos postnatales en 6 (10,9%) y 15 (27,27%) presentaron antecedentes familiares de epilepsia, con un porcentaje igual para convulsiones febriles. Se señalan otros antecedentes patológicos no neurológicos. Se comprobó recurrencia en 16 pacientes o sea un 29,09%.

En un 72% de los casos la patología asociada al ingreso y en la evolución fué respiratoria.

Creemos importante el análisis realizado para evaluar la situación actual del tema y nuestras probables conductas futuras.

TITULO: ENFERMEDAD DE BOURNEVILLE:PRESENTACION DE UN CASO CLINICO

AUTORES:Rico,M.;Canopa,V.;Peluffo,L.;Maggi,R.
Cátedra "C" de Pediatría,Facultad de Medicina Hospital Pereira Rossell. Montevideo-Uruguay.

El objetivo de presentar éste caso, clínico, es mostrar una enfermedad poco frecuente que integra el grupo de las Facomatosis, en este caso una Esclerosis Tuberosa (Enfermedad de Bourneville).
Se trata de una lactante que consulta a los 2 meses de vida por hemiconvulsiones parciales con examen neurológico normal asociadas a manchas cutáneas acrómicas. El EEG mostró actividad témporo parietal izquierda, la TAC hipodensidad subcortical bihemisférica, el resto de la paraclínica descartó otras causas de epilepsia secundaria. En la evolución presenta cambios en el patrón clínico y electroencefalográfico compatibles con una Hipsarritmia, constatándose en la Tac calcificaciones intracerebrales. De la historia familiar se destaca una hermana sana con mancha acrómica en dorso y el padre portador de manchas cutaneas acrómicas en hoja de helechoy piel de sapa.
Se complementa el estudio del caso con evaluación paraclínica familiar y consejo genético.

# ENCEFALOPATIA AGUDA, A PROPOSITO DE TRES CASOS CLINICOS, METODOLOGIA DIAGNOSTICA, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO EVOLUTIVO.

AUTORES: Dufort,G;Bariani,D;Rico,M;Dutra,S;Kanopa,V;Parada, P;Peluffo, L;Altamirano,M;Maggi,R;Nairac,A;- Servicios de Pediatría "B" y "C". Facultad de Medicina. Hospital Pereira Rossell.

OBJETIVO: Presentación de tres casos clínicos, de pacientes internados en los servicios B y C de Pediatría, en el período comprendido entre agosto y octubre de 1990, diagnosticados como encefalopatías agudas.Los mismos tuvieron la peculiaridad de presentarse en escolares, como un sindrome de hipertensión endocraneana, con elementos motores focales y trastornos del lenguaje, similares para los tres casos. Esto motivó múltiples consideraciones de diagnóstico etiológico (Infeccioso.Proceso expansivo.Pseudotumor cerebral. Enfermedades heredo-degenerativas.)

En los tres pacientes se empleó la misma metodología de estudios paraclínicos.
La importancia que nos merece la siguiente presentación es la dificultad de diagnóstico etiológico y la coincidencia en los resultados paraclínicos, respuesta al tratamiento y seguimiento ulterior.-

# XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA

# SESION DE TRABAJOS LIBRES

## "MISCELANEA II"

## Sábado 4 de Mayo
## (8:00 - 9:00 hs.)
## Sala "E"

# XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA

TITULO: GLUCOGENOSIS TIPO Ia. PRESENTACION CLINICA, METODOLOGIA DIAGNOSTICA Y TRATAMIENTO/

AUTORES: Prego,J.; Galiana,A.; Tenaglia,E.; Pais,T.; Maggi,R.; Velazquez,M.

Clínica Pediátrica "C". Facultad de Medicina. Hospital Pereyra Rossell. Montevideo-Uruguay.

El objetivo de la exposición es mostrar la presentación clínica, la metodología diagnóstica y el tratamiento de una variedad de error innato del metabolismo del glucógeno, como patología que debe considerarse, pese a su baja frecuencia, frente a las enfermedades ambientales que constituyen el grueso de la patología tratada en nuestro medio.
Se describen 2 casos clínicos. El primero, es una lactante que manifestó su enfermedad a los 3 meses de vida, presentando acidosis metabólica, hipoglicemia y cetosis reiteradas. El segundo caso, es una lactante que fué remitida a nuestro servicio a los 7 meses de vida para estudio de su hepatomegalia. Ambas niñas presentaban hipocrecimiento, retardo motor, fascies particular y hepatomegalia marcada. En ambas, los exámenes de laboratorio mostraron alteraciones del metabolismo lipídico, del metabolismo de las purinas e hipoglicemia con acidosis láctica. La inyección de glucagón en ayunas mostró ausencia de respuesta hiperglicémica observándose elevación significativa de los niveles de ácido láctico, lo que es de valor diagnóstico para algunas variedades de glucogenosis.
Se obtuvo una respuesta clínica y paraclínica favorable al instituirse una alimentación destinada a evitar la aparición de hipoglicemia, así como de las otras alteraciones metabólicas que acompañan esta enfermedad.

## HIPERAMONIEMIA PRIMARIA POR ALTERACION DE LA UREOGENESIS

Velázquez,M.-Mañé Garzón,F.-Santurtún,P.-Cereijo,I.-Domínguez,S.
Nairac,A.
Clínica Pediátrica "B". Facultad de Medicina.Hospital Pereira Rossell. Montevideo- Uruguay.

Las alteraciones metabólicas primarias de la ureogénesis, suelen conducir a hiperamoniemias severas, que pueden llevar a la muerte o alteraciones irreversibles del sistema nervioso central.

