**Sociedad Paraguaya de Pediatría**
*Fundada el 10 de setiembre de 1938; Miembro de la Asociación Latinoamericana de Pediatría (ALAPE) y de la Asociación Internacional de Pediatria (AIP).*

***Volumen 42 - Suplemento 2015*** ***http//:www.spp.org.py***

# PEDIATRIA

Organo Oficial de la Sociedad Paraguaya de Pediatría (SPP)

*DIRECTORA - EDITORA*

**Dra. Rosanna Fonseca C.**
Servicio de Neonatología. Hospital Materno Infantil San Pablo.

*CONSEJO EDITORIAL EJECUTIVO*

**Dra. Lourdes Isabel Talavera Toñanez**
Departamento de Investigación de la Universidad Centro Médico Bautista- UCMB.

**Dra. Avelina Troche**
Departamento de Pediatría. Hospital Nacional de Itaugua

**Dr. Zoilo Morel Ayala**
Servicio de Pediatría. Hospital Central. Instituto de Previsión Social.

*ASESORES EDITORIALES*

**Dra. Miriam Espínola de Canata**
Dirección de Investigación y Publicaciones. Instituto Nacional de Salud.

**Prof. Dr. Hassel Jimmy Jiménez Rolón**
Profesor Titular de Clínica Pediátrica y Jefe del Departamento de Terapia Intensiva Pediátrica. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción.

*ASESOR INGLÉS*

**Dr. David Dionisio Ortíz**
Unidad de Medicina Familiar

*SECRETARIA TÉCNICA DE EDICIÓN*

**Lic . Alicia Duarte Caballero**
Sociedad Paraguaya de Pediatría

La revista PEDIATRÍA está indexada a BIREME – Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud. Para su base de Datos LILACS, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud. Está integrada a **SCIENTIFIC ELECTRONIC LIBRARY ON LINE (SciELO en http://scielo.iics.una.py), HINARI, LATINDEX y DIALNET**. PEDIATRÍA cuenta con un Consejo de Redacción y un Equipo de Revisión para el análisis de los trabajos a ser publicados. La revista PEDIATRÍA, Órgano oficial de la Sociedad Paraguaya de Pediatría, es publicada cuatrimestralmente. Los trabajos y opiniones que se publican en la revista son de exclusiva responsabilidad de los autores. La revista Pediatría se reserva todos los derechos sobre los mismos. Los artículos podrán ser traducidos y publicados por las revistas oficiales de las Sociedades Científicas de Pediatría del Cono Sur (Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Uruguay), Secretaría: Sociedad Paraguaya de Pediatria, Mcal. Estigarribia 1.764 c/ Rca. Francesa. Tele-Fax: 226 795. Asunción - Paraguay. E-mail: revista@spp.org.py - Página Web: www.spp.org.py – ISSN 1683 – 979X versión impresa - ISSN 1683-9803 versión electrónica - Diseño y Diagramación: Mabel Rodríguez - Edición Gráfica AR Impresiones 6ta. pdta. Nº 278 c/ Iturbe - Tel.: 021 371 - 839. Asunción - Paraguay.

*COMISIÓN CIENTÍFICA ASESORA*

**Prof. Dr. Antonio Arbo Sosa**
Profesor Titular. Cátedra de Clínica Pediátrica. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción.

**Dra. Wilma Basualdo**
Coordinadora del Departamento de Epidemiología. Hospital General Pediátrico " Niños de Acosta Ñu".

**Prof. Dra. Stela Benitez Leite**
Profesora Adjunta de Clínica Pediátrica. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción.

**Dra. Norma Bogado**
Jefa de Sala. Departamento de Urgencias Pediátricas. Hospital de Clínicas. Universidad Nacional de Asunción.

**Dra. Myriam Sara Canas de Chirico**
Jefa de Sala. Cátedra de Clínica Pediátrica. Hospital de Clínicas. Universidad Nacional de Asunción.

**Dr. Oscar Doldan Pérez**
Jefe de Terapia Intensiva de Niños. Centro Médico La Costa.

**Prof. Dra. Leticia Florentín de Merech**
Profesora Adjunta de Clínica Pediátrica. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción. Especialista Universitaria de Nefrología Pediátrica.

**Dra. Renée González de Szwako**
Especialista en Cardiología Infantil. Jefe del Departamento de Cardiología Infantil. Hospital de Clínicas. Universidad Nacional de Asunción.

**Prof. Dr. Ricardo Iramain**
Profesor Adjunto de Clínica Pediátrica. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción. Docente de Urgencias y Terapia Intensiva Pediátrica.

**Prof. Dra. Angélica Jiménez de Samudio**
Profesora Asistente de Clínica Pediátrica y Jefe del Departamento de Oncohematología Pediátrica. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción.

**Dra. Silvina Lugo**
Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñú"

**Dra. Viviana Pavlicich**
Jefa de Emergencias. Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñú"

**Dra. Mirta Mesquita**
Coordinadora de Investigaciones. Departamento de Docencia e Investigación del Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñu".

**Dra. Mónica Rodríguez**
Jefa de Sala de Infectología. Hospital Central Instituto de Previsión Social. Infectóloga del Departamento de Neonatología. Cruz Roja Paraguaya.

**Dra. Laura Rojas de Recalde**
Especialista en Neurología Infantil. Departamento de Neurología. Hospital Central del Instituto de Prevision Social.

**Dra. Gloria Samudio**
Infectóloga del Departamento de Pediatría. Hospital Nacional de Itaugúa. Infectóloga del Departamento de Infectología. Hospital Central Instituto de Previsión Social.

**Dra. Marta Cristina Sanabria**
Especialista en Nutrición Infantil. Hospital de Clínicas. Universidad Nacional de Asunción.

**Prof. Dra. Mabel Zacur de Jiménez**
Profesora Titular de Clínica Pediátrica. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción.

*COMITÉ EDITORIAL INTERNACIONAL*

**Dra. Norma Rossato.** Argentina

**Dr. Néstor Zawadzki Desia.** Argentina

# Comisión Directiva 2015-2017

**Presidente**
Ida Esquivel Liedtke

**Vice Presidente**
Juan Max Boettner

**Secretaria General**
Antonia Benítez Rivas

**Secretario de Finanzas**
Jorge Cuevas Villalba

**Secretaria de Actividades Científicas**
Sonia Viviana Pavlicich

**Secretaria de Actividades Gremiales**
Nelson García Riart

**Secretaria de Actas**
Miriam Sara Canas de Chirico

**Secretaria de Prensa y Relaciones Comunitarias**
Avelina Troche

**Secretaria de Comités y Grupos de Trabajo**
Wilfrido Coronel

**Vocales**
Gilberto González
Laura Duarte

**Suplentes**
Cinthia Aranda
Zoilo Morel
Lourdes Ortiz Paranza
Alicia Alcaraz

## Filial Pedro Juan Caballero

**Presidente:**
Victor Hugo Peralta

**Vicepresidente:**
Roque Anzoategui

**Secretaria de Actas**
Tania Montiel

**Tesorera:**
Esther Mendoza

**Vocales:**
Luis Medina.
Veronica Rocha
Celeste Torres de Collar

## Tribunal de Certificación

Prof. Dr. Juan Ángel Lird
Dr. Oscar Doldán Pérez
Dra. Norma Bogado

## Tribunal de Recertificación

Dr. Ángel Rafael Acuña
Dr. Luis Alberto Chamorro
Dra. María Cristina Ocampos

## Tribunal de Conducta

Prof. Dr. Julio Nissen Abente
Prof. Dra. Mabel Zacur de Jiménez
Prof. Dra. Rafaela Stela Benitez Leite
Dr. Raúl Alberto Olmedo Sisul
Prof. Dr. Roger Rolón A.

## Tribunal Electoral

Dra. Hulda Renée González de Szwako
Dr. Luis María Ruffinelli
Dra. Gloria Martínez

## Presidentes de Filiales de la SPP

**Amambay**
Dr. Víctor Hugo Peralta

**Ciudad del Este**
Dra. Julia Josefina Gaona

**Concepción**
Dra. Ninfa Núñez Acosta

**Coronel Oviedo**
Dra. Mirtha González de Soto

**Encarnación**
Dra. Iberis Natalia Luraschi

**Misiones**
Dra. Uvaldina Arévalos

**Villarrica**
Dra. Gloria Angélica Filippi de Girala

## Asociación Latinoamericana de Pediatría - ALAPE

Consejo Directivo 2012-2015

**Presidente**
Dr. Gonzalo Giambruno M.

**Vicepresidente**
Dra. Margarita Ramonet

**Secretario General**
Dr. Oswaldo Revelo Castro

**Tesorero**
Dr. Francisco Moraga Mardones

**Vocales**
Dra. Julia Fernández Monge
Dr. José Brea del Castillo
Dr. Manuel Castello
Dr. Ramón Alvarenga
Dra. Sarah Vega Sánchez

**Asesor**
Dr. Hernando Villamizar Gómez

# 7º Congreso Regional de Pediatría

*Pedro Juan Caballero - Amambay*

24, 25 y 26 de Setiembre de 2015

## Comité Organizador

*COMITÉ EJECUTIVO*
**Presidente**
Juan Max Boettner

**Vicepresidente**
Roque Anzoátegui

**Secretaría General**
Antonia Benítez Rivas
Olga Medina

**Secretaría de Finanzas**
Jorge Cuevas Villalba
Esther Mendoza

**Secretaría de Actas**
Myriam Canás de Chirico
Tania Montiel

*COMITÉ CIENTÍFICO:*
**Coordinadora**
Sonia Viviana Pavlicich

**Miembros:**
Alicia Alcaraz
Héctor Castro
María Elizabeth Céspedes
Isabel Mattio
Luis Medina
Ricardo Meza, Prof.
María Eugenia Montiel
Carla Montiel
Víctor Hugo Peralta
Susana Sánchez, Prof.
Avelina Troche
Amadeo Zanotti Cavazzoni, Prof.

*CURSOS INTRA CONGRESO*
**Coordinadores**
Luis María Moreno
Gloria Motta

*COMITÉ DE PRENSA Y RELACIONES*
Gilberto González
Verónica Rocha

*SECRETARIA RECEPCIÓN Y ALOJAMIENTO*
Hector Denis
María Cristina Ocampos de Godoy

*COMITÉ DE ACTIVIDADES SOCIALES*
Wilfrido Coronel
Celeste Torres de Collar

*COMITÉ DE AUDIOVISUALES*
Nelson García Riart
María Lina Garcete
Federico de Oliveira

*COMITÉ DE TEMAS LIBRES*
Lidia Garcete Mañoti, Prof.
Rosanna Fonseca
Susana Sánchez, Prof.

*JORNADA DE ENFERMERÍA*
Félix Chamorro
Magnolia de Alvarenga

*JURADO DE PREMIOS*
**Presidente:**
Mabel Zacur de Jiménez, Prof.

**Miembros**
Rafaela Stella Benitez, Prof.
Hassel Jimmy Jiménez, Prof.
Mirta Mesquita
Lourdes Ortiz Paranza

*ASESORES*
Antonio Arbo Sosa, Prof.
Ana Campuzano de Rolón, Prof.
Oscar Doldán Pérez
Ida Esquivel
Salim Eguiazu Florentín
Ramón Mir Villamayor, Prof.
Roger Rolón Arámbulo, Prof.

## CARDIOLOGÍA

**1. Arritmias en el post operatorio inmediato de cirugía cardíaca en pacientes pediátricos**
Miranda J.
**Departamento de Cardiología Pediátrica Hospital de Clínicas Facultad de Ciencias Médicas-UNA.**

**2. Consulta cardiológica pediátrica en un Hospital Universitario**
Suh DC, Sanabria L, Estigarribia J, Vázquez D, Pereira P, Szwako R.
**Departamento de Cardiología Pediátrica. Hospital de Clínicas- San Lorenzo. FCM-UNA.**

**3. Dolor torácico en niños y adolescentes**
Suh DC, Sanabria L, Estigarribia J, Vázquez D, Szwako R.
**Departamento de Cardiología Pediátrica. Hospital de Clínicas- San Lorenzo. FCM-UNA.**

**4. Flutter auricular atípico en etapa neonatal complicado con taquicardiomiopatía**
Suh DC, Sanabria L, Benítez V, Estigarribia J, Szwako H.
**Departamento de Cardiología Pediátrica. Hospital de Clínicas- San Lorenzo. FCM-UNA.**

## ENDOCRINOLOGÍA

**5. Consecuencias de abandono de tratamiento. Importancia del tamizaje neonatal en el hipotiroidismo congénito**
González L, Monzón R, Ortiz L.
**Hospital Nacional de Itaugua.**

**6. Enfermedad de Graves – Basedow en Pediatría. Presentación de caso clínico**
Anzoátegui R.
**Consultorio Privado, Pedro Juan Caballero.**

**7. Hipotiroidismo. Reporte de caso**
Bordón J, Mallada D, Verón G, Blanco F, Esquivel I, Benítez S.
**Cátedra y Servicio de Pediatría, FCM-UNA.**

## GASTROENTEROLOGÍA Y NUTRICIÓN

**8. Consumo de micronutrientes críticos y estilo de vida en estudiantes adolescentes en un Instituto**
Morales A.
**Instituto Superior de Educación Dr. Ignacio Alberto Pane.**

**9. Efecto de la implementación de Programa Alimentario Nutricional Integral (PANI) en el estado nutricional de embarazadas y el peso de sus Recién Nacidos del Dpto. de Concepción**
Cano C, Sanabria M.
**Universidad Nacional de Asunción.**

**10. Eficacia de la intervención nutricional del Programa Alimentario Nutricional Integral (PANI) en niños beneficiarios que asisten al Hospital Regional de Concepción**
**Núñez N, Sanabria M, Aguilar G.**
**Universidad Nacional de Asunción. Hospital Regional de Concepción.**

**11. Estimación de la ingesta de sal a partir de la excreción urinaria de sodio en Escolares y Adolescentes de 6 a 19 años de edad en el Paraguay**
Sánchez S, Masi C, Rojas G, Galeano M, Mendoza L.
**Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.**

**12. Evolución de la desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años del sistema público de salud en el último quinquenio**
Morínigo G, Sánchez S, Sispanov V, Bonzi C, Brizuela M, Medina H, Mendoza L.
**Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.**

**13. Frecuencia de Síndrome Metabólico en Adolescentes con Síndrome de Down**
Godoy L, González R, Sánchez S, Velásquez P.
**Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.**

**14. Obesidad y circunferencia de cintura de riesgo en Escolares y Adolescentes, año 2014**
Morinigo G, Sánchez S, Sispanov V, Brizuela M, Mendoza De Arbo L.
**Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.**

**15. Percepción, prácticas y aceptabilidad de cuidadores de niños/as beneficiarios del Programa Alimentario Nutricional Integral (PANI) de 2 Hospitales del Departamento Central**
Arriola L, Cuevas C, Sánchez S.
**Carrera Nutrición. Facultad de Ciencias Químicas. Universidad Nacional de Asunción.**

**16. Perfil alimentario y estado nutricional de niños preescolares que asisten a un colegio de estrato económico alto**
**Medina M**, Sanabria M.
**Cátedra y Servicio de Pediatría. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción.**

**17. Reporte de caso. Litiasis Biliar como causa de ictericia colestásica neonatal**
Cano E, Brizuela E, Salinas R, Bécker D, Ortega N, Larrosa E, Villalba J, Gómez A.
**Servicio de Pediatría. Hospital General de Barrio Obrero.**

**HEMATOLOGÍA**

**18. Aplasia medular secundaria a Influenza tipo A**
Pereira S, Mujica P, Cuella R, Kunert S, Brizuela S, Mattio I, Martínez K.
**Hospital General Barrio Obrero.**

**19. Oportunidades perdidas para el estudio y tratamiento de las anemias**
Correa A, Schaffer J, Brizuela S, Mattio I.
**Hospital General Barrio Obrero.**

**20. Anemia hemolítica autoinmune refractaria**
Cantero G, Alfonso M, Báez L, Brizuela S, Mattio I.
**Hospital General Barrio Obrero.**

**21. Síndrome de TAR. Reporte de caso**
Chirico M, Ortiz J, Salas M, Herreros MB, Martinez D, Benítez Leite S.
**Cátedra De Pediatría, FCM-UNA, Universidad Nacional De Asunción.**

**INFECTOLOGÍA**

**22. A propósito de un caso de Síndrome de Lemierre**
Alfonso M, Báez L, Cantero G, Brizuela S, Samudio G.
**Hospital General De Barrio Obrero.**

**23. A propósito de un caso: Síndrome de Loeffler**
Espínola S, Pradejczuk T, Luraschi N, Araujo C.
**Hospital Regional de Encarnación.**

**24. Eczema dishidrótico en pacientes atópicos. Presentación de 2 casos clínicos**
Gómez M, Buongermini A, Rodríguez M, Knopfelmacher O, Bolla De Lezcano L.
**Cátedra de Dermatología. Hospital de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción-Paraguay.**

**25. Enfermedad Granulomatosa Crónica. Caso Clínico**
Chirico M, Ortiz J, Salas M, Martínez S, Bravard M, Benítez-Leite S.
**Cátedra y Servicio de Pediatría. FCM-UNA, Universidad Nacional de Asunción.**

**26. Eritema pigmentado fijo como diagnóstico diferencial de maltrato infantil**
Gómez M, Re L, Valiente C, Rotela V, Buongermini A, Di Martino Ortiz B, Rodríguez M, Knopfelmacher O, Bolla De Lezcano L.
**Cátedra de Dermatología. Hospital de Clínicas. Facultad De Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción-Paraguay.**

**27. Escabiosis. Casos Intrafamiliares**
Cuevas M, Boungermini A, Di Martino B, Rodriguez M, Knopfelmacher O, Bolla L.
**Cátedra de Dermatología. Hospital de Clínicas. FCM-UNA.**

**28. Escabiosis o Sarna. Diferentes formas de presentación en Lactantes**
Barboza G, Buongermini A, Di Martino B, Rodríguez M, Knopfelmacher O, Bolla L.
**Cátedra de Dermatología. Hospital de Clínicas. FCM-UNA.**

**29. Etiología de las Infecciones del Tracto Urinario en menores de un año**
Chirico M, Ortiz J, Salas M, Martínez D, Bravard M, Benítez Leite S.
**Cátedra y Servicio De Pediatría, FCM-UNA, Universidad Nacional de Asunción.**

**30. Granuloma Anular. Presentación de caso**
Bougermini A, Narváez D, Valdovinos G, Di Martino B, Rodríguez M, Knopfelmacher O, Bolla L.
**Hospital de Clínicas. Cátedra de Dermatología. FCM–UNA.**

**31. Granuloma Piógeno. Presentación de caso clínico**
Cuevas M, Boungermini A, Di Martino B, Rodriguez M, Knopfelmacher O, Bolla, L.
**Cátedra y Servicio de Dermatología, Hospital de Clínicas, Facultad de Ciencias Médicas- UNA**

**32. Herpes zóster en la infancia. Reporte de dos casos**
Buongermini A, Rotela, Di Martino B, Knopfelmacher O, Rodriguez Masi M, Bolla L.
**Cátedra de Dermatología Hospital de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas-UNA.**

**33. Infección urinaria en Lactantes provenientes de la comunidad**
Mauro A, González C, Gómez I, Troche A, Lascurain A.
**Servicio de Nefrología Infantil Del Hospital Nacional Itaugua Guazu.**

**34. Impétigo a repetición. Reporte de un caso**
Buongermini A, Rotela V, Di Martino B, Knopfelmacher O, Rodriguez Masi M, Bolla L.
**Cátedra de Dermatología. Hospital De Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas-UNA.**

**35. Infección connatal por citomegalovirus. Serie de casos**
Chirico M, Bravard M, Ortiz J, Salas M, Benitez Leite S, Garcete J.
**Cátedra y Servicio de Pediatría, FCM-UNA.**

**36. Larva migrans cutánea. Presentación de dos casos**
Barboza G, Buongermini A, Di Martino B, Rodríguez M, Knopfelmacher O, Bolla L.
**Cátedra de Dermatología. Hospital de Clínicas. FCM-UNA.**

**37. Leishmaniasis Tegumentaria Americana. Presentación de 3 casos**
Collar A.
**Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.**

**38. Síndrome Hemofagocítico secundario a Leishmaniasis visceral. Reporte de un caso**
Aguilar G, Meaurio G, Manavella F, Mattio I, Brizuela S.
**Hospital General Barrio Obrero.**

**39. Tiñas. Presentación de dos casos**
**Barboza G, Buongermini A, Di Martino B, Rodríguez M, Knopfelmacher O, Bolla L.**
**Cátedra de Dermatología. Hospital de Clínicas. FCM-UNA. Paraguay.**

**40. Trombosis venosa profunda secundaria a infección diseminada por Staphylococcus Aureus**
Mitsui N, Martínez G.
**Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.**

**41. Perionixis y Onicomicosis. Presentación de un caso**
Buongermini A, Valiente C, Re L, Di Martino B, Knopfelmacher O, Rodriguez M, Bolla L.
**Cátedra de Dermatología Hospital De Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional De Asunción.**

**42. Varicela congénita. Presentación de caso**
Pefaur S, Buongermini A, Di Martino B, Rodríguez M, Knopfelmacher O, Bolla L.
**Cátedra de Dermatología. Hospital de Clínicas. FCM-UNA.**

**43. Verrugas anogenitales en niños. Serie de casos**
Pefaur S., Buongermini A, Di Martino B, Rodríguez M, Knopfelmacher O, Bolla L.
**Cátedra de Dermatología. Hospital de Clínicas. FCM-UNA.**

**44. Efectos de la implementación de medidas preventivas de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) en un Departamento de Cuidados Intensivos Pediátricos, 2014**
Ozuna M, Delgadillo L, Jiménez J.
**Departamento de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital de Clínicas. FCM-UNA.**

**45. Factores asociados a la colonización por enterococo vancomicina resistente en pacientes pediátricos ingresados a Terapia Intensiva**
Duarte L, Riquelme I, Gallardo M, Jiménez J.
**Hospital de Clínicas, Universidad Nacional de Asunción.**

## MISCELANEAS

**46. Linfangiomas circunscriptos en Escolares. Reporte de 3 casos**
Re M, Valiente C, Rotela V, Buongerminni A, Di Martino B, Knopfelmacher O, Rodríguez Masi M, Bolla L.
**Cátedra de Dermatología. Hospital de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas-UNA.**

**47. Lipoatrofia involutiva localizada en un Escolar. Reporte de caso**
Re M, Gómez G, Buongerminni A, Di Martino B, Knopfelmacher O, Rodríguez M, Bolla L.
**Cátedra de Dermatología. Hospital de Clínicas. Facultad De Ciencias Médicas-UNA.**

**48. Nevus de Becker. Presentación de un caso**
Buongermini A, Valiente C, Re L, Di Martino B, Knopfelmacher O, Rodriguez M, Bolla L.
**Cátedra de Dermatología Hospital de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción.**

**49. Síndrome de Crouzon. A propósito de un caso**
Rolón J.
**Centro Médico Hospital Nacional de Itaugua.**

**50. Síndrome doloroso regional complejo. A propósito de un caso**
Ríos M, Franco C, Arredondo P, Casartelli M.
**Departamento de Neurología Infantil. Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñú.**

**51. Dermatitis de contacto**
Sánchez L, Buongermini A, Meza R, Dimartino B, Rodríguez M, Knofelmacher O, Bolla L.
**Cátedra de Dermatología. FCM. Universidad Nacional de Asunción.**

**52. Tipología de violencia en Niños y Adolescentes del Departamento de Itapúa**
Núñez E, Fernández Z, Araujo C.
**Hospital Regional de Encarnación (HRE**).

**53. Hemangiomas congénitos rápidamente involutivos. Presentación de 2 casos**
Pefaur S, Buongermini A, Di Martino B, Rodríguez M, Knopfelmacher O, Bolla L.
**Cátedra de Dermatología. Hospital de Clínicas. FCM-UNA.**

**54. Estudio de eficacia en el tratamiento del asma grave con infusión de altas dosis de sulfato de magnesio en el Departamento de Urgencias**
Irazuzta J, Paredes F, Pavlicich V, Domínguez S.
**Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.**

**55. El Sistema Español de Triaje en la evaluación de los Neonatos en el Departamento de Urgencias**
Mezquita M, Pavlicich V, Luaces C.
**Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.**

**NEFROLOGÍA**

**56. Complicación vascular post trasplante renal resuelto por Angioplastia Quirúrgica precoz en paciente pediátrico. Reporte de un caso**
Martínez Pico M, Troche A, Núñez N, Gómez N, Mayor M, Jara P, Teixeira E, Saldívar A, Schaerer C, Lugo C, Maidana M, Franco O.
**Unidad de Nefrología Pediátrica. Unidad de Trasplante Renal. Servicio de Cirugía Vascular. Servicio de Cirugía Pediátrica. Servicio de Ecografía. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Central del IPS.**

**57. Nefritis Tubulointersticial Aguda (Ntia). A propósito de un caso**
Núñez N, Martínez Pico M, Troche A, Basabe M, Adorno A, Gómez N.
**Unidad de Nefrología Pediátrica, Servicio de Nefrología HC IPS.**

**58. Vasculitis ANCA-P Positivo con compromiso renal y cerebral en una niña de 12 años de edad**
Gómez N, Martinez M, Morel Z, Núñez N, Troche A, Avalos E, Samudio G.
**Nefrología Pediátrica. Reumatología Pediátrica. Jefe De Sala De Polivalentes Servicio de Pediatría Infectología Pediátrica. Hospital Central del Instituto de Previsión Social.**

**NEONATOLOGÍA**

**59. Aplasia cutis congénita: TIPO VII, a propósito de un caso**
Centurión V, Zavala R, Aguilar L, Gayoso M, Bareiro M.
**Hospital Materna Infantil "Reina Sofía" Cruz Roja Paraguaya.**

**60. A propósito de un caso: Extrofia cloacal**
Pradejczuk T, Riveros M, Araujo C.
**Hospital Regional de Encarnación.**

**61. Características de los Recién Nacidos hijos de madres adolescentes en dos Hospitales Regionales Coronel Oviedo y Caazapá**
Aguilar L, Bellenzier A.
**Hospital Regional de Coronel Oviedo y Hospital Regional de Caazapá. Curso de Postgrado de Neonatología. Facultad de Ciencias Médicas UNCA.**

**62. Esclerosis Tuberosa**
**Centurión I**, Medina A, Valdez R.
**Hospital General Barrio Obrero.**

**63. Frecuencia de la Estenosis Hipertrófica Pilórica en niños menores de 2 meses**
Gini M, Villalba S.
**Servicio de Cirugía Infantil, Hospital Central, Instituto de Previsión Social.**

**64. Incidencia de hijos prematuros de madre adolescentes, en dos Centros de Referencia: Hospital Regional de Coronel Oviedo y Hospital Regional de Caazapá**
Aguilar L, Bellenzier A.
**Hospital Regional de Coronel Oviedo y Hospital Regional de Caazapá. Curso de Postgrado de Neonatología. Facultad de Ciencias Médicas UNCA.**

**65. Mortalidad Neonatal en el Departamento de Itapúa**
Pradejczuk T, Laman L, Araujo C.
**Hospital Regional de Encarnación.**

**66. Osteogénesis Imperfecta Tipo II. Reporte de un caso**
Aguilar L, Gayoso M, Zavala R, Centurión V, Bareiro M.
**Hospital Materna Infantil "Reina Sofía" Cruz Roja Paraguaya.**

**67. Recién Nacidos prematuros en el Hospital Regional de Pedro Juan Caballero**
Garcete M, Brignardello Z, Denis H.
**Hospital Regional de Pedro Juan Caballero.**

**68. Síndrome Wolff Parkinson White en Neonato**
Centurión I, Medina A, Valdez R.
**Hospital General Barrio Obrero.**

**69. Uso de valganciclovir en infección congénita por citomegalovirus. A propósito de un caso**
Bravard M, Mir R, Mendieta E, Lacarruba J, Céspedes E, Genes L, Campuzano A.
**Departamento de Neonatología. Hospital De Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas (FCM). UNA.**

**70. Déficit auditivo por otoemisiones acústicas transitorias en Neonatos egresados de Terapia Intensiva**
López Olmedo R, Báez M, Ferreira M, Díaz Reissner C.
**Instituto de Previsión Social Hospital Central "Dr. Emilio Cubas".**

**71. Gastrosquisis. Nuestra experiencia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Santísima Trinidad**
Fernández M, Rolón P.
**Universidad Nacional de Caaguazú, pos grado de Neonatología.**

## NEUROLOGÍA

**72. Historia natural de la mucopolisacaridosis Tipo II en Paraguay. Importancia de la detección precoz, reporte de 5 casos**
Arredondo P, Franco C, Ríos M, Casartelli M.
**Departamento de Neurología Infantil. Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.**

**73. Schwannoma Vestibular Unilateral en edad pediátrica. Reporte de caso, Asunción 2015**
López Olmedo R, Báez M.
**Instituto de Previsión Social Hospital Central "Dr. Emilio Cubas.**

**74. Síndrome de Dyke-Davidoff-Masson. Presentación de 1 Caso Clínico**
Agüero O, Franco C, Godoy L.
**Hospital General Pediátrico Niños De Acosta Ñú.**

## PEDIATRÍA SOCIAL

**75. Conocimientos y prácticas de los Pediatras con respecto a la atención perinatal en niños con malformaciones con pronóstico reservado de vida**
Verón G, Zacur M, De Mestral E.
**Cátedra y Servicio de Pediatría, FCM-UNA.**

**76. Cuidado de mascotas en una comunidad**
Becker D, Ortellado A, Campuzano De Rolón A, Cuevas J. González M, Segovia C, Benítez C, Rolón P, Valdebenito O, Martínez JP.
**Hospital De Clínicas, Cátedra de Pediatría. FCM-UNA.**

**77. Evaluación de desarrollo en el contexto de AIEPI en una Comunidad**
Presentado E, Ortigoza M, Miño S, Bernal E, Campuzano A.
**Hospital de Clínicas de San Lorenzo. FCM-UNA.**

**78. Salud Bucodental en Niños de la Comunidad 24 de Junio**
Torres MP, Campuzano De Rolón A, Cuevas J, Mora G, Romero Z, Sosa E, Rainero E, Cáceres M, Velázquez F.
**Cátedra de Pediatría, UNA. Hospital de Clínicas-San Lorenzo.**

**79. Uso de Celulares en Niños y Adolescentes de la Comunidad 24 de Junio**
Cuevas J, Ortellado A, Campuzano De Rolón A, Rodríguez A, Maciel E, Gamarra A, Delgado C, Najer G, Cristaldo N. Kunzle K, Centurión M.
**Cátedra de Pediatría, Hospital de Clínicas, UNA.**

**80. Indicadores Perinatales de Hijos de Madres Adolescentes en dos Hospitales Públicos del Gran Asunción**
Rolón P, Fernández M, Benítez L, Domínguez S.
**Hospital de Clínicas FCM-UNA. Hospital Materno infantil San Pablo (MSPyBS).**

81. **Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en Adolescentes de 11 a 18 años que acuden al Colegio Nacional España de la Ciudad de San Lorenzo. Año 2014**
Rolón P, Fernández M, Paredes F, Yd L, Soler J.
**Cátedra y Servicio de Pediatría. Hospital de Clínicas FCM-UNA.**

## REUMATOLOGÍA

**82. Apropósito de un caso Púrpura de Henoch-Schonlein**
Báez L, Alfonso M, Cantero G, Mattio I.
**Hospital General de Barrio Obrero.**

**83. Prevalencia de Nefritis en Niños con Púrpura de Schönlein Henoch del Hospital Civil "Fray Antonio Alcalde". Junio de 2012 a Junio de 2014**
Stanley M, Morales M, Pérez Rulfo D, Arechiga M, Avilés K.
**Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde".**

**84. Purpura de Schonlein Henoch. Reporte de un caso de presentación atípica**
Olmedo G, Martinez G.
**Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.**

## CARDIOLOGÍA

**1. Arritmias en el post operatorio inmediato de cirugía cardíaca en pacientes pediátricos**

Miranda J.
**Departamento de Cardiología Pediátrica Hospital de Clínicas Facultad de Ciencias Médicas-UNA.**

**Introducción:** Las arritmias cardíacas son una de las complicaciones más frecuentes en el postoperatorio inmediato de cirugía cardíaca entre el 35 y el 50% de los pacientes. Entre las causas se encuentran las alteraciones electrolíticas, la agresión quirúrgica directa sobre el tejido cardíaco y las alteraciones secundarias al daño celular isquémico. Las condiciones particulares inherentes al acto quirúrgico pueden iniciar, facilitar o agravar un evento arrítmico por modificaciones en el sustrato anatómico y en sus moduladores. Los pacientes con alteraciones del ritmo previa a la cirugía presentan mayor frecuencia de arritmias en el post quirúrgico inmediato. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de arritmias en el postoperatorio inmediato de cirugía cardiaca. **Materiales y Métodos:** Estudio transversal, descriptivo. Fueron estudiados 91 pacientes post operados de Cardiopatías Congénitas en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos-UCIC, Departamento de Cardiología Pediátrica del Hospital de Clínicas, entre marzo del 2014 y febrero del 2015. **Resultados**: Se consideró un grupo de 91 pacientes, uno excluido por óbito en quirófano, con edad promedio de 4,8 años, 51% del sexo masculino, la prevalencia de arritmias fue del 57%, ningún paciente presentó arritmias previa a la cirugía, 72% de los pacientes requirieron de CEC para la corrección de la cardiopatía, con un tiempo promedio de 56 min, el 44% de los que utilizaron CEC presentaron arritmias. Las arritmias fueron más frecuentes en la siguientes cardiopatías CIV 22%, CIA 18% y T4F 12%. Del total de arritmias, las taquiarrimias representaron el 76%, de las cuales el 92% fueron taquicardias sinusales, las bradiarritmias representaron el 24% del total de arritmias y requirieron estimulación eléctrica con marcapaso transitorio. Del total de pacientes con arritmias el 22% requirieron tratamiento farmacológico, un paciente evolucionó al óbito posterior a una Taquicardia ventricular sustentada. **Conclusiones**: El tipo de cardiopatía congénita, la corrección realizada, asociado a arritmias previas y horas de CEC, son factores fundamentales para la aparición de arritmias.

**2. Consulta cardiológica pediátrica en un Hospital Universitario**

Suh DC, Sanabria L, Estigarribia J, Vázquez D, Pereira P, Szwako R.
**Departamento de Cardiología Pediátrica. Hospital de Clínicas- San Lorenzo. FCM-UNA.**

**Introducción**: La Cardiología Pediátrica se encarga del manejo integral del niño con afecciones cardiovasculares congénitas y adquiridas. **Objetivo**: Caracterizar la consulta cardiológica infanto-juvenil en un centro hospitalario universitario. **Material y Métodos**: Estudio retrospectivo de pacientes de cero a dieciocho años, que consultaron en el Departamento de Cardiología Pediátrica del Hospital de Clínicas entre diciembre 2014 - mayo 2015. **Resultados**: Hubieron 868 consultas, el promedio de edad fue de 8.2 ± 5.15 años, eran de sexo masculino el 52%. El 62% de las consultas fue por cardiopatías congénitas, habiendo sido corregidas quirúrgicamente casi la mitad de ellas. Las más frecuentes fueron la comunicación interventricular, comunicación interauricular, ductus arterioso permeable, tetralogía de Fallot, coartación aórtica y estenosis pulmonar. Entre las afecciones cardiovasculares adquiridas, la cardiopatía reumática fue la más frecuente (2.6%). Entre las condiciones benignas, el soplo inocente y el foramen oval permeable representaron el 3.8 y 3.2% de las consultas respectivamente. La taquicardia paroxística representó el 2.1%. Los estudios básicos solicitados fueron electrocardiograma y radiografía de tórax; en casos necesarios se recurrió a ecocardiograma, holter, ergometría y estudio hemodinámico. **Conclusiones**: Las cardiopatías congénitas representan el principal motivo de consulta y seguimiento cardiológico. Muchas de ellas requieren de corrección quirúrgica. Entre las afecciones adquiridas, la fiebre reumática es aún prevalente.

**3. Dolor torácico en niños y adolescentes**

Suh DC, Sanabria L, Estigarribia J, Vázquez D, Szwako R.
**Departamento de Cardiología Pediátrica. Hospital de Clínicas- San Lorenzo. FCM-UNA.**

**Introducción**: El dolor torácico en niños y adolescentes representa un motivo frecuente de consulta. **Objetivo**: Caracterizar la consulta

cardiológica pediátrica de casos de dolor torácico. **Material y Método**: Estudio retrospectivo de pacientes de 5 a dieciocho años, que consultaron en el Departamento de Cardiología Pediátrica del Hospital de Clínicas por dolor torácico entre febrero 2013-mayo 2015. **Resultados**: Consultaron 36 pacientes, con promedio de edad de 10,5 años (rango de 5 a 17 años); eran de sexo femenino 19 (52,7%). Características del dolor: breve y en reposo: 30 casos (83,3%), relacionado con el esfuerzo 6 casos. Asociado a palpitaciones en 7 casos, síncope en 3 casos, disnea en 2 casos. La radiografía de tórax fue normal en todos; hallazgos electrocardiográficos normales en 33 casos (90%), 1 paciente con extrasístole ventricular y 2 extrasístoles supraventriculares. Hallazgos ecocardiográficos normales en 28 pacientes (96%), y un paciente con esclerosis tuberosa presentaba tumores en el septo interventricular. El Holter de 5 pacientes y la ergometría de 1 paciente resultaron normales. Etiología probable: musculo-esquelético en 2 casos, crisis asmática en 1 caso; en 8 casos se solicitó evaluación psicológica. Los casos restantes fueron remitidos para reevaluación pediátrica. **Conclusión**: El dolor torácico en niños y adolescentes es en general de tipo inespecífico y no relacionado a afecciones cardiovasculares.