Presentamos un lactante de 15 meses de edad, sexo masculino, raza blanca, con antecedentes familiares de madre epiléptica y 3 hermanos fallecidos por convulsiones en la temprana infancia, no hay consanguinidad. Comienza al mes y medio de edad con diarrea y estado de mal convulsivo, que repite a pesar de medicación anticomicial. En los estudios realizados para descartar metabolopatías, aparece una hiperamoniemia severa (2.98 ug/ml), que persiste en exámenes posteriores. Descartamos las hiperamoniemias de causa secundaria, así como las asociadas a acidemias orgánicas, y se comienza un tratamiento fisiopatológico, con moderada restricción proteica y benzoato de sodio. Se consigue una total remisión clínica y diminución de la amoniemia, que actualmente se encuentra discretamente aumentada, en los sucesivos controles realizados.

Deseamos destacar la importancia de este tipo de estudio en los lactantes con alteraciones neurológicas similares, ya que si no son tratados precozmente, tienen muy mal pronóstico vital y funcional.-

## COPROPORFIRINURIA HEREDITARIA

Velázquez,M.-Mañé Garzón,F.-Peláez,D.-Kanopa,V.-Pizzano,A.
Dpto. de Genética Clínica del Instituto de Pediatría
Montevideo-Uruguay.

Las porfirias son enfermedades hereditarias, en general de transmisión autosómica dominante, producidas por errores innatos del metabolismo del grupo hemo. Deberán ser diferenciadas de las porfirias secundarias a tóxicos u otros estados patológicos.

Presentamos un niño de 3 años y medio de edad, raza mulata, con antecedentes familiares de padre asmático, tío paterno portador de anemia drepanocítica y madre sana, no hay consanguinidad. Comienza a los 2 años y 10 meses con decaimiento, dolores abdominales, vómitos, fiebre y rinitis serosa, después de 7 días de evolución consulta en hospital, siendo medicado con Benzetacil. Aparece a continuación síndrome funcional respiratorio, que se agrava e instala paro respiratorio, por lo que es necesario instituir ventilación artificial, presenta entonces 3 convulsiones generalizadas breves, y es medicado con Fenobarbital. Ingresa a tratamiento intensivo, donde permanece 2 meses, constatándose en la evolución cuadriplejia, persistencia del paro respiratorio, transtorno en la deglución, períodos de pirexia y taquicardia, sin infección demostrada e hiponatremia sostenida. Luego de lenta e incompleta recuperación, es dado de alta a los 2 meses y medio de internación, continuando medicación con Fenobarbital v/o. Reingresa a los 20 días con sintomatología similar y nuevo paro respiratorio. Es trasladado a tratamiento intensivo,en donde se suspende el Fenobarbital, lográndose recuperación de la ventilación espontánea en 48 horas,y se da el alta en 4 días. Se realizan estudios metabólicos que revelan un importante aumento de las coproporfirinas urinarias, descartándose las causas secundarias que pueden aumentar esta excreción, y se estudian ambos padres, demostrando igual patrón de excreción el padre del niño afecto. Se comprueba así el diagnóstico presuntivo, por la sintomatología del paciente, de coproporfirinuria hereditaria, enfermedad de transmisión autosómica dominante, comienzo en la infancia, y gran variabilidad de expresividad clínica.

Destacamos la importancia de realizar estudios metabólicos orientados, en casos como este, en el cual el diagnóstico precoz y correcto, posibilita un tratamiento eficaz y sin riesgos.-

**TITULO:** Sindrome de Weber Christian

**NOMBRES:** Ferré, A.; Castagna, A.; Nairac, A.Mañé Garzón F.

**INSTITUCION:** Clinica Pediátrica "B", Departamento de Dermatología, Centro Asistencial Pereira Rossell.

Se presenta el primer reporte en Uruguay de un caso de Paniculitis nodular no supurativa; o sindrome de Weber Christian.Inicia su enfermedad en los primeros meses de vida,con empujes y remisiones, confirmándose el diagnóstico por estudio anátomopatologico.Esta es una enfermedad rara ,más aún en niños y su etiología es desconocida.
Se caracteriza clinicamente por nódulos subcutáneos, fiebre, repercusión general y manifestaciones múltiples sobre todo a nivel hepático,pulmonar y digestivo.El caso que se presenta es de un lactante de 10 meses, sin antecedentes a destacar, que inicia su enfermedad a los 3 meses de vida con nódulos subcutáneos y fiebre, que evolucionan por empujes y remisiones, agregando posteriormente manifestaciones viscerales diversas a destacar: neumonitis con insuficiencia respiratoria, hepatomegalia con esteatosis hepática, confirmada por biopsia y compromiso pancreático con aumento de amilasemia.Su diagnóstico es de sospécha clínica y confirmación anatomopatológica,con la biopsia de piel, que muestra una paniculitis lobulillar no supurativa, destacándose además alteraciones de la inmunidad celular.Se realiza tratamiento con cirticosteroides con relativo éxito,siendo el pronóstico incierto.

HEMATHIDROSIS O SUDOR DE SANGRE

Mañé Garzón,F.- Salmentón,M.- Velázquez,M.- Kolski,R.

Dpto. de Genética Clínica del Instituto de Pediatría,

Montevideo-Uruguay.

La hemathidrosis es una rara entidad patológica, caracterizada por la presencia de una sudoración teñida con sangre. Clínicamente suele acompañarse de algias, vértigos, paresias, así como saliva y lágrimas coloreadas por sangre, en un paciente con inestabilidad emocional. Predomina en determinadas regiones del cuerpo, y aparece en forma de crisis, precipitadas por stress, temores y/o emociones intensas.

Presentamos una niña de 11 años, raza blanca, con buen desarrollo físico e intelectual, que comienza a la edad de 8 años con crisis en las que se observan las características descriptas.En estas condiciones se realiza el estudio citoquímico del sudor emitido, así como de los dermatoglifos y poros sudorales. En estas investigaciones se constata la presencia de hematíes, (5% del volumen total del sudor centrifugado en tubos capilares), así como determinados metabolitos en el sobrenadante, que confirman la presencia de sangre en el sudor; y el aumento del número de poros sudorales. El resto de los exámenes clínicos y paraclínicos resultaron normales.