**4. Flutter auricular atípico en etapa neonatal complicado con taquicardiomiopatía**

Suh DC, Sanabria L, Benítez V, Estigarribia J, Szwako H.
**Departamento de Cardiología Pediátrica. Hospital de Clínicas- San Lorenzo. FCM-UNA.**

**Introducción**: El flutter auricular (FLA) es un tipo infrecuente de taquicardia supraventricular (TSV) en niños. La taquicardia persistente puede evolucionar hacia una disfunción sistólica (taquicardiomiopatía). **Caso Clínico**: Paciente de sexo masculino, nacido por cesárea por taquicardia fetal. Internado por 12 días ante sospecha de sepsis y taquicardia persistente. Dado de alta con diagnósticos de comunicación interauricular (CIA), ductus arterioso permeable, función sistólica conservada y taquicardia sinusal. En consulta ambulatoria a los 20 días de vida se constata TSV con frecuencia ventricular de 218 latidos por minuto, QRS estrecho sin onda P. Hemodinámicamente estable; el ecocardiograma revela disfunción sistólica y CIA de 7 mm. Recibe adenosina en dos oportunidades, sin respuesta, por lo que se indica amiodarona, disminuyendo la frecuencia cardíaca durante algunas horas. A las 48 horas se lo reevalúa ante la recurrencia de la taquicardia, y se plantea un FLA atípico; recibe adenosina desenmascarando la actividad atrial y posteriormente se realiza cardioversión eléctrica, revirtiendo a ritmo sinusal. El ecocardiograma de control mostró recuperación de la función sistólica. Es dado de alta en buen estado general, sin medicación antiarrítmica. **Comentarios**: El diagnóstico y manejo correcto de una TSV puede evitar la taquicardiomiopatía. La adenosina puede contribuir al diagnóstico en casos refractarios.

## ENDOCRINOLOGÍA

**5. Consecuencias de abandono de tratamiento. Importancia del tamizaje neonatal en el hipotiroidismo congénito**

González L, Monzón R, Ortiz L.
**Hospital Nacional de Itaugua.**

**Introducción:** El Hipotiroidismo Congénito (HC) es una situación de insuficiente actividad hormonal tiroidea para mantener las funciones metabólicas normales en los tejidos, presente en el momento del nacimiento, generalmente asintomática en el neonato y si el tratamiento no es precoz provoca un retraso significativo del desarrollo por lo que se ha instituido pesquisa neonatal rutinaria en nuestro país. **Caso Clínico**: Paciente escolar de sexo masculino de 7 años, diagnosticado a los 2 meses de edad como HC, que abandonó tratamiento. Paciente fue internado por historia de tumefacción de 8 días de evolución en región cervical derecha y fiebre de 3 días de evolución e ingresa para estudios. Se observó fascies sindromática, se realizó el diagnóstico de hipotiroidismo congénito por valores de TSH 237,9 UI/ml (VR menor a 5,4) y T4 menor a 1,0 mg/dl (VR 7,5- 15). **Comentarios:** Paraguay tiene la frecuencia más alta de la región en hipotiroidismo congénito, 1 por cada 1500 recién nacido lo que refuerza la importancia del tamizaje neonatal y seguimiento de casos identificados.

**6. Enfermedad de Graves – Basedow en Pediatría. Presentación de caso clínico**

Anzoátegui R.

cardiológica pediátrica de casos de dolor torácico. **Material y Método**: Estudio retrospectivo de pacientes de 5 a dieciocho años, que consultaron en el Departamento de Cardiología Pediátrica del Hospital de Clínicas por dolor torácico entre febrero 2013-mayo 2015. **Resultados**: Consultaron 36 pacientes, con promedio de edad de 10,5 años (rango de 5 a 17 años); eran de sexo femenino 19 (52,7%). Características del dolor: breve y en reposo: 30 casos (83,3%), relacionado con el esfuerzo 6 casos. Asociado a palpitaciones en 7 casos, síncope en 3 casos, disnea en 2 casos. La radiografía de tórax fue normal en todos; hallazgos electrocardiográficos normales en 33 casos (90%), 1 paciente con extrasístole ventricular y 2 extrasístoles supraventriculares. Hallazgos ecocardiográficos normales en 28 pacientes (96%), y un paciente con esclerosis tuberosa presentaba tumores en el septo interventricular. El Holter de 5 pacientes y la ergometría de 1 paciente resultaron normales. Etiología probable: musculo-esquelético en 2 casos, crisis asmática en 1 caso; en 8 casos se solicitó evaluación psicológica. Los casos restantes fueron remitidos para reevaluación pediátrica. **Conclusión**: El dolor torácico en niños y adolescentes es en general de tipo inespecífico y no relacionado a afecciones cardiovasculares.

**4. Flutter auricular atípico en etapa neonatal complicado con taquicardiomiopatía**

Suh DC, Sanabria L, Benítez V, Estigarribia J, Szwako H.
**Departamento de Cardiología Pediátrica. Hospital de Clínicas- San Lorenzo. FCM-UNA.**

**Introducción**: El flutter auricular (FLA) es un tipo infrecuente de taquicardia supraventricular (TSV) en niños. La taquicardia persistente puede evolucionar hacia una disfunción sistólica (taquicardiomiopatía). **Caso Clínico**: Paciente de sexo masculino, nacido por cesárea por taquicardia fetal. Internado por 12 días ante sospecha de sepsis y taquicardia persistente. Dado de alta con diagnósticos de comunicación interauricular (CIA), ductus arterioso permeable, función sistólica conservada y taquicardia sinusal. En consulta ambulatoria a los 20 días de vida se constata TSV con frecuencia ventricular de 218 latidos por minuto, QRS estrecho sin onda P. Hemodinámicamente estable; el ecocardiograma revela disfunción sistólica y CIA de 7 mm. Recibe adenosina en dos oportunidades, sin respuesta, por lo que se indica amiodarona, disminuyendo la frecuencia cardíaca durante algunas horas. A las 48 horas se lo reevalúa ante la recurrencia de la taquicardia, y se plantea un FLA atípico; recibe adenosina desenmascarando la actividad atrial y posteriormente se realiza cardioversión eléctrica, revirtiendo a ritmo sinusal. El ecocardiograma de control mostró recuperación de la función sistólica. Es dado de alta en buen estado general, sin medicación antiarrítmica. **Comentarios**: El diagnóstico y manejo correcto de una TSV puede evitar la taquicardiomiopatía. La adenosina puede contribuir al diagnóstico en casos refractarios.

## ENDOCRINOLOGÍA

**5. Consecuencias de abandono de tratamiento. Importancia del tamizaje neonatal en el hipotiroidismo congénito**

González L, Monzón R, Ortiz L.
**Hospital Nacional de Itaugua.**

**Introducción:** El Hipotiroidismo Congénito (HC) es una situación de insuficiente actividad hormonal tiroidea para mantener las funciones metabólicas normales en los tejidos, presente en el momento del nacimiento, generalmente asintomática en el neonato y si el tratamiento no es precoz provoca un retraso significativo del desarrollo por lo que se ha instituido pesquisa neonatal rutinaria en nuestro país. **Caso Clínico**: Paciente escolar de sexo masculino de 7 años, diagnosticado a los 2 meses de edad como HC, que abandonó tratamiento. Paciente fue internado por historia de tumefacción de 8 días de evolución en región cervical derecha y fiebre de 3 días de evolución e ingresa para estudios. Se observó fascies sindromática, se realizó el diagnóstico de hipotiroidismo congénito por valores de TSH 237,9 UI/ml (VR menor a 5,4) y T4 menor a 1,0 mg/dl (VR 7,5- 15). **Comentarios:** Paraguay tiene la frecuencia más alta de la región en hipotiroidismo congénito, 1 por cada 1500 recién nacido lo que refuerza la importancia del tamizaje neonatal y seguimiento de casos identificados.

**6. Enfermedad de Graves – Basedow en Pediatría. Presentación de caso clínico**

Anzoátegui R.

**Consultorio Privado, Pedro Juan Caballero.**

**Introducción:** La enfermedad de Graves – Basedow (EGB) es la causa más frecuente de tirotoxicosis en la edad pediátrica. Aunque puede presentarse en la primera infancia, rara vez ocurre en pre-escolares y escolares, su incidencia es mayor en la pubertad. **Caso Clínico:** Paciente de sexo masculino de 5 años y 11 meses quién acude por exoftalmos unilateral derecho sin datos clínicos de hipertiroidismo. Una TAC de órbita informa aumento de musculatura retrocular y descarta tumoración. El Perfil Tiroideo (PT) muestra hipertiroidismo y los anticuerpos solicitados inicialmente, anti-TPO y anti-Tiroglobulina, son +, confirmando la autoinmunidad contra la Glándula Tiroides (GT). Se inicia Propiltiouracilo (PTU) con buena tolerancia y sin presentar reacción adversa. Análisis posterior del TRAB, anticuerpo contra el receptor de TSH, confirma el diagnóstico de EGB. A los 2 años se suspende la medicación y actualmente el paciente toma complemento de Levotiroxina sódica por leve hipofunción de la GT. **Comentarios:** Aunque infrecuente la EGB en la primera infancia y en la edad pediátrica en general, debemos sospechar en casos de exoftalmos uni o bilateral, inquietud, crecimiento rápido o alteración del comportamiento sobre todo en la pubertad y adolescencia. El PT está indicado solicitar ante la sospecha y la remisión oportuna al Endocrinólogo Pediatra y que este solicite los anticuerpos y sobre todo el TRAB, permitirá la confirmación del diagnóstico.

**7. Hipotiroidismo. Reporte de caso**

Bordón J, Mallada D, Verón G, Blanco F, Esquivel I, Benítez S.
**Cátedra y Servicio de Pediatría, FCM-UNA.**

**Introducción:** El hipotiroidismo es una de las enfermedades endocrinas más frecuentes en pediatría. La Tiroiditis Autoinmune representa la patología tiroidea adquirida más frecuente en la infancia. El grado de afectación es variable. La manifestación más constante es la detención del crecimiento, pudiendo pasar inadvertidos otros síntomas de hipofunción, como constipación, letargo, intolerancia al frío, piel seca y bradicardia, entre otros. En el adolescente, además de disminuir el crecimiento estatural, produce retraso del inicio y/o progresión del desarrollo puberal. **Caso Clínico:** Paciente de sexo masculino, de 11 años de edad con facies sindromática, talla baja, que consulta por obesidad y alteración del ritmo de defecación, sin datos de pesquiza neonatal, con diagnóstico en fecha 23/07/15 (segunda consulta en el servicio), en tratamiento con T4 desde la fecha. **Comentario:** Las pruebas de detección neonatales son el único medio de diagnóstico precoz y presentan una alta sensibilidad; en la actualidad, a pesar los métodos de detección y de la mayor accesibilidad a la atención sanitaria, aún hay niños con detección tardía de esta patología.

## GASTROENTEROLOGÍA Y NUTRICIÓN

**8. Consumo de micronutrientes críticos y estilo de vida en estudiantes adolescentes en un Instituto**

Morales A.
**Instituto Superior de Educación Dr. Ignacio Alberto Pane.**

**Introducción:** En la adolescencia, la baja ingesta de alimentos fuentes de micronutrientes conlleva a carencias. **Objetivos:** Determinar la situación nutricional, el consumo y perfil del desayuno, adecuación de energía, de macro y micronutrientes críticos (calcio, hierro, zinc, vitamina A y C) y grupos de alimentos. Caracterizar el nivel de actividad física, sedentarismo y estilo de vida, de setiembre a octubre de 2011 en un Instituto de la cuidad de Ypacaraí. **Material y Métodos:** Estudio observacional descriptivo de corte trasverso, de adolescentes de 14 a 18 años de edad, evaluados por antropometría y encuestas. **Resultados:** Participaron 24 adolescentes (87,5% sexo femenino) entre 14 y 17 años de edad. El IMC/E fue eutrófico (79%), en riesgo de desnutrición (12,5%), y sobrepeso (8,3%). La T/E normal (70,8%), con riesgo de talla baja (25%) y desnutrición crónica (4,2%). El 95,8% ingirió desayuno con perfil: completo (4,2%) (leche + fruta + cereal), medio-regular 50% (leche+ palito o fruta), insuficiente (33,3%), y mala 8,3%. La ingesta media de leche fue de 119,6 ml/día. El 54,2% agregó azúcar ± 33,8 g (3,5 cdas). La adecuación energética fue insuficiente (46%), excesiva (41,5%); con ingesta promedio de 1.758 Kcal/día. En carbohidratos fue adecuada (50%), excesiva (12,5 %), y deficiente (37,5%). En proteínas: 50% adecuada, e insuficiente 4,2 % (46,4g/día); con valor máximo de

**Consultorio Privado, Pedro Juan Caballero.**

**Introducción:** La enfermedad de Graves – Basedow (EGB) es la causa más frecuente de tirotoxicosis en la edad pediátrica. Aunque puede presentarse en la primera infancia, rara vez ocurre en pre-escolares y escolares, su incidencia es mayor en la pubertad. **Caso Clínico:** Paciente de sexo masculino de 5 años y 11 meses quién acude por exoftalmos unilateral derecho sin datos clínicos de hipertiroidismo. Una TAC de órbita informa aumento de musculatura retrocular y descarta tumoración. El Perfil Tiroideo (PT) muestra hipertiroidismo y los anticuerpos solicitados inicialmente, anti-TPO y anti-Tiroglobulina, son +, confirmando la autoinmunidad contra la Glándula Tiroides (GT). Se inicia Propiltiouracilo (PTU) con buena tolerancia y sin presentar reacción adversa. Análisis posterior del TRAB, anticuerpo contra el receptor de TSH, confirma el diagnóstico de EGB. A los 2 años se suspende la medicación y actualmente el paciente toma complemento de Levotiroxina sódica por leve hipofunción de la GT. **Comentarios:** Aunque infrecuente la EGB en la primera infancia y en la edad pediátrica en general, debemos sospechar en casos de exoftalmos uni o bilateral, inquietud, crecimiento rápido o alteración del comportamiento sobre todo en la pubertad y adolescencia. El PT está indicado solicitar ante la sospecha y la remisión oportuna al Endocrinólogo Pediatra y que este solicite los anticuerpos y sobre todo el TRAB, permitirá la confirmación del diagnóstico.

**7. Hipotiroidismo. Reporte de caso**

Bordón J, Mallada D, Verón G, Blanco F, Esquivel I, Benítez S.
**Cátedra y Servicio de Pediatría, FCM-UNA.**

**Introducción:** El hipotiroidismo es una de las enfermedades endocrinas más frecuentes en pediatría. La Tiroiditis Autoinmune representa la patología tiroidea adquirida más frecuente en la infancia. El grado de afectación es variable. La manifestación más constante es la detención del crecimiento, pudiendo pasar inadvertidos otros síntomas de hipofunción, como constipación, letargo, intolerancia al frío, piel seca y bradicardia, entre otros. En el adolescente, además de disminuir el crecimiento estatural, produce retraso del inicio y/o progresión del desarrollo puberal. **Caso Clínico:** Paciente de sexo masculino, de 11 años de edad con facies sindromática, talla baja, que consulta por obesidad y alteración del ritmo de defecación, sin datos de pesquiza neonatal, con diagnóstico en fecha 23/07/15 (segunda consulta en el servicio), en tratamiento con T4 desde la fecha. **Comentario:** Las pruebas de detección neonatales son el único medio de diagnóstico precoz y presentan una alta sensibilidad; en la actualidad, a pesar los métodos de detección y de la mayor accesibilidad a la atención sanitaria, aún hay niños con detección tardía de esta patología.

## GASTROENTEROLOGÍA Y NUTRICIÓN

**8. Consumo de micronutrientes críticos y estilo de vida en estudiantes adolescentes en un Instituto**

Morales A.
**Instituto Superior de Educación Dr. Ignacio Alberto Pane.**

**Introducción:** En la adolescencia, la baja ingesta de alimentos fuentes de micronutrientes conlleva a carencias. **Objetivos:** Determinar la situación nutricional, el consumo y perfil del desayuno, adecuación de energía, de macro y micronutrientes críticos (calcio, hierro, zinc, vitamina A y C) y grupos de alimentos. Caracterizar el nivel de actividad física, sedentarismo y estilo de vida, de setiembre a octubre de 2011 en un Instituto de la cuidad de Ypacaraí. **Material y Métodos:** Estudio observacional descriptivo de corte trasverso, de adolescentes de 14 a 18 años de edad, evaluados por antropometría y encuestas. **Resultados:** Participaron 24 adolescentes (87,5% sexo femenino) entre 14 y 17 años de edad. El IMC/E fue eutrófico (79%), en riesgo de desnutrición (12,5%), y sobrepeso (8,3%). La T/E normal (70,8%), con riesgo de talla baja (25%) y desnutrición crónica (4,2%). El 95,8% ingirió desayuno con perfil: completo (4,2%) (leche + fruta + cereal), medio-regular 50% (leche+ palito o fruta), insuficiente (33,3%), y mala 8,3%. La ingesta media de leche fue de 119,6 ml/día. El 54,2% agregó azúcar ± 33,8 g (3,5 cdas). La adecuación energética fue insuficiente (46%), excesiva (41,5%); con ingesta promedio de 1.758 Kcal/día. En carbohidratos fue adecuada (50%), excesiva (12,5 %), y deficiente (37,5%). En proteínas: 50% adecuada, e insuficiente 4,2 % (46,4g/día); con valor máximo de

23,8% del VCT. Los lípidos presentaron adecuación excesiva (67%) y adecuada e insuficiente (16,6% cada uno). En micronutrientes fue adecuado/insuficiente: el calcio (58,3%/29,2%), hierro (79,2%/8,3%), zinc (62,5%/16,5%), vitamina A (46%/29%) y C (25%/50%). Por grupos de alimentos fue: adecuado en carne roja y pollo (62,5%), lácteos y derivados (58,3%), embutidos (25%), frutas y verduras (16,7%), comidas chatarras (12,5%), legumbres (8,3%) y pescados (4,2%). La clasificación de actividad física ligera (54,2%), muy ligera (33,3%), moderada (8,3 %) e intensa (4,2%); en tanto el índice de sedentarismo inadecuado (91,7%).En el 58,3% el hábito de sueño fue medio (7 horas), corto y largo (20,8% cada uno).El 16,7% consumió habitualmente bebida alcohólica (máximo 600ml). El 8,3% cubrió requerimiento hídrico ingiriendo agua pura, un 33,3% lo hizo agregando tereré; finalmente el 41,6% no cubrió requerimiento y el 12,5% no ingirió agua ni tereré. **Conclusiones:** En la población estudiada existe riesgo de estancamiento en el crecimiento e ingesta de micronutrientes inadecuado en más de la mitad de la población; aunado a consumo, hábitos alimentarios y estilo de vida inadecuado.

**9. Efecto de la implementación de Programa Alimentario Nutricional Integral (PANI) en el estado nutricional de embarazadas y el peso de sus Recién Nacidos del Dpto. de Concepción**

Cano C, Sanabria M.
**Universidad Nacional de Asunción.**

**Introducción:** El PANI tiene como objetivo principal contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población con un enfoque preventivo e integral, favoreciendo principalmente la recuperación nutricional de niños y niñas menores de cinco años con desnutrición y mujeres embarazadas con bajo peso. **Objetivo:** Determinar el efecto de la implementación del PANI en el estado nutricional de las embarazadas y el peso de sus recién nacidos, en los servicios de Salud del Departamento (Dpto.) de Concepción, entre los meses de enero a diciembre de 2011. **Materiales y Métodos**: Diseño cuasi experimental, cuali cuantitativo. Tamaño muestral: 261 embarazadas del Dpto. de Concepción. Variables. Estado nutricional materno y peso del recién nacido, edad materna, etapa gestacional al ingreso al PANI, años de estudio materno. Se evaluó estado nutricional por Gráfico de Rosso Mardones. Se utilizaron medidas paramétricas y no paramétricas, Chi Cuadrado $\chi 2$, $\tau$ student. Se consideró significativo un $p< 0,05$. **Resultados:** De las 261 embarazadas, el 99,6 % ingresó al PANI con diagnóstico de Bajo peso. El 57 % ingresó en el segundo trimestre del embarazo. Sólo 91 embarazadas concurrieron a los controles posteriores y presentaron una mejoría del estado nutricional en el 62,6 % ($p<0,05$). Se constató una deserción del 65,2 %. En un sub grupo de 73 gestantes con datos de peso de sus recién nacidos, estos presentaron un peso superior o igual a 2.500g en un 75,3%. **Conclusión:** En esta población de embarazadas beneficiarias que concurren a los controles en el PANI, se observa un efecto positivo en la mejoría de su estado nutricional y en el peso de sus recién nacidos. Existe un alto porcentaje de deserción del programa.

**10. Eficacia de la intervención nutricional del Programa Alimentario Nutricional Integral (PANI) en niños beneficiarios que asisten al Hospital Regional de Concepción**

Núñez N, Sanabria M, Aguilar G.
**Universidad Nacional de Asunción. Hospital Regional de Concepción.**

**Introducción:** Los programas alimentarios han demostrado ser herramientas eficaces para disminuir la prevalencia de desnutrición infantil. **Objetivo:** Evaluar el efecto del PANI en los indicadores antropométricos y bioquímicos en niños menores de cinco años de edad beneficiarios del programa, que acudieron al Hospital Regional de Concepción, al ingreso al programa versus a los seis meses de intervención. **Material y Métodos:** Diseño cuasi experimental. Muestreo: 195 niños/as< de 5 años de edad, beneficiarios del PANI (Hospital Regional de Concepción) durante el periodo 2014. Variables: Peso, talla, edad, sexo, procedencia, edad materna, escolaridad de la madre, número de hijos, práctica de lactancia materna exclusiva (LME), parasitosis, presencia de agua potable y saneamiento básico. Antropometría: z Peso/Edad, z Peso/Talla y z Talla/Edad. Indicadores bioquímicos Hb, VCM y ferritina. Se utilizaron medidas paramétricas y no paramétricas, $\chi 2$, $\tau$ student. Se consideró significativo un $p < 0,05$. **Resultados:** Masculino: 51,8 %. Promedio de edad 22,9 meses (rango 4-59 meses). El 61,2 % fue menor de dos años de edad. Procedencia urbana 95%, madres adolescentes 12,8%, con menos de 6 años de estudio 18,5%, el 82,6% con $\leq$ de 3 hijos. Acceso a agua segura, 52,3% y a saneamiento básico 56,9%. La prevalencia de LME hasta el 5to mes de vida fue 10,3%. La prevalencia de desnutrición global (DNT) al ingreso fue del 17,9 %, con DNT aguda el 10,8 % y

con DNT crónica el 28,7 %. Se observó una disminución estadísticamente significativa de la prevalencia de desnutrición al 6to mes de tratamiento, del 15,6 % vs 4,4 % (p<0,01). La prevalencia de niños con riesgo de desnutrir tuvo una disminución del 72,6 % al 27,6 % al 6to mes de tratamiento. Indicadores bioquímicos: Hb10, 5±1,27DE, VCM74, 2±9,03, Ferritina 30,5±23,58. Al ingreso se registró anemia 64,1% Al 6to mes mejoría sin anemia 37%. Adherencia al programa: Control regular (6 visitas) 42,6%, irregular (≤ 5) 44,6% y abandono 12,8%. **Conclusiones:** En Concepción se constata una mejoría significativa de los parámetros antropométricos y bioquímicos al 6º mes de tratamiento en los niños y las niñas beneficiarios del PANI.

**11. Estimación de la ingesta de sal a partir de la excreción urinaria de sodio en Escolares y Adolescentes de 6 a 19 años de edad en el Paraguay**

Sánchez S, Masi C, Rojas G, Galeano M, Mendoza L.
**Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.**

**Introducción:** Evidencias científicas demuestran una relación directa entre el consumo de sal y el aumento de la presión arterial. La hipertensión arterial actualmente afecta de manera importante a la población de escolares y adolescentes. Una manera sencilla y práctica de apreciar la ingesta de sal en la población es a partir de la excreción urinaria de sodio. **Objetivo**: Estimar la ingesta de sal a partir de la excreción urinaria de sodio en escolares y adolescentes del Paraguay. **Materiales y Métodos:** Estudio transversal analítico. La muestra estuvo compuesta por escolares y adolescentes de 6 a 19 años de edad que asisten a escuelas públicas del Paraguay. Los distritos del país fueron elegidos mediante un muestreo aleatorio simple considerando los cuadrantes norte, sur, este y oeste. **Resultados:** Se incluyeron a 2666 sujetos de los cuales 52% (n=1386) de sexo femenino. La mediana de la concentración de sodio en orina fue de 163,6±75,5 mmol lo cual corresponde a una estimación de consumo de sal de 9,6±4,4 gramos/día (Valor mínimo: 0,4 y máximo: 34g/día). No hubo diferencias significativas de sodio en orina e ingesta de sal entre sexo femenino y masculino (p=0578; p=0,543). El 85% de los escolares y adolescentes (n=2266) presentó un consumo mayor a 5 gramos/día, observándose a su vez que el 46,1% consume más de 10 gramos/día. **Conclusión:** El consumo de sal es mayor que el recomendado en más de dos tercios de la población escolar y adolescente. Casi la mitad consume más del doble.

**12. Evolución de la desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años del sistema público de salud en el último quinquenio**

Morínigo G, Sánchez S, Sispanov V, Bonzi C, Brizuela M, Medina H, Mendoza L.
**Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.**

**Introducción:** Se ha reportado disminución de la prevalencia nacional de desnutrición crónica en Paraguay. La población infantil atendida en servicios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social-(MSPBS) se considera vulnerable, es importante conocer si esta disminución les ha afectado. **Objetivo:** Evaluar la variación entre tasas de desnutrición crónica (DC) del año 2009 y del 2014 en niños/as < 5 años usuarios del sistema público de salud. **Material y Método:** Estudio transversal, descriptivo, comparativo con datos del Sistema de Vigilancia Nutricional-SISVAN de niños/as <5 años en servicios salud del MSPBS. La DC se consideró equivalente a Talla Baja (TB; zTalla/Edad <-2DE). **Resultados:** Fueron evaluados 24.007 niños/as <5 años del 2009 y 69.009 del 2014, en ambos la edad promedio de 21 meses (1-59,9 meses) con igual distribución por sexo (50% varones). Puntaje zTalla/Edad fue -0,45±1,58DE en 2009 y -0,44±1,41DE (T Student, p=0,99). La TB fue del 15% en 2009 vs 12,8% en 2014, esta diferencia fue significativa (2 p<0,000001). **Conclusiones:** Hubo una disminución de las cifras de desnutrición crónica en el último quinquenio para los niños/as <5 años que acuden a los servicios públicos de salud.

**13. Frecuencia de Síndrome Metabólico en Adolescentes con Síndrome de Down**

Godoy L, González R, Sánchez S, Velásquez P.
**Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.**

**Introducción:** El Síndrome Metabólico (SM) comprende un grupo de factores de riesgo que en conjunto aumentan la posibilidad de desarrollar enfermedad cardiovascular. Poco se conoce sobre el mismo en la población con Síndrome de Down. **Objetivo:** Determinar la situación nutricional y la frecuencia del síndrome metabólico en adolescentes con síndrome de Down. **Material y Método:** Estudio transversal, observacional, descriptivo, realizado en adolescentes con Síndrome de Down de 12 a 18 años

de Capital y Área Central en quienes se evaluó: estado nutricional según patrones de referencia de la OMS y con la tabla Sueca (Myrelid A, et al) circunferencia de cintura (CC) niveles de glicemia, colesterol- HDL, Triglicéridos, presión arterial Sistólica y Diastólica. **Resultados:** Se estudiaron a 50 adolescentes con síndrome de Down, 27 fueron varones. La edad media fue de 15±2 años. El peso promedio encontrado fue 53,5±14 kg/m2 y la talla media 145±8 cm, 32 sujetos fueron eutróficos, sobrepeso 13, (obesidad 4 según el patrón de la OMS; según el patrón sueco 17 adolescentes fueron eutróficos, 3 adolescentes con desnutrición, 15 con sobrepeso y 9 con obesidad. No hubo diferencias significativas para diagnóstico de IMC 2, Test de Fisher 9 vs 4, p=0,1). Con el patrón de la OMS se detectó mayor número de adolescentes con talla baja (19 vs 6, 2, p=0,002). Del total 8/50 adolescentes presentaron Sx Metabólico, 30 adolescentes presentaron uno o más componentes y 12 adolescentes no presentaron ningún componente. El elemento más frecuente fue el colesterol HDL inadecuado (n=21) seguido de presión arterial alterada (n=20), triglicéridos elevados (n=17) y 7 adolescentes tuvieron CC de riesgo. No se observó alteración de la glicemia. **Conclusión:** Casi la quinta parte de la población de adolescentes con Síndrome de Down presentó Síndrome Metabólico. El principal problema fue el exceso de peso. Hubo más talla baja con el uso del patrón sueco versus patrón de la OMS.

**14. Obesidad y circunferencia de cintura de riesgo en Escolares y Adolescentes, año 2014**

Morinigo G, Sánchez S, Sispanov V, Brizuela M, Mendoza De Arbo L.
**Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.**

**Introducción:** La obesidad y sus comorbilidades determinan una expectativa de vida menor. El diámetro de cintura permite valorar obesidad central y es un conocido factor de riesgo cardiovascular. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de obesidad y circunferencia de cintura aumentada en escolares y adolescentes que asisten a escuelas públicas y privadas del país. **Material y Método:** Estudio transversal, descriptivo y analítico de una muestra representativa nacional de escolares y adolescentes de escuelas públicas y privadas. Se realizó evaluación nutricional por antropometría (puntajes zIMC/Edad, zTalla/Edad), según criterios de OMS, y medición de circunferencia de cintura (CC) considerándose de riesgo cardiovascular valor >P°90(NHANES III) como indicador de obesidad central. **Resultados:** Fueron evaluados 11.468 sujetos, edad promedio 10,8años (5-19 años); 50,1% varones; 84,3% de escuelas públicas. Los promedios zIMC/Edad, zTalla/Edad y CC/Edad fueron 0,39±1,15DE; -0,17±1,13DE; 65,5±9,6cm respectivamente. La desnutrición fue del 1,8%, sobrepeso 18,9%, obesidad 8,6%, talla baja 4,5%, CC>°906,9%. Hubo mayor porcentaje de circunferencia de CC>°90 en aquellos con obesidad (52,8% vs 2,6%; 2 p<0,00000), de sexo femenino (8,2% vs 5,7%; 2 p<0,000001), de escuelas privadas (13,7% vs 5,7%; 2 p<0,00000) y con 5-9 años de edad (8,8% vs 5,5%; 2 p<0,00000). **Conclusiones:** Un tercio de los escolares y adolescentes presenta exceso de peso. Hay mayor proporción de circunferencia de cintura de riesgo en: los que asisten a escuelas privadas, sexo femenino, obesos y menores de 10 años.

**15. Percepción, prácticas y aceptabilidad de cuidadores de niños/as beneficiarios del Programa Alimentario Nutricional Integral (PANI) de 2 Hospitales del Departamento Central**

Arriola L, Cuevas C, Sánchez S.
**Carrera Nutrición. Facultad de Ciencias Químicas. Universidad Nacional de Asunción.**

**Introducción:** Alcanzar un mejor conocimiento sobre la valoración que los beneficiarios construyen de las acciones de un programa resulta de gran utilidad para evaluar la gestión y el impacto de la política pública en cuestión. **Objetivo:** Determinar la percepción, prácticas y la aceptabilidad de los cuidadores de niños/as beneficiarios con respecto al Programa Alimentario Nutricional Integral-PANI en 2 hospitales del departamento Central. **Materiales y Métodos:** Observacional, descriptivo transversal, con datos primarios. **Resultados:** La muestra fue de 128 niños/as menores de 5 años beneficiarios del PANI. El promedio de escolaridad del cuidador fue de 9 ± 3 años. Se observó una disminución significativa de la Desnutrición Global y de la Aguda, no así de la Desnutrición Crónica, en un periodo de 6 ± 3 meses de tratamiento. La manipulación y el almacenamiento de la leche del PANI fueron adecuados en el 85,2% y en el 95,3% respectivamente. El 59,4% la preparó de manera inadecuada, el 34,2% por dilución incorrecta y el 31,6% porque no respetaron los pasos de preparación. El 99,2% consume 2 o más veces al día y el 51,6% la consume con otros alimentos. Sólo el 18,7% de los cuidadores comparten el producto. El 67,2% no comprende las corresponsabilidades, el

motivo principal en el 73,3% fue la inasistencia a las charlas/jornadas de capacitación. **Conclusión:** El PANI y el complemento nutricional entregado tienen una excelente aceptabilidad por parte de los cuidadores de niños/as beneficiarios del programa. La manipulación y almacenamiento fueron adecuadas y sólo un tercio de los cuidadores realiza adecuadamente la preparación de la leche.

**16. Perfil alimentario y estado nutricional de niños preescolares que asisten a un colegio de estrato económico alto**

Medina M, Sanabria M.
**Cátedra y Servicio de Pediatría. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción.**

**Introducción:** La dieta está determinada por diversos factores sociales, económicos y culturales, especialmente por los recursos económicos disponibles en la familia. **Objetivo:** Determinar el perfil alimentario y estado nutricional de un grupo de pre escolares de condición socioeconómica alta. **Materiales y Método:** Diseño prospectivo, descriptivo. Tamaño muestral: 67 niños y niñas entre 2–6 años. Variables: Edad, Sexo, Grupos de alimentos. Número de alimentos disponibles en el mercado local, Total de alimentos consumidos. Educación materna. Estado nutricional: z IMC y z Talla/Edad, según estándares nacionales. Se diseñó una encuesta de frecuencia de consumo de alimentos, validada. Se entrevistó a las madres. Nivel de confianza 95%. **Resultados:** Grupo: Niños 29/Niñas 38. El 89,5% de las madres tenia educación terciaria; Estado nutricional: Eutróficos 63%, malnutrición por exceso 31,5%, desnutrición (DNT) moderada 1,5 %, Riesgo DNT 4 %, DNT crónica 1,5%. De un total de 172 alimentos de los 9 grupos, disponibles en el mercado local, la media de número de alimentos consumidos por los niños fue de 69 (IC 95%: 63-74). El rango mínimo fue de 28 alimentos y el máximo correspondió a 126 alimentos. El consumo de ◎ 50% tipos de verduras sólo correspondió al 24 %. El 75 % consumió poca variedad del grupo de frutas. El 78 % consume gaseosas. Alto consumo de grasas y bajo en pescados. Los niños con talla alta consumían mayor variabilidad de alimentos ($p<0,05$). **Conclusiones:** Se observó un alto consumo de grasas y azúcares y bajo consumo de verduras (perfil obesogénico). Un tercio de los preescolares presentó malnutrición por exceso.

**17. Reporte de caso. Litiasis Biliar como causa de ictericia colestásica neonatal**

Cano E, Brizuela E, Salinas R, Bécker D, Ortega N, Larrosa E, Villalba J, Gómez A.
**Servicio de Pediatría. Hospital General de Barrio Obrero.**

**Introducción:** La colelitiasis en la infancia se presenta en 2 grupos de pacientes: recién nacidos de alto riesgo, frecuentemente prematuros que requirieron nutrición parenteral y un segundo grupo que comprende los niños de mayor edad, siendo la mayor parte de estos casos idiopáticos. Es una etiología infrecuente de colestasis neonatal, por lo cual presentamos este interesante caso clínico. **Caso Clínico:** Paciente lactante menor, segundo gemelar, de 1 mes 26 días de vida, sexo femenino, con cuadro de coloración amarillenta de piel y mucosas que presenta desde el nacimiento y empeora 3 días antes del ingreso, extendiéndose hasta palma de manos y planta de pies, acompañándose de rechazo alimentario progresivo y decaimiento del estado general. Niega fiebre y otros síntomas acompañantes. La paciente que es segundo gemelar, prematura con EG de 29 semanas y peso de nacimiento de 1700 gramos, había presentado ictericia en los primeros días de vida, recibiendo luminoterapia durante 3 días sin remisión completa. Estuvo internada en UCIN durante 1 mes recibiendo NPT por 15 días. El primer gemelar falleció en el Servicio. Ingresa con los diagnósticos de Ictericia de etiología a determinar y Sospecha de AVBEH. Al examen físico, lactante hipoactiva pero reactiva, con ictericia generalizada, hernia umbilical y hepatomegalia a 4cm RCD. En su laboratorio presenta GOT y GPT elevadas, BT 22,57 y BD 15,27; TP 88% y Albúmina de 4,18; Fosfatasa alcalina 849UI/L; demostrándose así ictericia colestásica con funcionalidad hepática conservada. Serologías para Toxoplasmosis y CMV IgG positivas; VHA, VHC y AgHBs negativos, VDRL no reactiva. Durante la internación se verifican deposiciones de heces coloreadas. Para investigar AVBEH se realiza ecografía abdominal que informa: hígado mide 65 mm, contorno regular, volumen y parénquima homogéneo. Vías biliares no dilatadas, colédoco mide 3 mm, vesícula biliar distendida, pared fina, contenido: 3 imágenes ecogénicas en su interior, que emiten sombra acústica y miden 3.7 mm, 3.6 mm y 2.4 mm, y otra próxima al colédoco que mide 3 mm. Conclusión: Litiasis de la vesícula biliar y a nivel del colédoco. Luego de la evaluación por Gastroenterología, se inicia ácido ursodesoxicólico 10 mg/kp/día y se solicita una evaluación quirúrgica. Posteriormente, los padres deciden gestionar su traslado al Hospital de Clorinda, lo cual se lleva a cabo cuando el padre presenta una constancia de

dicho hospital que confirma la admisión del paciente. **Conclusión**: En la colestasis neonatal es fundamental detectar condiciones que requieren tratamiento inmediato como la AVBEH, diferenciando rápidamente entre causas extra e intrahepáticas, pues el pronóstico depende del tratamiento precoz antes de las 8 semanas de vida. La litiasis biliar neonatal es una etiología infrecuente. Prematuridad y nutrición parenteral son factores predisponentes de colelitiasis en este grupo etario.