El motivo de esta presentación, es dar a conocer esta rara patología, siendo el primer caso descripto en nuestro medio y de muy escasa incidencia a nivel mundial.-

## EXPERIENCIA EN LA CATETERIZACION DE LA VENA AXILAR EN RECIEN NACIDOS- LACTANTES Y NIÑOS.

Nuñez S.-Moreira L.-Denis E.- CIP Asociación Española Primera de Socorros Mutuos. Montevideo- Uruguay.

Se da a conocer la experiencia del equipo de enfermería del CIP de Asociación Española Primera de Socorros Mutuos, en la cateterización de la vena axilar y un estudio comparativo con otros accesos vasculares.

Se plantea que esta vía venosa es una alternativa útil en pacientes pediátricos, aún de muy bajo peso.

La intención de este trabajo es compartir esta experiencia con otros equipos de enfermería para que pueda ser adoptada en otros intensivos pediátricos.

# XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA

# SESION DE TRABAJOS LIBRES

## "ATENCION DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE"

**Sábado 4 de Mayo**
**(18:00 - 19:00 hs.)**
**Sala "E"**

IMPORTANCIA DEL EQUIPO DE SALUD EN LAS GUARDERIAS O JARDINES INFANTILES - Michelini, M. L.- Rodríguez, S. - Borthagaray, G. Montiel, S. - Arce, T. - Bolasco, L. - Maturel, N. - Erro, L. Algorta, I. - Alfonso, P. - Piriz, T. - Equipo de Salud de la Guardería Infantil de la Intendencia Municipal de Montevideo. Objetivos: Se trata de brindar asistencia a las necesidades - biosicosociales de la población infantil, que asiste a las -- guarderías o jardines infantiles. Para ello promovemos la inseción de equipos de salud multidisciplinarios, para promo--- ción, prevención asicomo detección precoz de alteraciones. En el presente trabajo se describen las tareas y actividades realizadas por un equipo de salud, de una guardería infantil institucional de la zona urbana de Montevideo, donde asisten 130 niños entre 2 y 4 años. El equipo de salud está formado por - médico pediatra, psicólogo, asistente social, nutricionista y odontólogo. Se detallan en el trabajo que la función del equipo es fundamentalmente preventiva, diagnóstica y orientadora, no asistencial por lo cual no se suple a los técnicos tratantes sino que se complementan. Se exponen los resultados en cada área integrante del equipo, al tiempo que se gerarquiza la tarea multidisciplinaria. Area médica se realizan un promedio de 850 consultas anuales, siendo la patología respiratoria, digestiva y traumática las mas frecuentes. Nutrición, se evalúa por medición antropométrica. No se encontró desnutrición (menor de - 1 DS), ubicamos población de riesgo. Screening oftalmológico alteraciones en 3%. Parasitosis intestinal detectada en el 13%. Area psicológica se realizaron 20 psicodiagnósticos y 70 entrevistas de orientación anual. Se han preparado psicológicamente para ser intervenidos quirúrjicamente 6 niños por año aprox. 50 entrevistas de devolución alos padres de los niños que egresan. Trabajo con padres en encuentros mensuales y con 40 niños de 3 años semanalmente en un taller de libre expresión. Area odontológica 100% de los niños que ingresan no - tienen hábito de higiene bucal ni ingesta de fluor. 150 con-- sultas anuales. 74% de la población infantil presenta caries. Area alimentación los niños resiven diariamente 926 cal-niño-día. Se detectaron anualmente 22 niños con trastornos alimentarios. Area de servicio social se realizó promedio anual de 110 entrevistas domiciliarias, realizandose diagnóstico socioeconómico de cada núcleo medi ante test de estratificación social.

## EXPERIENCIA DE TRABAJO DE LA CLINICA PSIQUIATRICA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES EN UNA GUARDERIA BARRIAL.

Musetti,D.; Garrido,G.; Gold,A.; Cherro,M.

Guardería barrial Novara y Módena. Centro de Salud Jardines del Hipódromo, MSP.
Clínica psiquiátrica de niños y adolescentes, Facultad de Medicina.

Se comunica la experiencia docente asistencial de un equipo que se integró al trabajo en una guardería barrial promovida por una comisión vecinal.
En el marco de la estrategia de Atención Primaria de Salud se destinó un docente y un pequeño grupo de postgrados a hacer una experiencia de conjunto con un grupo de "guarderas" electas por las madres de la zona.
Se nos solicitó inicialmente asesoramiento al personal, y se conformó un grupo de doble integración donde se cumplió a lo largo de 1990 parte de la tarea de formación del ler. año de postgrado: estudio del desarrollo del niño normal. Luego del comienzo del trabajo con los niños surgieron otras necesidades:
-Discusión de dificultades en el funcionamiento del grupo, en su integración y en la coordinación de tareas.
-Situaciones concretas del trabajo con los niños a resolver: ansiedad de separación, carencias elementales, necesidad de estimulación, problemas de conducta.
-Atención de algunas necesidades del personal docente derivadas de la tarea.
-Atención de problemas de salud, a resolver en forma inmediata, a coordinar y derivar a otros especialistas: epidemia de diarrea estival, parasitosis, etc.
-Relaciones esporádicas con la Directiva de la comisión del barrio, de la que depende la experiencia. Intercambio sobre funcionamiento de la guardería, objetivos del trabajo y responsabilidades del personal.
-Tareas con los padres de los niños que concurren, apoyando a las guarderas, que son las que establecen la relación permanente.
Después de un año de trabajo destacamos la importancia de esta asistencia indirecta que realizamos, trabajando con personas que a su vez se hacen cargo de niños, en un total de 48 a 50, los que pasan 8 hs. en la guardería mientras sus padres trabajan. Globalmente se les brinda cuidados básicos, alimentación supervisada por nutricionistas, asistencia médica por pediatra del Centro de Salud, asesoramiento a padres sobre higiene, control periódico, inmunizaciones, y un seguimiento en cuanto al desarrollo afectivo-emocional, que tiende a detectar precozmente factores de riesgo futuro.