## HEMATOLOGÍA

**18. Aplasia medular secundaria a Influenza tipo A**

Pereira S, Mujica P, Cuella R, Kunert S, Brizuela S, Mattio I, Martínez K.
**Hospital General Barrio Obrero.**

**Introducción:** La aplasia medular es la desaparición de los precursores hematopoyéticos y su sustitución por células grasas, puede deberse a causas congénitas o adquiridas. Dentro de las adquiridas, encontramos las idiopáticas, las secundarias a fármacos, radiaciones o a enfermedades virales. **Caso Clínico:** Escolar, masculino, con antecedentes de fiebre, cefalea, rinorrea y tos seca de 5 días de evolución. Examen físico: palidez de piel, faringes congestivas, no megalias. Hemograma: Hto: 20% Hb: 6,5 g/dL GB: 1960/mm3, N: 20%, L: 78%, Plaquetas: 102000/mm3. Serología para Toxoplasmosis, CMV, parvovirus y RK39, V.D.R.L-HIV: Negativos. Frotis de Sangre Periférica: Hipocromía++, serie blanca disminuida, N: 14%, L: 86%, NO elementos inmaduros, **Plaquetas: 5000**. Medula Ósea: cambios compatibles con APLASIA MEDULAR. Hisopado para virus respiratorios **FluA/H3 POSITIVO**. Tratado con Cefotaxima, Amikacina en el contexto de neutropenia febril, Oseltamivir, transfusiones de GRC y plaquetas. Confirmado el diagnóstico, recibe Prednisona y Ciclosporina; es dado de alta en buen estado clínico. **Comentarios:** En el contexto de una epidemia de Influenza, un caso de Aplasia Medular atribuible al virus de la Influenza **FluA/H3** que con el tratamiento para la infección de base, y el indicado para Aplasia Medular, evolucionó favorablemente.

**19. Oportunidades perdidas para el estudio y tratamiento de las anemias**

Correa A, Schaffer J, Brizuela S, Mattio I.
**Hospital General Barrio Obrero.**

**Introducción:** El síndrome anémico es una de las afecciones más frecuentes a nivel mundial. Su presencia afecta principalmente la respuesta inmunitaria, desarrollo intelectual, capacidades cognitivas. **Objetivos:** Determinar la Prevalencia de anemias estudiadas en un Servicio de Pediatría. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, se registraron los datos de edad, sexo, motivos de internación, hemoglobina, hematocrito, reticulocitos de 356 pacientes, grupo etario 0 - 15 años, en un periodo de 3 meses (Enero a Marzo del 2015) **Resultados:** De 100(28%) pacientes con anemia, 62(62%) fueron leves, 33(33%) moderadas, graves 5(5%), el grupo etario más afectado fue entre 2-4 años, sexo masculino 63(63%), los motivos de internación fueron causas infecciosas 98 (98%). Del total de pacientes con diagnóstico de anemia fueron estudiados 18(18%), 7(21%) de las moderadas, 4(80%) severas y tratadas 42(42%). **Conclusión:** Hubo una alta prevalencia de pacientes con anemia y llamativamente fueron dados de alta sin ser estudiados, hecho preocupante, teniendo en cuenta que es una de las patologías más frecuentes; por lo que consideramos imperativo que pediatras y médicos generales tengan conceptos claros sobre cómo afrontar el diagnóstico y tratamiento de niños con síndrome anémico.

**20. Anemia hemolítica autoinmune refractaria**

Cantero G, Alfonso M, Báez L, Brizuela S, Mattio I.
**Hospital General Barrio Obrero.**

**Introducción:** Las Anemias hemolíticas autoinmunes, son el resultado de la reducción de la vida del eritrocito por mecanismos inmunológicos (mediada por una reacción antígeno-anticuerpo) e incremento de la hemólisis. El diagnóstico se basa en la presencia de signos clínicos y de laboratorio: hemólisis y una prueba de antiglobulina directa o prueba de Coombs directa positiva. Pueden ser idiopáticas o secundarias. **Caso clínico:** Paciente femenina de 14 años, portadora de Anemia Hemolítica Autoinmune desde hace 9 meses, tratada con Prednisona, con respuesta favorable. Actualmente ingresa: palidez de 10 días debilidad, fatiga. Examen Físico: taquicardica, palidez cutáneo mucosa, tinte ictérico moderado, no megalias. Laboratorios: Hb de: 4,8gr/dl. Reticulocitos 22,5 %,

dicho hospital que confirma la admisión del paciente. **Conclusión**: En la colestasis neonatal es fundamental detectar condiciones que requieren tratamiento inmediato como la AVBEH, diferenciando rápidamente entre causas extra e intrahepáticas, pues el pronóstico depende del tratamiento precoz antes de las 8 semanas de vida. La litiasis biliar neonatal es una etiología infrecuente. Prematuridad y nutrición parenteral son factores predisponentes de colelitiasis en este grupo etario.

## HEMATOLOGÍA

**18. Aplasia medular secundaria a Influenza tipo A**

Pereira S, Mujica P, Cuella R, Kunert S, Brizuela S, Mattio I, Martínez K.
**Hospital General Barrio Obrero.**

**Introducción:** La aplasia medular es la desaparición de los precursores hematopoyéticos y su sustitución por células grasas, puede deberse a causas congénitas o adquiridas. Dentro de las adquiridas, encontramos las idiopáticas, las secundarias a fármacos, radiaciones o a enfermedades virales. **Caso Clínico:** Escolar, masculino, con antecedentes de fiebre, cefalea, rinorrea y tos seca de 5 días de evolución. Examen físico: palidez de piel, faringes congestivas, no megalias. Hemograma: Hto: 20% Hb: 6,5 g/dL GB: 1960/mm3, N: 20%, L: 78%, Plaquetas: 102000/mm3. Serología para Toxoplasmosis, CMV, parvovirus y RK39, V.D.R.L-HIV: Negativos. Frotis de Sangre Periférica: Hipocromía++, serie blanca disminuida, N: 14%, L: 86%, NO elementos inmaduros, **Plaquetas: 5000**. Medula Ósea: cambios compatibles con APLASIA MEDULAR. Hisopado para virus respiratorios **FluA/H3 POSITIVO**. Tratado con Cefotaxima, Amikacina en el contexto de neutropenia febril, Oseltamivir, transfusiones de GRC y plaquetas. Confirmado el diagnóstico, recibe Prednisona y Ciclosporina; es dado de alta en buen estado clínico. **Comentarios:** En el contexto de una epidemia de Influenza, un caso de Aplasia Medular atribuible al virus de la Influenza **FluA/H3** que con el tratamiento para la infección de base, y el indicado para Aplasia Medular, evolucionó favorablemente.

**19. Oportunidades perdidas para el estudio y tratamiento de las anemias**

Correa A, Schaffer J, Brizuela S, Mattio I.
**Hospital General Barrio Obrero.**

**Introducción:** El síndrome anémico es una de las afecciones más frecuentes a nivel mundial. Su presencia afecta principalmente la respuesta inmunitaria, desarrollo intelectual, capacidades cognitivas. **Objetivos:** Determinar la Prevalencia de anemias estudiadas en un Servicio de Pediatría. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, se registraron los datos de edad, sexo, motivos de internación, hemoglobina, hematocrito, reticulocitos de 356 pacientes, grupo etario 0 - 15 años, en un periodo de 3 meses (Enero a Marzo del 2015) **Resultados:** De 100(28%) pacientes con anemia, 62(62%) fueron leves, 33(33%) moderadas, graves 5(5%), el grupo etario más afectado fue entre 2-4 años, sexo masculino 63(63%), los motivos de internación fueron causas infecciosas 98 (98%). Del total de pacientes con diagnóstico de anemia fueron estudiados 18(18%), 7(21%) de las moderadas, 4(80%) severas y tratadas 42(42%). **Conclusión:** Hubo una alta prevalencia de pacientes con anemia y llamativamente fueron dados de alta sin ser estudiados, hecho preocupante, teniendo en cuenta que es una de las patologías más frecuentes; por lo que consideramos imperativo que pediatras y médicos generales tengan conceptos claros sobre cómo afrontar el diagnóstico y tratamiento de niños con síndrome anémico.

**20. Anemia hemolítica autoinmune refractaria**

Cantero G, Alfonso M, Báez L, Brizuela S, Mattio I.
**Hospital General Barrio Obrero.**

**Introducción:** Las Anemias hemolíticas autoinmunes, son el resultado de la reducción de la vida del eritrocito por mecanismos inmunológicos (mediada por una reacción antígeno-anticuerpo) e incremento de la hemólisis. El diagnóstico se basa en la presencia de signos clínicos y de laboratorio: hemólisis y una prueba de antiglobulina directa o prueba de Coombs directa positiva. Pueden ser idiopáticas o secundarias. **Caso clínico:** Paciente femenina de 14 años, portadora de Anemia Hemolítica Autoinmune desde hace 9 meses, tratada con Prednisona, con respuesta favorable. Actualmente ingresa: palidez de 10 días debilidad, fatiga. Examen Físico: taquicardica, palidez cutáneo mucosa, tinte ictérico moderado, no megalias. Laboratorios: Hb de: 4,8gr/dl. Reticulocitos 22,5 %,

**Serie roja**: basofilia difusa, normoblastos. Bilirrubina Indirecta 1,38 Directa 0,89, Coombs directo (+) Serología para Hepatitis A, "B" "C", Epstein Barr, Citomegalovirus, Parvovirus negativos. Orina normal .Recibe Transfusiones de GRC, Metil prednisolona 3 días, sin respuesta clínica ni laboratorial, y se indica Inmunoglobulina (EV) por 5 días con respuesta clínica buena, es dada de alta. **Discusión:** Algunos pacientes con anemia hemolítica autoinmune responden al tratamiento con prednisona, no fue el caso de nuestra paciente, en quien debido a la persistencia y agravamiento del fenómeno hemolítico, con alto requerimiento transfusional, recurrimos a otras opciones terapéuticas.

**21. Síndrome de TAR. Reporte de caso**

Chirico M, Ortiz J, Salas M, Herreros MB, Martinez D, Benítez Leite S.
**Cátedra De Pediatría, FCM-UNA, Universidad Nacional De Asunción.**

**Introducción:** El síndrome de TAR (Trombocitopenia con aplasia de radio) es un raro trastorno hematológico congénito con defecto esquelético asociado. Sus manifestaciones son: un cuadro hemorragíparo en el periodo neonatal debido a trombocitopenia asociada a anomalía radial bilateral. Presenta una serie de anomalías asociadas, sobre todo en cara y miembros inferiores. Es un síndrome autosómico recesivo. Presenta una frecuencia en Europa de 0,15 a 0,91 por 100000 nacidos vivos. **Caso clínico:** Neonato de 10 días de vida, con acortamiento de miembros superiores en forma bilateral, acude por aparición de petequias en piel de 24 horas de evolución, se realiza hemograma encontrándose Hb: 9,6 g/dL y plaquetas: 30000/mm3. Se realiza radiografía constatándose ausencia de radio bilateral y presencia de dedo pulgar que certifica el diagnóstico. Ecocardiograma con comunicación interauricular de 2,5 mm. Cariotipo 46, XX confirmado por genetista. Inicia tratamiento con corticoides (prednisona). **Comentario:** Se presentó el caso de un neonato con datos clínicos sugerentes de síndrome de TAR. Como manifestación asociada se evidenció comunicación interauricular, no hallándose otras malformaciones descritas, presentó mejoría a la medicación sintomática. Es importante conocer este síndrome para realizar consejería genética y conocer las manifestaciones que puede presentar para así realizar el diagnóstico precoz y evitar complicaciones asociadas.

## INFECTOLOGÍA

**22. A propósito de un caso de Síndrome de Lemierre**

Alfonso M, Báez L, Cantero G, Brizuela S, Samudio G.
**Hospital General De Barrio Obrero.**

**Introducción:** Síndrome de Lemierre, complicación poco frecuente de infecciones orofaríngeas causadas principalmente por Fusobacterium necrophorum. Se presenta entre 4 a 12 días posterior a una faringitis, caracterizado por trombosis de la vena yugular interna asociado a embolias sépticas pulmonares que puede evolucionar a sepsis severa. **Caso Clínico:** Niño de 8 años con historia prehospitalaria de: tumefacción del cuello de 7 días con signos inflamatorios, dolor de garganta de 7 días, decaimiento del estado general de 3 días, tos de 2 días, fiebre de 2 días, dificultad respiratoria de horas de evolución, luce séptico, al ingreso laboratorio blancos: 17210/mm3 L: 12% N: 88%, PCR: +++. TAC contrastada informa trombosis de vena profunda del cuello. Tratamiento con terapia antibiótica de amplio espectro, dada de alta luego de 18 días. **Comentario:** Síndrome de Lemierre, enfermedad infrecuente que afecta a jóvenes. El tratamiento se basa en antibióticos endovenosos y luego terapia oral prolongada. Embolias sépticas son una complicación frecuente, siendo el pulmón el órgano más afectado. Se requiere un alto índice de sospecha ante todo cuadro séptico en escolares y jóvenes tras una infección orofaríngea.

**23. A propósito de un caso: Síndrome de Loeffler**

Espínola S, Pradejczuk T, Luraschi N, Araujo C.
**Hospital Regional de Encarnación.**

**Introducción.** En 1932 Loeffler describe un síndrome caracterizado por sintomatología respiratoria compatible con "pulmón sibilante", radiografía de tórax con infiltrado intersticial bilateral, difuso, abigarrado y transitorio compatible con neumonitis asociada de modo obligatorio a eosinofilia periférica. **Caso Clínico**: Paciente de 5 años de edad, sexo masculino, procedente de Capitán Meza, sin antecedentes patológicos personales de valor,

**Serie roja**: basofilia difusa, normoblastos. Bilirrubina Indirecta 1,38 Directa 0,89, Coombs directo (+) Serología para Hepatitis A, "B" "C", Epstein Barr, Citomegalovirus, Parvovirus negativos. Orina normal .Recibe Transfusiones de GRC, Metil prednisolona 3 días, sin respuesta clínica ni laboratorial, y se indica Inmunoglobulina (EV) por 5 días con respuesta clínica buena, es dada de alta. **Discusión:** Algunos pacientes con anemia hemolítica autoinmune responden al tratamiento con prednisona, no fue el caso de nuestra paciente, en quien debido a la persistencia y agravamiento del fenómeno hemolítico, con alto requerimiento transfusional, recurrimos a otras opciones terapéuticas.

**21. Síndrome de TAR. Reporte de caso**

Chirico M, Ortiz J, Salas M, Herreros MB, Martinez D, Benítez Leite S.
**Cátedra De Pediatría, FCM-UNA, Universidad Nacional De Asunción.**

**Introducción:** El síndrome de TAR (Trombocitopenia con aplasia de radio) es un raro trastorno hematológico congénito con defecto esquelético asociado. Sus manifestaciones son: un cuadro hemorragíparo en el periodo neonatal debido a trombocitopenia asociada a anomalía radial bilateral. Presenta una serie de anomalías asociadas, sobre todo en cara y miembros inferiores. Es un síndrome autosómico recesivo. Presenta una frecuencia en Europa de 0,15 a 0,91 por 100000 nacidos vivos. **Caso clínico:** Neonato de 10 días de vida, con acortamiento de miembros superiores en forma bilateral, acude por aparición de petequias en piel de 24 horas de evolución, se realiza hemograma encontrándose Hb: 9,6 g/dL y plaquetas: 30000/mm3. Se realiza radiografía constatándose ausencia de radio bilateral y presencia de dedo pulgar que certifica el diagnóstico. Ecocardiograma con comunicación interauricular de 2,5 mm. Cariotipo 46, XX confirmado por genetista. Inicia tratamiento con corticoides (prednisona). **Comentario:** Se presentó el caso de un neonato con datos clínicos sugerentes de síndrome de TAR. Como manifestación asociada se evidenció comunicación interauricular, no hallándose otras malformaciones descritas, presentó mejoría a la medicación sintomática. Es importante conocer este síndrome para realizar consejería genética y conocer las manifestaciones que puede presentar para así realizar el diagnóstico precoz y evitar complicaciones asociadas.

## INFECTOLOGÍA

**22. A propósito de un caso de Síndrome de Lemierre**

Alfonso M, Báez L, Cantero G, Brizuela S, Samudio G.
**Hospital General De Barrio Obrero.**

**Introducción:** Síndrome de Lemierre, complicación poco frecuente de infecciones orofaríngeas causadas principalmente por Fusobacterium necrophorum. Se presenta entre 4 a 12 días posterior a una faringitis, caracterizado por trombosis de la vena yugular interna asociado a embolias sépticas pulmonares que puede evolucionar a sepsis severa. **Caso Clínico:** Niño de 8 años con historia prehospitalaria de: tumefacción del cuello de 7 días con signos inflamatorios, dolor de garganta de 7 días, decaimiento del estado general de 3 días, tos de 2 días, fiebre de 2 días, dificultad respiratoria de horas de evolución, luce séptico, al ingreso laboratorio blancos: 17210/mm3 L: 12% N: 88%, PCR: +++. TAC contrastada informa trombosis de vena profunda del cuello. Tratamiento con terapia antibiótica de amplio espectro, dada de alta luego de 18 días. **Comentario:** Síndrome de Lemierre, enfermedad infrecuente que afecta a jóvenes. El tratamiento se basa en antibióticos endovenosos y luego terapia oral prolongada. Embolias sépticas son una complicación frecuente, siendo el pulmón el órgano más afectado. Se requiere un alto índice de sospecha ante todo cuadro séptico en escolares y jóvenes tras una infección orofaríngea.

**23. A propósito de un caso: Síndrome de Loeffler**

Espínola S, Pradejczuk T, Luraschi N, Araujo C.
**Hospital Regional de Encarnación.**

**Introducción.** En 1932 Loeffler describe un síndrome caracterizado por sintomatología respiratoria compatible con "pulmón sibilante", radiografía de tórax con infiltrado intersticial bilateral, difuso, abigarrado y transitorio compatible con neumonitis asociada de modo obligatorio a eosinofilia periférica. **Caso Clínico**: Paciente de 5 años de edad, sexo masculino, procedente de Capitán Meza, sin antecedentes patológicos personales de valor,

vacunas completas, ingreso con historia de fiebre no graduada de 8 días, dolor abdominal de 4 días, expulsión de ascaris con la defecación en una oportunidad. Examen Físico: febril, murmullo vesicular conservado, hepatomegalia a 4 cm del reborde costal. Laboratorio: hb: 9,6 hto: 28,6 Gb: 27.500(N: 26 L: 19 E: 55%) PCR +++.TAC de Tórax: infiltrados pseudonodulares, de hasta 5 mm de diámetro, distribuidos por ambos parénquimas pulmonares. TAC abdominal: hígado de tamaño aumentado, parénquima heterogéneo a expensas de imagen focal hipodensa redondeada a nivel del segmento VI (absceso).Tratamiento con clindamicina+ amikacina por sospecha de absceso hepático, tinidazol por 5 días, albendazol 10 días con mejoría clínica y laboratorial. **Comentario:** Se presenta este caso por su poca frecuencia, la importancia de realizar un diagnóstico precoz para el tratamiento oportuno y eficaz.

**24. Eczema dishidrótico en pacientes atópicos. Presentación de 2 casos clínicos**

Gómez M, Buongermini A, Rodríguez M, Knopfelmacher O, Bolla De Lezcano L.
**Cátedra de Dermatología. Hospital de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción-Paraguay.**

**Introducción:** El eczema dishidrótico representa el 5-20% de los casos de eccema de manos, inusual antes de los 10 años. En el paciente atópico se debe a un aumento de la sensibilidad a alérgenos contactantes o bien a su piel sensible con pobre función de barrera. **Caso Clínico 1:** Varón de 8 años, procedente de Asunción. Cuadro de 2 días de evolución de vesículas de contenido claro en ambas manos, cuadros similares de larga data con resolución espontánea. Examen Físico: Vesículas de contenido seroso, múltiples, agrupadas en caras laterales y palmar de dedos de ambas manos. **Caso Clínico 2:** Varón de 4 años, procedente de Asunción. Con cuadro de 1 mes de evolución de vesículas de contenido claro en ambas manos, sin cuadros similares previos. Examen físico: Vesículas de contenido seroso, múltiples, agrupadas en caras laterales de dedos de ambas mano. Pacientes con antecedentes de dermatitis atópica, sin síntomas acompañantes ni desencadenantes. **Diagnóstico:** Ezcema Dishidrótico. **Tratamiento:** Clobetasol tópico con resolución completa de las lesiones quedando el paciente 2 con Líneas de Beau. **Comentario:** Puede ser agudo o crónico y la severidad puede ir desde un compromiso leve de pocos dedos a una dermatitis severa y debilitante, pudiendo producir alteraciones ungueales.

**25. Enfermedad Granulomatosa Crónica. Caso Clínico**

Chirico M, Ortiz J, Salas M, Martínez S, Bravard M, Benítez-Leite S.
**Cátedra y Servicio de Pediatría. FCM-UNA, Universidad Nacional de Asunción.**

**Introducción:** La enfermedad granulomatosa crónica es una deficiencia primaria que afecta a 1/200.000 nacimientos. Se debe a un error en el metabolismo bactericida leucocitario por defecto en el metabolismo oxidativo, con herencia ligada al cromosoma X (60%) o autosómica recesiva. El cuadro clínico se caracteriza por infecciones recurrentes con formación de granulomas con afectación pulmonar, ganglionar, ósea y de piel. La alta sospecha diagnóstica permite evaluar la función de los fagocitos con test de Nitroazul de tetrazolio (NBT) y/o 123-Dihidrorodamina (DHR). **Caso clínico:** Lactante de 1 año de edad, masculino, acude por absceso ulcerado en región maxilar lado derecho de 3 meses de evolución; fiebre de 72 hs. Sin mejoría con tratamiento antibiótico previo. Cuadro similar anterior en otras localizaciones a los 2 y 6 meses de vida, internándose en otro servicio en ambas oportunidades. No presenta antecedentes familiares de valor. Laboratorio: GB: 16.700 N: 43% L: 52% Plaq: 485.000 Hb:8,7; PCR 48 g/dL. Cultivo en secreción purulenta: Serratia marcenscen. BAAR (-), VIH (-) y TORCHS (-), Rx de tórax normal, ecografía de partes blandas: en región submaxilar derecha ganglios inflamatorios; ecografía abdominal normal. Estallido respiratorio de neutrófilos alterado (NBT: 2% DHR:1). Madre: DHR alterado, NBT normal (portadora). **Comentario:** Ante cuadros infecciosos reiterados en partes blandas, pulmón o aislamiento de gérmenes atípicos como Burkholderia cepacia, Serratia marcescens, Nocardia y/o Aspergillus, es obligatorio realizar las pruebas permitiendo así el diagnostico precoz y realizar tratamiento agresivo de las infecciones, profilaxis y evitar complicaciones.

**26. Eritema pigmentado fijo como diagnóstico diferencial de maltrato infantil**

Gómez M, Re L, Valiente C, Rotela V, Buongermini A, Di Martino Ortiz B, Rodríguez M, Knopfelmacher O, Bolla De Lezcano L.
**Cátedra de Dermatología. Hospital de Clínicas. Facultad De Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción-Paraguay.**

**Introducción:** El 10% de las erupciones fijas por drogas ocurre en población infantil y son consideradas como la segunda causa más frecuente de farmacodermias luego de los exantemas. Pueden simular enfermedades infecciosas, autoinmunes y maltrato infantil. **Caso clínico:** Varón de 3 años, procedente de Luque, con manchas rojas asintomáticas de 3 semanas de evolución, que inician en glúteos y se extienden a abdomen, 24 horas después de recibir dipirona aparecen lesiones similares en párpados superiores y región peribucal. Recibió jarabe antitusivo (Bromhexina, Dextrometorfano y Clorfeniramina) previo inicio de cuadro. Examen físico: máculas eritemato-violáceas en diana, algunas centradas por vesículas, otras erosivas, de 1.5 a 8 cms, bordes regulares, límites netos, en párpados superiores, región peribucal, hombro derecho, glúteos, ombligo, hipogastrio, pliegue inguinal izquierdo, base del pene con exulceración central. No lesiones en mucosas y anexos. Bajos peso y talla para edad. Auxiliares: rutina laboratorial, perfil reumatológico y ecografía abdominal normales. Anatomía Patológica: Erupción liquenoide por drogas (EMF). Tratamiento: Acido Fusídico y Betametasona tópicos con buena evolución. **Comentario:** Plantear el diagnóstico diferencial del EMF con el maltrato infantil. Es responsabilidad del médico indagar, actuar, denunciar y canalizar al niño y la familia a sitios especializados.

**27. Escabiosis. Casos Intrafamiliares**

Cuevas M, Boungermini A, Di Martino B, Rodriguez M, Knopfelmacher O, Bolla L.
**Cátedra de Dermatología. Hospital de Clínicas. FCM-UNA.**

**Introducción**: La escabiosis es una enfermedad cosmopolita, contagiosa y pruriginosa causada por Sarcoptes scabiei variedad hominis, que se observa, sobre todo, en menores de 5 años y se transmite de persona a persona. El diagnóstico es clínico y el tratamiento se fundamenta en medicamentos tópicos y sistémicos; debe indicarse al niño afectado y a todos sus convivientes en forma simultánea para evitar las reinfestaciones. El pronóstico es favorable si se trata correctamente. **Caso Clínico**: Se presentan casos de escabiosis intrafamiliar. Acuden escolares por historia de granos rojos, de 1 a 3 semanas de evolución, en rostro, abdomen, genitales y extremidades, que se acompañan de picazón intensa de predominio nocturno. Al examen físico múltiples pápulas eritematosas, de 0,3-0,8cm de diámetro, algunas cubiertas con costras hemáticas. Con diagnóstico de Escabiosis se inicia tratamiento con Ivermectina, incluyendo a toda la familia y las medidas higiénicas correspondientes. **Comentarios**: Es importante destacar el tratamiento de todos, aun de los convivientes asintomáticos porque la afección es altamente contagiosa, el período de incubación es asintomático y una vez tratada, la escabiosis no deja inmunidad, iniciando nuevamente el ciclo intrafamiliar. Es fundamental asegurarse de que la familia comprenda el tratamiento para lograr el éxito terapéutico.

**28. Escabiosis o Sarna. Diferentes formas de presentación en Lactantes**

Barboza G, Buongermini A, Di Martino B, Rodríguez M, Knopfelmacher O, Bolla L.
**Cátedra de Dermatología. Hospital de Clínicas. FCM-UNA.**

**Introducción:** Agente: ácaro Sarcoptes scabiei, variedad hominis. Contagio: directo piel a piel, menos frecuente a través de ropa, camas, toallas. Lesiones directas por el parásito: surcos acarinos, en su extremo presenta una vesícula blanquecina perlada, denominada eminencia acarina de Bazin. Excoriaciones por rascado debido al prurito intenso, agregándose costras, pústulas y placas eccematosas. Lesiones indirectas por sensibilización, llamado prurigo acarino, consiste en máculo-pápulas eritematosas. En lactantes es característica la ubicación en pliegues palmo-plantares, muñeca, codos, axilas, genitales; puede afectar el rostro. **Sarna nodular** variedad que presenta lesiones papulonodulares de color amarronado. D**iagnóstico:** clínico, puede recurrirse a la histopatología en casos dudosos. **Diagnósticos diferenciales:** Dermatitis atópica, dermatitis de contacto, prurigo, histiocitosis. **Complicaciones:** eccematización y impetiginización. **Tratamiento:** dirigido al paciente, contacto, ropa; para evitar reinfecciones "ping pong ". Sulfuro de azufre al 6%, permetrina 5% únicos recomendados en embarazadas y menores de 2 años. Motiva nuestra presentación entrenar al pediatra para reconocer las formas de presentación en lactantes, de una patología frecuente en el consultorio, cuyo diagnóstico es esencialmente clínico. **Casos Clínicos**: Caso 1: Lactante de 2 meses de vida, con lesiones papulares de 15 días de evolución, pruriginosas, que se inician en abdomen y se extienden al resto del cuerpo. Se observan pápulas eritematocostrosas múltiples de 0,2 a 0,5 cm de diámetro ubicadas en tronco, palma y planta de pies. **Diagnóstico:** escabiosis **Tratamiento:** vaselina azufrada al 6%,

cambio de ropas de cama y baño diariamente, tratamiento familiar. Caso 2: Lactante de 6 meses de vida, con lesiones papulares de 7 días de evolución, pruriginosas, que se inician en abdomen y se extienden al resto del cuerpo. Se observan nódulos eritematosos múltiples de 0,3 a 1 cm de diámetro ubicadas en abdomen, codos, antebrazos y muslos. **Diagnóstico:** Sarna nodular. **Tratamiento:** permetrina 5%, cambio de ropas de cama y baño diariamente, tratamiento familiar. **Comentarios:** Las lesiones no siempre son características, pueden ser escasas, requiriendo un alto índice de sospecha.

**29. Etiología de las Infecciones del Tracto Urinario en menores de un año**

Chirico M, Ortiz J, Salas M, Martínez D, Bravard M, Benítez Leite S.
**Cátedra y Servicio De Pediatría, FCM-UNA, Universidad Nacional de Asunción.**

**Introducción:** La prevalencia de la Infección del Tracto Urinario (ITU) en la población pediátrica es del 5 %. Es más frecuente en menores de 6 meses y en el sexo masculino con relación 4-5/1. La ITU febril en menores de 2 años o la que se presenta con una anomalía de vías urinarias puede ocasionar daño renal permanente. Aproximadamente 6-15% de los pacientes < 2 años desarrollarán cicatriz renal tras el primer episodio de ITU febril. El microorganismo que más frecuentemente invade la vía urinaria es E. coli, que se aísla en casi el 90% de los casos de ITU no complicada. Ocasionalmente otras enterobacterias, tales como Klebsiella, Proteus, Enterobacter, Pseudomona aeruginosa, Enterococci y excepcionalmente Salmonella y Shigella. **Objetivo:** Describir las etiologías más frecuentes de presentación de las ITU en niños menores de 1 año. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo, corte transversal con componente analítico. Revisión de fichas clínicas de niños con diagnóstico de ITU internados en la Cátedra y Servicio de Pediatría FCM UNA del 1 de enero de 2014 al 1 de enero de 2015. **Resultados:** Se encontraron 55 casos, 28/55 de sexo femenino, promedio de edades de 5,2±3,2 meses, 1/55 con anemia severa, 5 moderada y 3 leve, 1 paciente se presentó con datos de choque séptico, 10/55 reunían criterios para sepsis. Escherichia coli se aisló en 26/55 de los casos, seguido por Klebsiella pneumonie en 2/55, Citrobacter freundi, Klebsiella oxytoca, Proteus mirabilis y Pseudomona aeruginosa con 1 caso cada uno. **Conclusiones:** La etiología más frecuente fue Escherichia coli. En todo lactante febril sin foco se debe investigar la presencia de ITU para poder realizar un tratamiento precoz y evitar complicaciones o secuelas a largo plazo, coincidiendo con la bibliografía internacional.

**30. Granuloma Anular. Presentación de caso**

Bougermini A, Narváez D, Valdovinos G, Di Martino B, Rodríguez M, Knopfelmacher O, Bolla L.
**Hospital de Clínicas. Cátedra de Dermatología. FCM–UNA.**

**Introducción:** Entidad inflamatoria autolimitada, caracterizada por placas anulares, asintomáticas, con periferia elevada y centro deprimido, del color de la piel o ligeramente eritematosas. Posiblemente resultante de una reacción inespecífica ante diversos agentes. Afectan manos, pies, muñecas y tobillos. Predominan en niños y en adultos jóvenes, sobre todo mujeres. El diagnóstico se realiza por la clínica y la histopatológica. No existe tratamiento satisfactorio de la enfermedad. **Caso Clínico:** Escolar mujer, 7 años, hiperreactora bronquial tratada con salbutamol según necesidad con placas eritematosas, redondeadas, anulares, de 3 meses de evolución, localizados en muslos, asintomáticos. Fue medicada con Miconazol tópico sin mejoría. Examen Físico: Placas anulares eritematosas redondeadas de bordes regulares, límites netos, en cara posterior de ambos muslos y región glútea izquierda, en número de 7, entre 1 y 3.5 cm. Histología: granuloma anular. **Laboratorio**: todos los parámetros estudiados dentro del rango normal. **Se indica** tacrolimus tópico 0,01% 2 veces/día con mejoría clínica. **Comentarios:** Entidad frecuente en la infancia. Es de importancia poder realizar diagnósticos diferenciales con otras patologías dermatológicas de aspecto clínico similar. El sello diagnóstico dado por la histopatología.

**31. Granuloma Piógeno. Presentación de caso clínico**

Cuevas M, Boungermini A, Di Martino B, Rodriguez M, Knopfelmacher O, Bolla, L.
**Cátedra y Servicio de Dermatología, Hospital de Clínicas, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción.**

**Introducción**: El Granuloma Piógeno es una lesión pseudotumoral secundaria a proliferación vascular reactiva ante diversos estímulos. Representa 0.5% de los tumores cutáneos identificados en la infancia. Se trata de un pequeño nódulo, de crecimiento rápido, que raramente supera el centímetro de diámetro, exofítico, sangra ante pequeños traumatismos.

Puede observarse en cualquier localización aunque son frecuentes en los dedos de las manos y en mucosas, especialmente mucosa gingival y labial. El origen del granuloma piógeno no se conoce con exactitud. El diagnóstico es histopatológico y el tratamiento, quirúrgico. **Caso Clínico**: Paciente masculino de 6 años, con historia de grano rojo en labio inferior de 2 semanas de evolución, aumenta de tamaño y presenta sangrado. Aparece posterior a mordida accidental. Examen físico, tumor rojizo, redondeado, bordes regulares, límites netos, superficie lisa, de 1 cm de diámetro en labio inferior. Ante sospecha clínica de Granuloma Piógeno, se realiza exéresis y se envía a Anatomía Patológica, confirmando el diagnóstico. **Comentarios**: El granuloma piógeno es una neoformación reactiva de la piel, consecutiva a un traumatismo. Son más frecuentes en niños y jóvenes. La sospecha diagnóstica es clínica pero requiere de la confirmación por biopsia. Luego de la extirpación, el pronóstico es bueno, con escasas recidivas.

**32. Herpes zóster en la infancia. Reporte de dos casos**

Buongermini A, Rotela, Di Martino B, Knopfelmacher O, Rodriguez Masi M, Bolla L.
**Cátedra de Dermatología Hospital de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas-UNA.**

**Introducción:** El Herpes zoster (HZ) es la expresión clínica de la reactivación del virus varicela-zóster. Si bien es más frecuente en adultos también puede presentarse en la edad pediátrica y con algunas características diferentes. **Caso Clínico:** Caso 1: Sexo masculino, 12 años, con vesículas pruriginosas en tronco de 2 días de evolución. Examen físico: Vesículas de contenido claro, en ramillete, sobre piel eritematosa, dispuestas de manera lineal en dorso, región sub-axilar y sub-mamaria derecha. Caso 2: Sexo femenino, 13 años, con vesículas en tronco de 3 días de evolución. Examen Físico: Vesículas de contenido claro, algunas erosionadas, cubiertas por costras hemáticas, sobre piel eritematosa, dispuestas de manera lineal en dorso y región sub-axilar y sub-mamaria izquierda. Diagnósticos: Herpes Zóster. **Comentarios**: El HZ es infrecuente en Pediatría. Generalmente se presenta en escolares y adolescentes. Los dermatomas más afectados son del segundo dorsal (D2) al segundo lumbar (L2) y el territorio inervado por el nervio trigémino. Suele curar con resolución completa, al cabo de 1 a 2 semanas. A diferencia del adulto, la neuralgia post herpética es muy rara. El tratamiento antiviral sistémico, solo es necesario en caso de estar afectado un par craneal, exista una inmunodeficiencia asociada o Dermatitis atópica severa.

**33. Infección urinaria en Lactantes provenientes de la comunidad**

Mauro A, González C, Gómez I, Troche A, Lascurain A.
**Servicio de Nefrología Infantil Del Hospital Nacional Itaugua Guazu.**

**Introducción:** El germen más frecuente en las infecciones de vías urinarias es la Escherichia coli. Cuando el germen no es E. Coli, se considera un cuadro atípico, por lo que deben investigarse alteraciones en el sistema urinario. El conocimiento de la sensibilidad del uropatógeno ayuda a la elección del tratamiento empírico inicial en lactantes con infección de vías urinarias (IVU), realizando el tratamiento más adecuado, evitando así la resistencia microbiana. **Objetivos:** Determinar la sensibilidad antimicrobiana en lactantes con IVU, provenientes de la comunidad, internados en el Hospital Nacional de Itaugua en el periodo de enero del 2012 a diciembre del 2014. **Materiales y Métodos:** Observacional, descriptivo, retrospectivo. Se revisaron historias clinicas de pacientes de 0 a 24 meses internados en el servicio de pediatría en el periodo entre enero del 2012 a diciembre del 2014. **Resultados**: Un total de 70 pacientes de 0-24meses de edad, promedio de 7,5 meses. El 58% sexo femenino y 42% masculino Motivo de consulta más frecuente fiebre sin foco 84%. El gérmen más frecuente fue E.coli 75,7% Klebsiella pneumoniae 18,5%, Enterobacter 8,5%, Klebsiella oxytoca, Morganella morgani y providencia 0,01%. Las muestras deurocultivo se tomaron por sondaje vesical. **Conclusiones:** El principal motivo de consulta fue fiebre sin foco, el germen más frecuente fue E.coli, con un porcentaje de 12,8% de BLEE (9-70) y de ellos (5-9) el 55% tuvieron antecedente de IVU, el 100% de los pacientes con E.coli BLEE tenían antecedentes de malformación urológica.