ATENCION DEL ADOLESCENTE, UN DESAFIO EN LA PRACTICA MEDICA - 1 - PAUTAS GENERALES. Santi, L.; García, I.; Heguy, A.M.; Zamora, R., Policlínica de Adolescentes, Clínica "A" de Pediatría de la Facultad de Medicina - Hospital Pereira Rossell; Policlínica de Niñas y Adolescentes, Clínica Ginecotocológica "A", Prof. Rozada de la Facultad de Medicina - Hospital Pereira Rossell; / CAPTA (Centro de Atención Profilactica y Terapeutica del Adolescente).

El estudio centró el objetivo principal del mismo, en la adquisición de / nuevos conocimientos, de la etapa Bio-Psico-Social del desarrollo del adolescente, a través de determinantes clínicos, influencia comunitaria, etiología de las patologías o desviaciones en el desarrollo normal y ecología (condicionantes del entorno ambiental). Este proposito general apuntó al logro de objetivos específicos tendientes a la detección precoz de factores que puedan constituirse en riesgosos y comprometer la salud presente y futura de los adolescentes y jóvenes. Se aplicó un método empirico de investigación-acción, basado en los conceptos principales de la epidemiología, aplicados a través de 12 años de experiencia en la atención de adolescentes, en dos Centros de Salud (Policlinicas) de la Facultad de Medicina que funcionan en el Hospital Pereira Rossell, y en un Centro Privado de Atención, lo cual significó 3000 consultas a adolescentes captados, atendidos y seguidos. Se ensayó la técnica de trabajo en equipo, con un grupo multi e interdisciplinario de profesionales. La experiencia adquirida determinó dos técnicas de atención según la complejidad del servicio oferente: Personal y Grupal, determinándose las pautas generales, que los autores entienden como más adecuadas en uno y otro caso, para la captación precoz de factores posibles de riesgo. Asimismo, la consulta a adolescentes, reviste características especiales que determinan la aplicación de técnicas específicas de entrevista, así como la orientación de los profesionales intervinientes en la misma, en determinadas áreas prioritarias (Crecimiento y Desarrollo, Nutrición, Sexualidad, Accidentes, Hábitos tóxicos y Adicciones, Conductas adversas, Enfermedades de Trasmisión Sexual y S.I.D.A., y Recreación y Tiempo Libre ).-

ATENCION DEL ADOLESCENTE, UN DESAFIO EN LA PRACTICA MEDICA. ANTICONCEPCION Y ADOLESCENCIA. Clínica Ginecotocológica "A", Hospital Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay. Nos propusimo conocer la situación de los adolescentes que concurren a la Policlínica de Niñas y Adolescentes de la Clínica "A" en cuanto a: edad de inicio de las relaciones sexuales (IRS), uso de métodos anticonceptivos (MAC), ocupación, estado civil, menarca y gravidez. Se estudiaron en forma retrospectiva 578 historias clínicas de adolescentes entre 12 y 17 años, que consultaron entre los años 1984 y 1989, procedentes en su mayor parte del Departamento de Montevideo y limítrofes: Canelones y San José. El 77% de los pacientes mantienen RS, siendo la edad promedio de inicio, los 14,9 años. La edad promedio de la menarca es 12,3 años y el intervalo entre ésta y el IRS es de 2,5 años. El 17,8% de las pacientes son casadas. El 37,5% son desocupadas y sólo el 27,2% estudiantes. El 72% de las adolescentes no utilizaban MAC y del 28% restante, el 87% utiliza anticonceptivos orales. El 26,5% de esta población consultó por gravidez. La mayoría de las adolescentes son desocupadas, lo cual implica un factor de riesgo potencial. El número de pacientes que mantienen relaciones sexuales es, por tanto, elevado, siendo precoz el IRS y muy bajo el número que utiliza MAC. Consecuencia: embarazo no deseado, a edades donde aumentan los riesgos maternos, perinatales e infantiles, dadó que la adolescente no ha alcanzado aún el grado de madurez necesario para asumir ésta responsabilidad. Nuestra propuesta: crear un espacio donde actúe un equipo multidisciplinario constituído por: Ginecólogo, Pediatra, Médico Internista, Partera, Asistente Social, Psicólogo, Psiquiatra, para la educación y asistencia integral del adolescente en todo lo que concierne a salud sexual.

# ATENCION DEL ADOLESCENTE-UN DESAFIO EN LA PRACTICA MEDICA

CONSUMO DE SUSTANCIAS EN ALUMNOS DE ENSEÑANZA MEDIA DE UN INSTITUTO PRIVADO DE ZONA RESIDENCIAL DE MONTEVIDEO.

Este trabajo forma parte de las acciones de prevención primaria que el Centro de Atención Profiláctico y Terapéutico del Adolescente ha realizado en el mencionado Instituto,en los últimos 5 años.El objetivo del mismo fue profundizar el conocimiento sobre las características delconsumo de sustancias en los alumnos para ajustar las acciones a desplegar en años venideros.Se usó una encuesta autoadministrada,cerrada y anónima,se aplicó a 156 estudiantes entre 12 y 16 años,de ambos sexos,al finalizar los cursos curriculares del año 1990.Se encontró un alto nivel de instrucción materna así como alto porcentaje de relaciones armónicas entre los padres.El consumo de alcohol fue mayor en el padre,que en la madre,predominó el uso moderado apareciendo en un 6% indicadores de abuso.El consumo de tabaco tuvo una menor incidencia y no mostró depender del sexo del progenitor.La mayoría presentaba adecuada relación con sus padres y buena actuación escolar. La ingesta de bebidas alcohólicas comenzó antes de los 10 años,en el hogar.Si bien los refrescos fueron las bebidas preferidas,la tercera parte de los varones optó por las alcohólicas,la misma cantidad admitió "haberse emborrachado"por lo menos 1 vez en los últimos 6 meses.Las principales razones atribuídas al consumo,estuvieron relacionadas al placer y la desinhibición.El consumc de alcoholse asoció al sexo,no mostró depender del tipo de vínculo de progenitores ni del consumo de estos.Si bien la mayoría experimentaron con tabaco,sólo el 15 % se consideró consumidores ocasionales,un 2% estaría abusando de la sustancia.Un 10% admitió tener amigos consumidores de marihuana 5% conocer jóvenes que usan pegamentos,hongos,cocaína o estimulantes.El 3% de las mujeres seautoadministró medicamentos a fin de "olvidarse problemas y dormirse".Los hallazgos justifican que se continúen las acciones educativas en relación al consumo de sustancias,especialmente alcohol,teniendo en cuenta la asociación consumo-placer y la importancia del trabajo con padres.

ATENCION DEL ADOLESCENTE-UN DESAFIO EN LA PRACTICA MEDICA-TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.-

Los trastornos de la conducta alimentaria(anorexia y bulimia nerviosa)son patologías de incidencia creciente en el Uruguay.El diagnóstico tardío y la demora en el inicio de un tratamiento adecuado es lo habitual.El presente trabajo tuvo por objetivo el estudio de las características biopsicosociales de quienes presentan la patología,así como el inicio y la evolución de los síntomas mas frecuentes a los efectos de mejorar las acciones médicas.
Se analizaron 9 casos clínicos derivados al Centro de Atención Profiláctica y Terapéutica del Adolescente(CAPTA Montevideo), para tratamiento de dicha patología en el período de 5 años(1986-1990).Se realizó evaluación médica,Psiquiátrica y Psicológica.Para el diagnóstico se usaron los criterios del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales(D.S.M.III R.)La población se caracterizó por ser mujeres,entre 13 y 21 años,solteras, estudiantes, de buen nivel socio-económico.Consultaron a solicitud de los progenitores ya que ellas negaban o minimizaban la gravedad de la enfermedad.Si bien predominaron los diagnósticos de bulimia nerviosa en el momento de la derivación,la mayoría había debutado con síntomas de anorexia.La edad inicio del trastorno se ubicó entre los 11 y 16 años, o sea de 2 a 7 años antes de la derivación.Todas presentaban un patrón alimentario anormal.
La somatometría osciló entre cifras normales a importantes alteraciones.La depresión y la ansiedad fueron el común denominador, como síntoma asociado:uso y abuso de sustancias,intento de autoeliminación,crisis clásticas.
Subyaciendo a los síntomas se hallaron trastornos de personalidad,predominando el tipo límite, histriónico y de dependencia.Madre controladora y rígida;padre pasivo y agresivo a la vez,patrones de comunicación familiar alterados.Para lograr una captación precoz, el médico debe estar preparado para la búsqueda activa de la patología y conocer los pasos a seguir.

# XVIII JORNADAS URUGUAYAS DE PEDIATRIA

# SESION DE POSTERS

## Sábado 4 de Mayo

SEROTIPOS DE **S.PNEUMONIAE** Y SU SUSCEPTIBILIDAD A LOS ANTIBACTERIANOS EN NIÑOS. M C Mogdasy,T Camou,C Fajardo y M Hortal.Dept.Lab.S.Publ. Hosp. P. Rossell y Centro de Salud Union,MSP.Montevideo.

Aun en la era antibiotica S.pneumoniae sigue siendo el agente mas frecuente de la neumonia bacteriana del niño menor de 5 años.Es por ello que el conocimiento de sus diferentes serotipos y su comportamiento frente a los antibacterianos resulta fundamental tanto para la comprension de la patogenia como para la terapeutica y prevencion.En ocasion de un estudio prospectivo de las infecciones respiratorias agudas en poblaciones pediatricas se tuvo oportunidad de determinar la sensibilidad a la oxacilina y al cotrimoxazol de las cepas de S.pneumoniae,y de tipificarlas (46 cepas invasivas y 48 recuperadas del tracto respiratorio superior,de niños con infeccion respiratoria intrastoracica,y de niños sanos).Entre las cepas invasivas 41.3% correspondio al serotipo 14,el cual no fue recuperado de la nasofaringe de niños sanos.Solo en la mitad de los casos se aislo el mismo serotipo de la sangre y/o derrame pleural y del tracto respiratorio superior;en los casos restantes la cepa invasiva pertenecia a un serotipo y la de la faringe a otro.La mayoria de los serotipos identificados estan incluidos en la vacuna 23-valente.Un reducido numero de cepas invasivas tuvieron resistencia intermedia a la penicilina,lo cual no invalida su uso en procesos respiratorios,pero 37.2% de las cepas resultaron resistentes al cotrimoxazole.

## Diarrea con sangre y sindrome hemolítico urémico: diagnóstico microbiológico en Montevideo, Uruguay.

Schelotto,F.;Pais,T.; Varela,G.; Pírez,C., Dell'Acqua,L., Zanetta, E, Maglione,R.;Cardozo,A.; Alonso,F.;Guillen,W.; Muñoz,S.; Barrenechea,C.; Parada,P.

Instituto de Higiene, Facultad de Medicina.
Clínicas Pediátricas de Facultad de Medicina, Hosp. P. Rossell.