**34. Impétigo a repetición. Reporte de un caso**

Buongermini A, Rotela V, Di Martino B, Knopfelmacher O, Rodriguez Masi M, Bolla L.
**Cátedra de Dermatología. Hospital De Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas-UNA.**

**Introducción:** En los últimos años existe un aumento en la incidencia de infecciones de piel y partes blandas producidas por S.aureus meticilino-

resistentes adquiridas en la comunidad, especialmente en la población pediátrica, sin factores de riesgo. **Caso Clínico:** Varón de 7 años, procedente de área urbana. Consulta por grano rojo en fosa nasal de 7 días de evolución. Presenta cuadros similares a repetición medicados con Cefalexina oral. Al examen físico: Pápula eritematosa, de aprox 1.5 cm de diámetro, bordes regulares, límites netos, con pústula central, en fosa nasal derecha. Diagnóstico: Impétigo vulgar. Auxiliares del Diagnóstico: Hisopado Nasal: Se aisla S. aureus MR. Tratamiento: Trimetoprin-Sulfametoxazol Vía Oral y Mupirocina intranasal por 7 días con resolución del cuadro. **Comentarios:** El Impétigo puede ser vulgar o ampolloso, siendo el vulgar el más frecuente (70%), presentándose como vesiculo-pustulas que evolucionan a costras melicéricas, predominantemente en cara y extremidades. El Diagnóstico es clínico, pudiéndose confirmar con estudios microbiológicos. El tratamiento debe ser tópico o sistémico (vo o ev) según la profundidad e intensidad de la lesión, cubriendo gérmenes habituales de piel. En caso de infecciones cutáneas a repetición deberán descartarse posibilidad de portación del germen (Fosas nasales, ombligo, axilas, región perianal), resistencia bacteriana e inmunodeficiencias primarias.

**35. Infección connatal por citomegalovirus. Serie de casos**

Chirico M, Bravard M, Ortiz J, Salas M, Benitez Leite S, Garcete J.
**Cátedra y Servicio de Pediatría, FCM-UNA.**

**Introducción**. El Citomegalovirus (CMV) puede ser transmitido al recién nacido (RN) por exposición en el tracto genital o la leche de la madre. Un 5-10% de las embarazadas seropositivas excretan CMV en el tracto genital al nacimiento, y entre un 25-55% de los neonatos expuestos se infectan. Puede producir afectación fetal grave, con microcefalia, calcificaciones periventriculares, atrofia óptica, hepatoesplenomegalia, ascitis o hidrops fetal, principalmente si ocurre antes de las 20 semanas. La mitad de los infectados y el 13% de los asintomáticos desarrollan secuelas permanentes, especialmente hipoacusia neurosensorial y retraso mental. **Caso 1:** sexo femenino, de 1 mes 20 días, con historia de fiebre y lesiones descamativas en piel, hepatomegalia de 3cm. VDRL reactiva, serología para CMV IgG e IgM positivos, ecografía abdominal con hepatomegalia, ecografía transfontanelar con imágenes de calcificaciones distribuidas irregularmente en los ventrículos laterales, fondo de ojo normal, evaluación auditiva normal. **Caso 2:** 8 meses de edad, sexo masculino, con convulsiones tónicas generalizadas desde los 6 meses de edad. Presenta microcefalia. IgG + (197 UI/ml), IgM – para CMV. Serología materna: IgG para CMV + (1593.1 UI/ml), IgM -. TAC simple de cráneo: ventriculomegalia, calcificaciones periventriculares, quiste subaracnoideo en fosa posterior. EEG: descargas de espigas en región fronto temporal derecha. Examen oftalmológico normal. Examen audiológico: hipoacusia leve-moderada lado derecho. Ecocardiograma: dilatación de aorta en su porción sinotubular y aorta ascendente. **Caso 3:** RN de sexo femenino, con petequias y purpuras de distribución universal, hepatoesplenomegalia, fontanelas amplias, microcefalia, ecoencéfalo con calcificaciones intracerebrales, dilatación severa de ventrículos, coriorretinitis, alteración hepática, discrasia sanguínea y neumonitis. IgG e IgM reactivos para CMV, se inicia tratamiento con valganciclovir por vía oral y se observa mejoría tanto clínica como laboratorial. **Comentarios:** Si bien la prevalencia de la infección connatal por CMV es baja, se la debe considerar por sus importantes secuelas permanentes en los niños y se la debe investigar en forma rutinaria en las mujeres embarazadas.

**36. Larva migrans cutánea. Presentación de dos casos**

Barboza G, Buongermini A, Di Martino B, Rodríguez M, Knopfelmacher O, Bolla L.
**Cátedra de Dermatología. Hospital de Clínicas. FCM-UNA.**

**Introducción:** Erupción cutánea reptante, causada por el Ancylostoma braziliense (perro y gato) y Ancylostoma caninum (perro). Las lesiones se limitan a la piel, donde adoptan una morfología serpenteante y migratoria acompañada de prurito intenso llamada erupción reptante, localizándose en los pies, piernas, manos, rodillas, codos, nalgas y hombro. **Caso Clínico 1:** Lactante mayor, 2 años, masculino, procede de área urbana del Paraguay, con granitos rojos pruriginos en cara y rodilla de 7 días de evolución. Examen físico: pápulas eritematosas que siguen trayecto serpiginoso en mejilla y rodilla derechas. **Diagnóstico, tratamiento y evolución:** Larva migrante cutánea. Mebendazol + tiabendazol vía oral 3 días. **Caso Clínico 2:** Preescolar, 3 años, masculino, procede de área urbana del Paraguay con granos rojos pruriginosos de 2 semanas de evolución. Antecedente de jugar en

arena. Examen físico: pápulas eritematosas que siguen trayectos lineales serpiginosos, en miembros inferiores, superiores y región glútea. **Diagnóstico y tratamiento:** Larva migrante Cutánea. Ivermectina 0,2 mg/kp dosis única + tiabendazol crema. **Comentario: E**s autolimitada, pero siempre se debe tratar debido al prurito acompañante, la sensación desagradable de la larva arrastrándose en las capas superficiales de la piel y las complicaciones infecciosas que conlleva. Una anamnesis orientada sobre el contacto con arena o tierra es necesaria.

**37. Leishmaniasis Tegumentaria Americana. Presentación de 3 casos**

Collar A.
**Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.**

**Introducción:** La leishmaniasis tegumentaria americana (LTA) es una infección causada por agentes del género Leishmania (L). En Paraguay es causada exclusivamente por la L. brasilienses. **Casos Clínicos:** Caso 1 femenino de 9 años de edad, lesión cutánea en miembro inferior, única, 20 días de evolución, proveniente de la región occidental, Intradermo Reacción de Montenegro (IRM) negativa, serología positiva y biopsia positiva .Recibió 30 días de glucantime con buena evolución**.** Caso 2 femenino 15 años con lesión cutánea en tórax de 25 días de evolución IRM negativa, biopsia positiva. Tratado con glucantime con buen evolución**.** Caso 3- masculino, 13 años de zona endémica con prurito nasal y epistaxis .IRM positiva, serología positiva y biopsia positiva Tratamiento con glucantime, recaída y re internación 3 meses después ,tratado con Anfotericina B. **Comentario:** Las formas de presentación así como la distribución de las lesiones son similares a los reportados en niños. El tratamiento fue efectivo en dos casos de las formas cutáneas, mientras que el paciente con la forma mucocutánea presento recaída y completo 16 días de Anfotericina B.

**38. Síndrome Hemofagocítico secundario a Leishmaniasis visceral. Reporte de un caso**

Aguilar G, Meaurio G, Manavella F, Mattio I, Brizuela S.
**Hospital General Barrio Obrero.**

**Introducción:** El síndrome hemofagocitico es una patología encuadrada en el grupo de las histiocitosis, que puede estar relacionada con numerosas entidades infecciosas, de forma excepcional se ha descrito en pacientes infectados con el parasito leishmania. La leihsmaniasis visceral es una patología frecuente de ciertas zonas endémicas en nuestro país. **Caso Clínico:** Paciente masculino de 2 años de edad, con antecedentes de 21 días de fiebre, crecimiento abdominal, palidez progresiva. Examen físico: Palidez marcada, bazo: a 10 cm del reborde costal izquierdo. Laboratorio: glóbulos blancos: 3280/ mm/3 hemoglobina: 7,7 g/dl Neutrófilos: 0% linfocitos: 98% Plaquetas: 12.000/ mm/3. Aspirado de Médula Ósea: parásitos amastigotes. Tratamiento: Glucantime por 9 dias. Ante empeoramiento clínico, laboratorial (Hemofagocitosis en Médula Osea) se rota a Anfotericina B por 21 días, inmunomodular de colonias de neutrófilos por 5 días, metilpredinosolona e inmunoglobulina en el contexto de un síndrome hemofagocitico, con lo cual el paciente tuvo una evolución favorable. **Comentario:** Esta asociación ofrece unas particularidades importantes en el tratamiento de los pacientes, pues hace más complejo el diagnóstico de la parasitosis, comparte características clínico-patológicas y se ha establecido como una de las inusuales excepciones en las que la respuesta al tratamiento anti infeccioso y con Inmunoglobulina hace innecesaria la quimioterapia.

**39. Tiñas. Presentación de dos casos**

Barboza G, Buongermini A, Di Martino B, Rodríguez M, Knopfelmacher O, Bolla L.
**Cátedra de Dermatología. Hospital de Clínicas. FCM-UNA. Paraguay.**

**Introducción:** Son las micosis superficiales más frecuentes de la infancia. Agentes: Microsporum, Trichophyton y Epidermophyton. Se clasifican en antropófilos, zoófilos, y geófilos. Más común en cara, tronco y miembros. Lesiones: placas eritemato-escamosas con crecimiento centrífugo, centro que tiende a aclarar, borde papuloso, vesiculoso o pustuloso. **Caso 1:** Escolar, 6 años femenino, con granos rojos en cara, de 8 días de evolución. **Examen físico:** Placas eritemato-descamativas de 2 cm de diámetro, con centro claro, en mejilla derecha. **Diagnóstico:** tiña faciei. Se aisla Trichophyton sp. **Tratamiento:** miconazol tópico por 30 días. **Caso 2:** Preescolar, 3 años, masculino. Con dermatitis atópica recalcitrante en tratamiento con corticoides tópicos y por vía oral. Cuadro de una semana de evolución placas eritematosas pruriginosas en brazos y piernas, con extensión al resto del cuerpo. **Examen físico:** placas eritematosas con leve descamación, de 1 a 10 cm de diámetro en tórax,

abdomen, extremidades superiores e inferiores. **Diagnóstico:** tiña de incógnito. Biopsia de piel: hifas en capa córnea. **Tratamiento:** fluconazol VO por 2 semanas. Comentario**:** Manifestaciones clínicas generalmente típicas en pacientes inmunocompetentes, sin medicación previa. El uso de corticoides predispone a la diseminación y al cambio en la morfología de las lesiones (incógnita) por lo que en estos casos puede requerirse una biopsia de piel.

**40. Trombosis venosa profunda secundaria a infección diseminada por Staphylococcus Aureus**

Mitsui N, Martínez G.
**Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.**

**Introducción:** El germen asociado a infección diseminada con trombosis venosa profunda (TVP) es el Stafiloccocus aureus tanto en la población pediátrica como la adulta. Se presenta 4 casos**. Caso 1.** Masculino 7 años con fiebre, dolor y tumefacción de miembro inferior izquierdo (TMII).Ingresa en Shock, neumonía bilateral con derrame y artritis de rodilla y cadera izquierda y TVP Hemocultivo: SA Meticilin resistente (SAMR) .Alta mejorado a los 28 días. **Caso 2:** Femenino de 11 años, con fiebre, lesiones de piel, TMII, artritis de cadera, neumonía y TVP Ingresa en shock Hemocultivo: SA meticilin sensible (MS) .Va de alta mejorada a los 45 días. **Caso 3** Masculino, 14 años con fiebre, dolor TMI bilateral, neumonía, osteomielitis. Hemocultivo: SAMS Se confirma TVP. Alta mejorada a los 45 días. **Caso 4:** Masculino 13 años, con fiebre, neumonía bilateral, TMI en muslo izquierdo y absceso cerebral. Hemocultivo: SAMR. Se confirma TVP. Alta a los 91 días. **Comentarios:** El 12% de las TVP son de causa infecciosa en pacientes pediátricos. La infección diseminada por SAMR es la causa más frecuente, tal como 2 de los casos presentados. Sin embargo el SAMS raras veces lo presentan, tal como 2 de los casos reportados.

**41. Perionixis y Onicomicosis. Presentación de un caso**

Buongermini A, Valiente C, Re L, Di Martino B, Knopfelmacher O, Rodriguez M, Bolla L.
**Cátedra de Dermatología Hospital De Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional De Asunción.**

**Introducción**: La onicomicosis en niños es cada vez más frecuente. Puede estar causada por dermatofitos, levaduras y hongos oportunistas. **Caso Clínico**: Varón, 9 años, procedente de área urbana, asmático. 10 días de evolución de cambio de coloración en segunda uña de mano derecha la cual se torna blanquecina. Enrojecimiento periungueal, drenaje de pus y cambio en la coloración de la uña tercer dedo de mano izquierda. Consultó con facultativo quien lo trata con trimetropim sulfametoxazol por 7 días. Examen físico: onicolisis proximal y lateral con leuconiquia en segunda uña de mano derecha; hematoma subungueal, placa eritematoviolacea de 2cm diámetro, bordes irregulares, limites netos periungueal, en tercera uña de mano izquierda. Diagnóstico: Hematoma subungueal, Perionixis y Onicomicosis. Tratamiento: se indica mupirocina tópica dos veces al día por 1 semana, y se solicita examen directo y cultivo de uña. **Comentarios:** La onicomicosis en niños es muy poco frecuente, frecuentemente afecta las uñas de los pies y la edad de mayor incidencia es entre los 12 y 16 años. Por todo lo dicho, se debe tener en cuenta como diagnóstico diferencial entre las patologías que afectan las uñas.

**42. Varicela congénita. Presentación de caso**

Pefaur S, Buongermini A, Di Martino B, Rodríguez M, Knopfelmacher O, Bolla L.
**Cátedra de Dermatología. Hospital de Clínicas. FCM-UNA.**

**Introducción:** La varicela fetal y el herpes zoster son dos entidades clínicas que pueden acontecer secundariamente por la exposición intraútero al VVZ (Virus Varicela Zoster). Este agente infeccioso como primo infección induce varicela, permanece acantonado en los ganglios nerviosos espinales o en los nervios craneales; ocasionando eventualmente, herpes zoster. **Caso clínico:** Lactante, sexo femenino, 11 meses, Recién Nacida a Término, por parto vaginal, sin complicaciones, con mancha blanca en pierna derecha desde el nacimiento. A los 10 meses de vida presentó herpes zoster, manifestándose como erupción cutánea pápulo-vesicular distribuida metaméricamente en hemitórax derecho, fiebre de bajo grado e irritabilidad. Como antecedente materno, la misma había presentado varicela a las 19 semanas de gestación. **Comentarios:** La infección materna por VVZ durante la gestación es poco frecuente. La afectación fetal o del recién nacido tiene gran interés por la importante morbimortalidad que puede comportar. La clínica depende del momento en que se ha producido la infección en la gestante, por lo que un diagnóstico certero llevara a un tratamiento adecuado.

**43. Verrugas anogenitales en niños. Serie de casos**

Pefaur S., Buongermini A, Di Martino B, Rodríguez M, Knopfelmacher O, Bolla L.
**Cátedra de Dermatología. Hospital de Clínicas. FCM-UNA.**

**Introducción:** Las verrugas anogenitales son lesiones cada vez más frecuentes en la población infantojuvenil. Debido a las formas de contagio, constituyen un dilema para los profesionales, ya que pueden transmitirse por vía sexual y ser la forma de reconocimiento de un abuso sexual infantil. **Casos Clínicos**: 1) Femenina, 7 años. 6 meses antes de la consulta verrugas ano genitales posterior a abuso sexual. 2) Femenina, 3 años. Hace 1 año presenta pápulas verrugosas en región perianal y labios mayores. Madre no relaciona con agente causal y no presenta lesiones similares. 3) Femenina, 3 años. Cuadro inicia hace 4 meses con pápula verrugosa en región perianal, asintomática. Madre niega factor causal evidente. 4) Femenina, 1 año. Cuadro inicia 4 días antes de la consulta con pápulas color piel, verrugosas en labios mayores y perianal. Madre niega lesiones similares. **Comentario:** El abuso sexual es un hecho frecuente, que afecta a niños/as de todas las edades, razas y estratos socioeconómicos, y puede implicar graves lesiones y secuelas físicas y psicológicas. Los HPV mucosos no se pueden contraer de manera traumática a diferencia de los cutáneos que tienen cierto potencial oncogénico.

**44. Efectos de la implementación de medidas preventivas de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) en un Departamento de Cuidados Intensivos Pediátricos, 2014**

Ozuna M, Delgadillo L, Jiménez J.
**Departamento de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital de Clínicas. FCM-UNA.**

**Introducción:** Es importante estimar el costo beneficio de los programas de intervención y su impacto en términos económicos, y sobre todo en calidad de atención a los pacientes, con el fin de continuar con dichas medidas o modificarlas según los resultados obtenidos. **Objetivos:** Conocer el efecto de medidas preventivas de IAAS implementadas en un Departamento de Cuidados Intensivos Pediátricos en el año 2014. **Materiales y Métodos:** Estudio transversal, descriptivo, retrospectivo con componente analítico de pacientes pediátricos con diagnóstico de IAAS durante su internación en el Departamento de Cuidados Intensivos Pediátricos de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Asunción de enero de 2013 hasta diciembre de 2014. **Resultados:** A fin de realizar un análisis estadístico formal se han evaluado 283 historias clínicas, correspondientes al año 2013, y 286 historias clínicas correspondientes al año 2014, con un total de 2.488 y 2.190 días de internación por pacientes correspondientes a los periodos 2013 y 2014, respectivamente distribuyendo los mismos en 2 tandas de 12 meses cada año. Al realizar una prueba Test de Student con un nivel de confianza del 95%, se pudo constatar que la diferencia entre medias de pacientes por día en ambos periodos no fue significativa con un p valor de 0.068. Sin embargo comparando la proporción de infectados por día se observa que las IAAS del periodo 2014 disminuyeron con respecto al 2013, arrojando un p valor de 0.03. Finalmente considerando la proporción diaria de muertes, siendo 4 por día durante el año 2013 y de 2.08 en el 2014 se obtiene un p valor de 0.003. En cuanto a la neumonía asociada a la ventilación mecánica, en el año 2013 hubo una tasa de infección de 13,1/1000; mientras que en el año 2014 la tasa de infección fue de 9,6/1000. Con respecto a las infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéter venoso central, en el año 2013 la tasa de infección de 5,4/1000; mientras que en el año 2014 la tasa de infección de 7,4/1000. Teniendo en cuenta las infecciones del tracto urinario asociadas a CUP, en el año 2013 la tasa de infección de 4,4/1000; mientras que en el año 2014 la tasa de infección fue de 2,3/1000. **Conclusión:** Las medidas implementadas para la reducción de las IAAS contribuyeron significativamente a la disminución de la neumonía asociada al ventilador y a la infección del tracto urinario asociada a catéter.