Se estudiaron, durante un año, etiología y características de la diarrea con sangre y el Sindrome Hemolítico Urémico (SHU) en pacientes pediátricos de hospitales de Montevideo; se tuvo especial interés en la detección de E. coli verotóxico, para lo que se pusieron a punto las técnicas microbiológicas correspondientes. Se examinaron 72 niños, de los cuales 37 presentaban diarrea con sangre, y 11 eran afectados por sindrome hemolítico urémico; se tomaron 13 controles con diarrea sin sangre y 11 niños sin diarrea. Se obtuvieron 2 muestras de materias fecales de cada niño, separadas 24 hs., y se buscó en ellas la presencia de E.coli 0 157, 0 26 u 0 111; Salmonella, Shigella, Yersinia enterocolitica, Campylobacter, EIEC y parásitos. Se investigó también la toxicidad de filtrados de materias fecales sobre células Vero, y la actividad antitóxica del suero de pacientes con S.H.U. Los cultivos fueron positivos en 27 de 37 casos de diarrea con sangre; 8 de 13 controles con diarrea sin sangre; 2 de 11 controles sin diarrea y 1 de 11 casos con S.H.U. El patógeno más frecuente en diarrea con sangre, y el único aislado de S.H.U. fue Shigella; en segundo lugar Campylobacter. En los controles, Salmonella y E.coli 0 111. En ninguno de los 72 niños se aisló E.coli 0157, que se había identificado previamente en el coprocultivo domiciliario de un niño sin diarrea en otra encuesta etiológica.
En 4 casos de S.H.U., el filtrado fecal fue claramente verotóxico; no lo fue en ningún caso de diarrea con sangre, ni en controles con o sin diarrea. La gran mayoría de los niños con S.H.U. provenían del interior del país, y presentaban antecedente de diarrea con sangre. Todos requirieron internación en centro de tratamiento intensivo, y el tiempo promedio entre el ingreso al centro y la primera toma de muestra fue de 8 días, lapso en el cual fueron en general tratados con antibióticos.

**Investigación de agentes asociados a diarrea aguda en niños de comunidad**

Bacteriología: Schelotto,F.;Pírez,C.;Maglione,R.; Algorta,G.; Montano,A.;Varela,G.
Parasitología: Zaneta,E.; Acuña,A.
Virología: Chiparelli,H.; Palacio,R.; Hortal de Peluffo,M.

Instituto de Higiene, Facultad de Medicina.

Dentro de una investigación sobre diarrea aguda en la comunidad, en niños menores de 2 años pertenecientes a una población marginada de la ciudad de Montevideo, realizada durante los meses de diciembre de 1988 y enero de 1989, se estudiaron 86 materias fecales procedentes de niños con diarrea, y 45 de niños controles para detectar la presencia de bacterias, virus y parásitos.
Se utilizaron métodos de recolección y procesamiento de las muestras habitualmente recomendados.

En 40 /86 muestras pertenecientes al grupo con diarrea y en 11/45 de las del grupo control se logró detectar algún potencial patógeno entérico. En 23/40 muestras del grupo con diarrea y en 8/11 del grupo control el hallazgo fue único, habiendo en el resto asociaciones de hasta 3 gérmenes.

En las muestras del grupo con diarrea, **E.coli** enteropatógeno (EPEC) 17/40, **Giardia lamblia** 11/40, **Cryptosporidium** sp 10/40 y rotavirus 7/40 fueron los gérmenes predominantes, solos o asociados. **E.coli** enterotoxigénico (ETEC); **Campylobacter jejuni-coli; Yersinia enterocolitica;** adenovirus y **Trichuris trichiura** se encontraron con menor frecuencia.
No se aisló **Salmonella** sp, **Shigella** sp, **E.coli** enteroinvasor, ni enterohemorrágico (VTEC).

En las muestras del grupo control en que se encontró un único germen estos fueron: VTEC, ETEC, **Salmonella typhimurium; Campylobacter** sp; adenovirus y **Giardia lamblia**, en 3 casos asociada con **Ascaris lumbricoides** y **Cryptosporidium.**

Se destaca la importancia de esta investigación para nuestro país dado que son los primeros datos que se poseen en nuestro medio sobre posibles patógenos entéricos asociados a diarrea aguda en niños de comunidad, siendo además la primera vez que se aislan algunos de estos gérmenes (**Yersinia** sp,ETEC, VTEC).

Trabajo realizado con la subvención del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, Canadá.

XVIII JORNADAS URUGUAYAS
DE PEDIATRIA

# INFORME SOBRE LA ENCUESTA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA S.U.P. 1989

# CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA S.U.P.
# INFORME SOBRE LA ENCUESTA DE

# INFORME SOBRE LA ENCUESTA DE CRECIMIENTO DE LA S.U.P. 1989

Martínez, G. y Pais, T.

A partir del banco de datos creado por la S.U.P. con la encuesta de crecimiento realizada en 1989, se continuó con el análisis de los datos de peso y talla obtenidos en la misma.

Se realizó una depuración de la muestra intentando:

- Eliminar los casos que pudieran presentar algún riesgo de afectación del crecimiento por patología (354 casos)
- Se eliminaron los casos que mostraban inconsistencia o ausencia de los datos (85 casos)

Se buscó mejorar la calidad de la medida para cada edad tomando aquellos casos que no se separaran más de 10 días de la "edad centro" (tomando intervalos de 15 días) en los primeros 24 meses. En las edades superiores a 2 años se tomaron intervalos de 6 meses y, dependiendo de la velocidad de crecimiento para la edad se tomaron los datos de aquellos casos que se apartaban entre 1 mes y medio y dos meses de las "edades centro".
Esta decisión, si bien afectó el número de la muestra, aumentó la precisión de la medida.
El número finalmente analizado fué de 2100 casos.

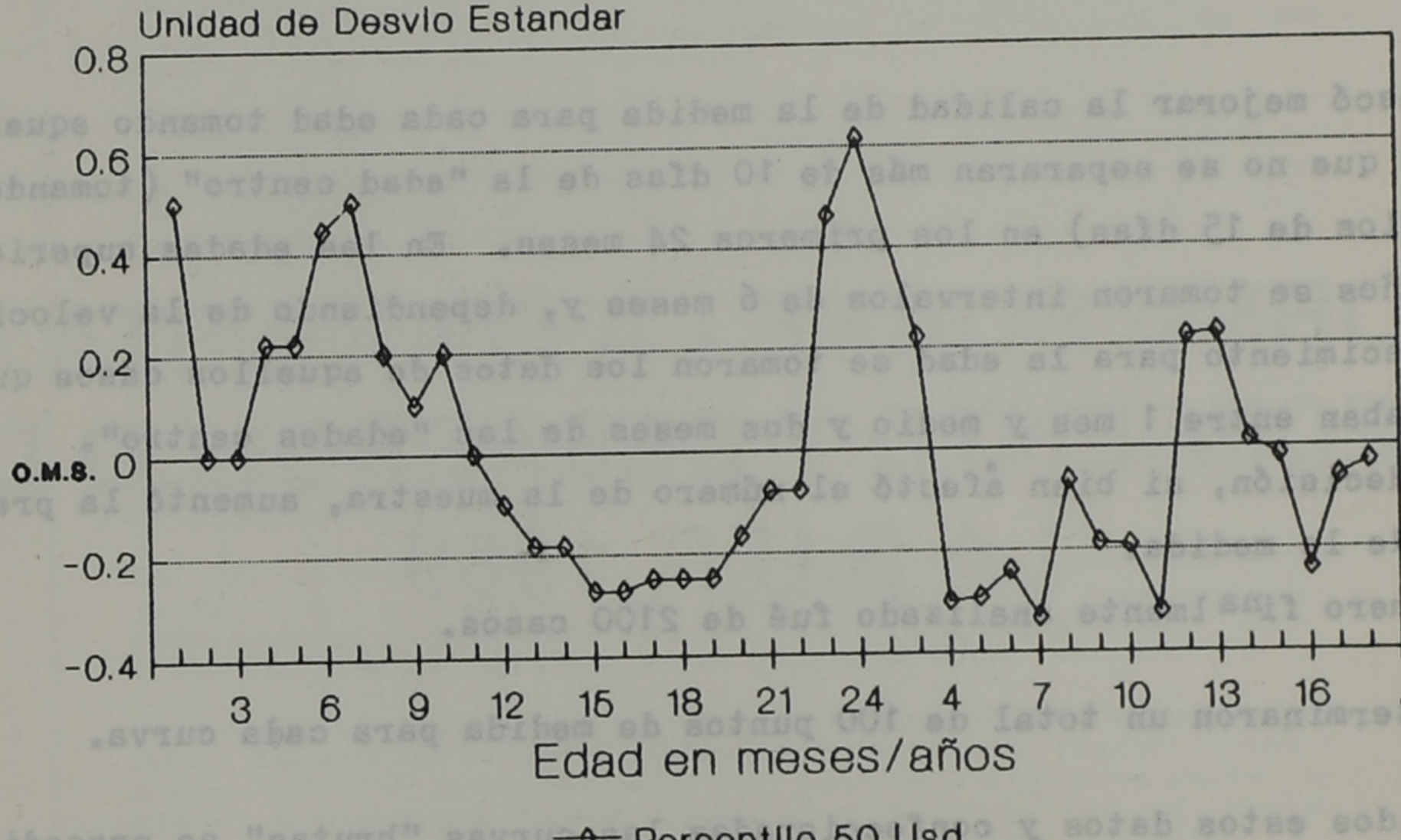
Se determinaron un total de 100 puntos de medida para cada curva.

Obtenidos estos datos y confeccionadas las curvas "brutas" se procedió a la suavización de las mismas por métodos matemáticos.

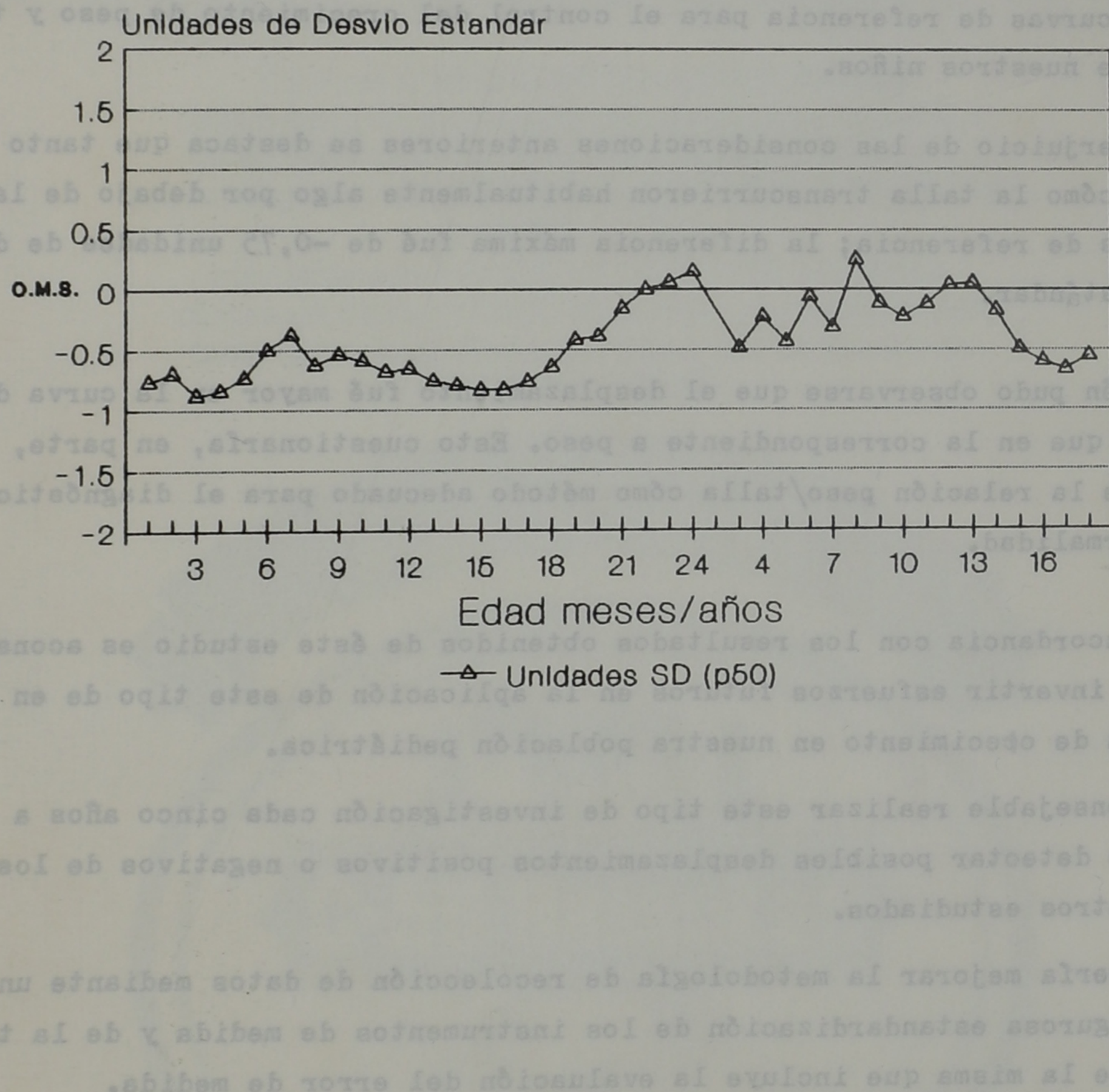
Se compararon las curvas obtenidas con las curvas de referencia para peso y talla de O.M.S.. Esta comparación se realizó tomando en cuenta la diferencia de centímetros o kilogramos entre las curvas o los desvíos estándar a los efectos de amplificar los posibles desplazamientos.

Se realizó un estudio de inferencia estadística a los efectos de determinar la existencia de diferencias significativas entre las curvas obtenidas y las de referencia. En todos los casos se trabajó con un intervalo de confianza del 95 %.

**Unidades de Desvio Estandar**
**Peso para varones. Percentil 50**



## Unidad de Desvio Estandar
## Talla para varones. Percentil 50



Consideraciones que surgen del estudio

No se encontraron diferencias significativas, para la aplicación operativa, entre las curvas obtenidas mediante la encuesta y las usadas cómo referencia.
Por tanto éste estudio permite aconsejar el uso de las curvas de O.M.S. cómo curvas de referencia para el control del crecimiento de peso y talla de nuestros niños.

Sin perjuicio de las consideraciones anteriores se destaca que tanto el peso cómo la talla transcurrieron habitualmente algo por debajo de las curvas de referencia; la diferencia máxima fué de -0,75 unidades de desvío estándar.

También pudo observarse que el desplazamiento fué mayor en la curva de talla que en la correspondiente a peso. Esto cuestionaría, en parte, el uso de la relación peso/talla cómo método adecuado para el diagnóstico de normalidad.

En concordancia con los resultados obtenidos de éste estudio es aconsejable invertir esfuerzos futuros en la aplicación de este tipo de encuesta de crecimiento en nuestra población pediátrica.

Es aconsejable realizar este tipo de investigación cada cinco años a fin de detectar posibles desplazamientos positivos o negativos de los parámetros estudiados.

Se debería mejorar la metodología de recolección de datos mediante una más rigurosa estandardización de los instrumentos de medida y de la técnica de la misma que incluye la evaluación del error de medida.

Al considerar la utilidad práctica de las curvas de referencia debe tenerse en cuenta la fecha en que fueran elaboradas (1976); es posible que las poblaciones de las cuales proceden hayan ya experimentado un desplazamiento secular positivo que ampliaría las diferencias hoy en-

contradas. Nuevas versiones de las curvas de referencia deberán ser controladas con los datos obtenidos de nuestra población a fin de vigilar la epidemiología de nuestro crecimiento infantil.

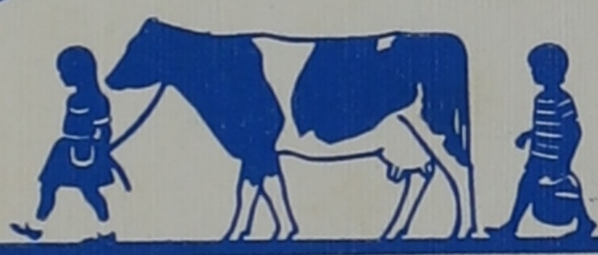
Señalamos que el banco de datos se encuentra disponible para quienes deseen realizar nuevas investigaciones en el mismo.

# LECHE MODIFICADA PARA LACTANTES

Fórmula **C-50 BELACTAN CONAPROLE,**
desarrollada en el Uruguay con alimentos cosechados
en su suelo para los niños del Uruguay y del mundo,
que no disponen del alimento ideal: **LA LECHE DE MADRE.**

**C-50 BELACTAN,**
con carga renal de solutos disminuida (proteínas,
cloruro de sodio y cloruro de potasio), aproximándose
tanto como es posible a la carga renal de solutos de
**LECHE DE MUJER.**

LECHE MODIFICADA PARA LACTANTES



C-50 Belactán

Conaprole