**45. Factores asociados a la colonización por enterococo vancomicina resistente en pacientes pediátricos ingresados a Terapia Intensiva**

Duarte L, Riquelme I, Gallardo M, Jiménez J.
**Hospital de Clínicas, Universidad Nacional de Asunción.**

**Introducción:** La evolución de la resistencia a los antibióticos es en un problema global. La posibilidad de transferencia de genes de resistencia plantea preocupaciones significativas acerca de la aparición de otros gérmenes resistentes. **Objetivos:** Determinar los factores de riesgo asociados a colonización de Enterococo Vancomicina Resistente (EVR) en pacientes pediátricos ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP)

del Hospital de Clínicas de la UNA. **Material y Métodos**: Estudio observacional, corte transversal, retrospectivo en base a revisión de la historia clínica de 140 pacientes entre 1 mes y 18 años de edad ingresados a la UCIP durante enero 2012 a junio 2013. **Resultados:** La portación fue de 18,6% de los pacientes, la mediana de edad fue de 6 años. El 65% provino de la sala de hematoncológica, 80% tuvo hospitalizaciones previas, 42,3% estuvo expuesto a 2 o más antibióticos, 76% fue internado en área de alto riesgo y más del 60% recibió inmunosupresores. **Conclusiones:** Uno de cada 20 pacientes fue portador de EVR, fueron factores asociados: historia de hospitalización previa, uso previo de antibióticos, haber recibido 2 o más antibióticos de amplio espectro, internación previa en área de riesgo y el uso de inmunosupresores. Estos hallazgos son concordantes con la literatura salvo en puntos como los procedimientos invasivos y en la cantidad de días – antibióticos.

## MISCELANEAS

### 46. Linfangiomas circunscriptos en Escolares. Reporte de 3 casos

Re M, Valiente C, Rotela V, Buongerminni A, Di Martino B, Knopfelmacher O, Rodríguez Masi M, Bolla L.
**Cátedra de Dermatología. Hospital de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas-UNA.**

**Introducción:** Los linfangiomas son neoplasias benignas congénitas cuya localización más frecuente es cabeza y cuello. Los pequeños, se vuelven evidentes durante la infancia o adolescencia. **Casos Clínicos: Caso 1:** Masculino, 11 años. 5 años de evolución de lesiones sobre elevadas color piel en axila. Examen físico: Placa ovalada de 1,5 cm, bordes regulares, límites netos, color piel, superficie lobulada, en axila izquierda. **Caso 2:** Masculino, 9 años. Desde los 9 meses de vida lesiones sobre elevadas, color piel, en abdomen y muslo izquierdo. Examen físico: Placas lineales sobre elevadas de 4 cm y tumores de 8 mm, ambos de bordes irregulares, límites netos, color piel, superficie lobulada, en hipogastrio y muslo izquierdo. **Caso Clínico 3:** Masculino, 6 años. Desde los 2 años de vida, lesión sobre elevada color piel asintomática, crecimiento gradual. Examen físico: tumor de 6 cm bordes regulares, límites netos, color piel, renitente en cara lateral izquierda del tórax. Hemograma y crasis sanguíneas normales. Tras biopsia drena líquido serohemático y se aplana, luego de una semana retoma tamaño. Histopatología: **Linfangiomas circunscriptos**. Ecodoppler: Linfangioma quístico. **Comentarios:** El linfangioma circunscrito, conlleva tratamiento por motivos estéticos, traumáticos o infecciosos; existen múltiples alternativas, pero tienden a la recidiva.

### 47. Lipoatrofia involutiva localizada en un Escolar. Reporte de caso

Re M, Gómez G, Buongerminni A, Di Martino B, Knopfelmacher O, Rodríguez M, Bolla L.
**Cátedra de Dermatología. Hospital de Clínicas. Facultad De Ciencias Médicas-UNA.**

**Introducción:** La Lipoatrofia involutiva localizada (LIL) es una rara y distintiva forma de la lipoatrofia localizada idiopática. Se caracteriza por pérdida de tejido adiposo sin inflamación antecedente, dejando una lesión que se caracteriza por una depresión cutánea sin cambios en la piel suprayacente. Clinicamente existen varios patrones, incluyendo la Lipoatrofia abdominal, Lipoatrofia anular, Lipoatrofia semicircular y lipoatrofia localizada post-inyección. **Caso Clínico:** Masculino, de 8 años de edad, consulta por cuadro de aproximadamente un mes de lesión deprimida color piel en nalga izquierda, al principio del tamaño de un poroto, que va aumentando paulatinamente de tamaño. Un mes previo a la aparición de la lesión se refiere cuadro faríngeo por lo que se le aplica Penicilina intramuscular en nalga izquierda. Histopatología: Atrofia epidérmica, con esclerosis pandérmica, anejos conservados, si bien hay pérdida parcial de las almohadillas adiposas periecrinas. **Diagnóstico:** Lipoatrofia Involutiva Localizada secundaria a inyección de Penicilina. **Comentarios:** Los diagnósticos diferenciales de la LIL incluyen: Lupus eritematoso profundo, Morfea, Liquen escleroso y atrófico o Atrofoderma de Pasini y Pierini. Se debe tranquilizar al paciente y familiares explicando que la condición es benigna. Los anti-inflamatorios como los esteroides sistémicos o los antipalúdicos pueden ser útiles en la primera etapa de la enfermedad.

del Hospital de Clínicas de la UNA. **Material y Métodos**: Estudio observacional, corte transversal, retrospectivo en base a revisión de la historia clínica de 140 pacientes entre 1 mes y 18 años de edad ingresados a la UCIP durante enero 2012 a junio 2013. **Resultados:** La portación fue de 18,6% de los pacientes, la mediana de edad fue de 6 años. El 65% provino de la sala de hematoncológica, 80% tuvo hospitalizaciones previas, 42,3% estuvo expuesto a 2 o más antibióticos, 76% fue internado en área de alto riesgo y más del 60% recibió inmunosupresores. **Conclusiones:** Uno de cada 20 pacientes fue portador de EVR, fueron factores asociados: historia de hospitalización previa, uso previo de antibióticos, haber recibido 2 o más antibióticos de amplio espectro, internación previa en área de riesgo y el uso de inmunosupresores. Estos hallazgos son concordantes con la literatura salvo en puntos como los procedimientos invasivos y en la cantidad de días – antibióticos.

## MISCELANEAS

### 46. Linfangiomas circunscriptos en Escolares. Reporte de 3 casos

Re M, Valiente C, Rotela V, Buongerminni A, Di Martino B, Knopfelmacher O, Rodríguez Masi M, Bolla L.
**Cátedra de Dermatología. Hospital de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas-UNA.**

**Introducción:** Los linfangiomas son neoplasias benignas congénitas cuya localización más frecuente es cabeza y cuello. Los pequeños, se vuelven evidentes durante la infancia o adolescencia. **Casos Clínicos: Caso 1:** Masculino, 11 años. 5 años de evolución de lesiones sobre elevadas color piel en axila. Examen físico: Placa ovalada de 1,5 cm, bordes regulares, límites netos, color piel, superficie lobulada, en axila izquierda. **Caso 2:** Masculino, 9 años. Desde los 9 meses de vida lesiones sobre elevadas, color piel, en abdomen y muslo izquierdo. Examen físico: Placas lineales sobre elevadas de 4 cm y tumores de 8 mm, ambos de bordes irregulares, límites netos, color piel, superficie lobulada, en hipogastrio y muslo izquierdo. **Caso Clínico 3:** Masculino, 6 años. Desde los 2 años de vida, lesión sobre elevada color piel asintomática, crecimiento gradual. Examen físico: tumor de 6 cm bordes regulares, límites netos, color piel, renitente en cara lateral izquierda del tórax. Hemograma y crasis sanguíneas normales. Tras biopsia drena líquido serohemático y se aplana, luego de una semana retoma tamaño. Histopatología: **Linfangiomas circunscriptos**. Ecodoppler: Linfangioma quístico. **Comentarios:** El linfangioma circunscrito, conlleva tratamiento por motivos estéticos, traumáticos o infecciosos; existen múltiples alternativas, pero tienden a la recidiva.

### 47. Lipoatrofia involutiva localizada en un Escolar. Reporte de caso

Re M, Gómez G, Buongerminni A, Di Martino B, Knopfelmacher O, Rodríguez M, Bolla L.
**Cátedra de Dermatología. Hospital de Clínicas. Facultad De Ciencias Médicas-UNA.**

**Introducción:** La Lipoatrofia involutiva localizada (LIL) es una rara y distintiva forma de la lipoatrofia localizada idiopática. Se caracteriza por pérdida de tejido adiposo sin inflamación antecedente, dejando una lesión que se caracteriza por una depresión cutánea sin cambios en la piel suprayacente. Clinicamente existen varios patrones, incluyendo la Lipoatrofia abdominal, Lipoatrofia anular, Lipoatrofia semicircular y lipoatrofia localizada post-inyección. **Caso Clínico:** Masculino, de 8 años de edad, consulta por cuadro de aproximadamente un mes de lesión deprimida color piel en nalga izquierda, al principio del tamaño de un poroto, que va aumentando paulatinamente de tamaño. Un mes previo a la aparición de la lesión se refiere cuadro faríngeo por lo que se le aplica Penicilina intramuscular en nalga izquierda. Histopatología: Atrofia epidérmica, con esclerosis pandérmica, anejos conservados, si bien hay pérdida parcial de las almohadillas adiposas periecrinas. **Diagnóstico:** Lipoatrofia Involutiva Localizada secundaria a inyección de Penicilina. **Comentarios:** Los diagnósticos diferenciales de la LIL incluyen: Lupus eritematoso profundo, Morfea, Liquen escleroso y atrófico o Atrofoderma de Pasini y Pierini. Se debe tranquilizar al paciente y familiares explicando que la condición es benigna. Los anti-inflamatorios como los esteroides sistémicos o los antipalúdicos pueden ser útiles en la primera etapa de la enfermedad.

**48. Nevus de Becker. Presentación de un caso**

Buongermini A, Valiente C, Re L, Di Martino B, Knopfelmacher O, Rodriguez M, Bolla L.
**Cátedra de Dermatología Hospital de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción.**

**Introducción:** El nevus de Becker es un hamartoma, cuando está asociados a diferentes malformaciones se le llama síndrome del Nevus de Becker. De presentación infrecuente, suele pasar desapercibido o estar subdiagnosticado. Suele aparecer en la segunda a tercera décadas de la vida. **Caso Clínico**: Varón de 14 años, sin patología de base, sin antecedentes personales de valor, acude por cuadro de lunar desde el nacimiento que aumenta de tamaño con el crecimiento del paciente, sin otro síntoma. Refiere familiar con mismo lunar. Examen físico: mácula hiperpigmentada de bordes irregulares, límites netos, que abarca hombro, brazo y espalda izquierdos. Diagnóstico: Nevus de Becker. Tratamiento: control cada 6 meses, fotoprotección cada 3 horas. **Comentarios:** A pesar de la infrecuencia del nevus de Becker y de ser mas de aparición a la edad de adulto joven, el caso clínico referido se presenta desde el nacimiento y no muestra hipertricosis hasta la fecha; Es necesario los controles periódicos.

**49. Síndrome de Crouzon. A propósito de un caso**

Rolón J.
**Centro Médico Hospital Nacional de Itaugua.**

**Introducción:** El síndrome de Crouzon es un defecto de origen congénito autonómico dominante debido a mutaciones en FGFR (receptor del factor de crecimiento fibroblástico), el 50% de los casos no presentan historia familiar. La frecuencia de aparición es de 15,5 por millón de nacimientos, su principal manifestación es el cierre precoz de las suturas craneales llevando a complicaciones como retraso mental e hidrocefalia. **Caso Clínico:** Lactante menor de 4 meses de edad, sexo masculino, primer hijo de padres no consanguíneos. Datos del Nacimiento: nace por vía vaginal con apgar 7/8, 36 semanas de edad gestacional, peso de 3300 gr, llama la atención perímetro cefálico (p <3), protrusión importante los de ojos bilateral, implantación baja de las orejas, hipertelorismo ocular, prognatismo mandibular, estrabismo divergente, fue remitido a nuestro centro par evaluación neuroquirúrgica por presentar signos de hipertensión endocraneana. **Comentario:** El seguimiento del paciente debe ser por un equipo multidisciplinario, además del contacto con otros individuos y familias afectados por patologías similares que podría servir de apoyo.

**50. Síndrome doloroso regional complejo. A propósito de un caso**

Ríos M, Franco C, Arredondo P, Casartelli M.
**Departamento de Neurología Infantil. Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñú.**

**Introducción:** El síndrome doloroso regional complejo (SDRC) se caracteriza por dolor acompañado de alteraciones autonómicas, motoras y sensoriales, de distribución regional. Habitualmente precedido por evento desencadenante. Tiene un curso clínico desproporcionado al evento inicial, con deterioro motor. La fisiopatología no se conoce con exactitud. El diagnóstico es clínico. Se distinguen 2 tipos, según haya o no lesión nerviosa. El tratamiento se basa en: tratamiento del dolor, terapia física y terapia psicológica. El pronóstico depende del diagnóstico y tratamiento precoz. **Caso Clínico:** Adolescente, 17 años, femenino, acude por dolor intenso, en región lumbar y miembros inferiores y dificultad para la marcha de 1 semana de evolución. Antecedente de traumatismo y depresión. Al examen físico se constató sintomatología en región lumbar: alodinia, y en miembros inferiores: alodinia, frialdad, cianosis, edema, sudoración, fuerza muscular 3/5 y ROT +++; resto normal. Se realizó: hemograma, electrolitos, glicemia, perfiles: hepático, renal y lipídico, VSG, factor reumatoideo, TAC cráneo y columna, RMN cráneo, EEG, EMG y ENG de miembros inferiores, todos sin alteraciones. Sin mejoría con analgésicos. Hubo evaluación multidisciplinaria. Se planteó el diagnóstico, luego de 2 semanas, de SDRC. Se realizó tratamiento con gabapentina, fisioterapia y psicoterapia con mejoría clínica. **Comentario:** Es necesario conocer éste síndrome para evitar el retraso diagnóstico y terapeútico, así poder calmar la dolencia del paciente, la ansiedad familiar y evitar secuelas.

**51. Dermatitis de contacto**

Sánchez L, Buongermini A, Meza R, Dimartino B, Rodríguez M, Knofelmacher O, Bolla L.
**Cátedra de Dermatología. FCM. Universidad Nacional de Asunción.**

**Introducción**: Las dermatitis por contacto, consecuencia del contacto de la piel con una sustancia química, pueden producirse por varios mecanismos, adoptar varios patrones. Según el

mecanismo patogénico, pueden distinguirse dermatitis por contacto irritativas, alérgicas, fototóxicas y fotoalérgicas. Una misma sustancia puede ser responsable de dermatitis por contacto por diversos mecanismos. La dermatitis de contacto es más frecuente cuanto mayor es el paciente, considerada una enfermedad profesional; es un problema más frecuente de lo que se piensa en niños, suponiendo alrededor de un 20% del total de dermatitis en la infancia. **Caso Clínico:** Varón de 6 años, 48 horas de picazón y ronchas rojas, tras tatuaje en la zona, cinco días después descamación. E. Físico: Placa eritematodescamativa, bordes irregulares, límites netos, en zona de tatuaje, que abarca toda la cara externa de brazo derecho. Se plantea el diagnóstico de Dermatitis de contacto. Tratamiento: Clobetasol tópico. **Discusión:** Una vez esclarecida la causa; la evolución y el pronóstico de los pacientes que padecen Dermatitis de Contacto son buenos. Un niño que sufre este proceso está más predispuesto a padecer dermatitis de contacto por nuevas sustancias. Por ello es importante evitar que tenga un excesivo contacto con agentes irritantes.

**52. Tipología de violencia en Niños y Adolescentes del Departamento de Itapúa**

Núñez E, Fernández Z, Araujo C.
**Hospital Regional de Encarnación (HRE**).

**Introducción:** La violencia es un fenómeno social, económico y cultural, siendo el sector más vulnerable la de niños y adolescentes. Los tipos de violencia son: física, psicológica, sexual, entendiendo la magnitud del problema es necesaria una investigación para una prevención efectiva. **Objetivo:** Describir la tipología de violencia en niños y adolescentes del Departamento de Estadística de la 7ma Región Sanitaria. Itapúa – Paraguay, de enero a julio del 2015. **Material y Métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo, transversal, sobre registros de niños y adolescentes en situación de violencia en el departamento de Itapúa. **Resultados**: La muestra consiste en 308 pacientes, el 54 % de sexo masculino, edad promedio de 15 años (± 4,0), procedencia 80% de los distritos aledaños a Encarnación, de las tipologías de violencia el accidente de tránsito ocupó el 52% y la agresión física el 39%, en febrero se registraron 66% y enero 59% de los casos mencionados. **Conclusión:** En niños y adolescentes, la violencia afecta a ambos sexos por igual y es provocada principalmente por accidentes de tránsito y agresión física.

**53. Hemangiomas congénitos rápidamente involutivos. Presentación de 2 casos**

Pefaur S, Buongermini A, Di Martino B, Rodríguez M, Knopfelmacher O, Bolla L.
**Cátedra de Dermatología. Hospital de Clínicas. FCM-UNA.**

**Introducción**: Los Hemangiomas son tumores vasculares bastante frecuentes en Pediatría. Se clasifican en Hemangiomas infantiles (HI) y Hemangiomas congénitos. Estos últimos según su evolución pueden ser rápidamente involutivos (RICH) o no involutivos (NICH). Los RICH son tumores vasculares muy poco frecuentes, que se caracterizan por estar completamente desarrollados al nacer y por tener una involución espontánea en un corto período de tiempo. **Casos clínicos**: 1) Masculino, 3 meses de vida. Cuadro inicia desde el nacimiento con tumoración eritemato violácea en región lumbosacra, asintomática. 2) Femenina, 9 días de vida. Cuadro inicia desde el nacimiento con tumoración eritematosa en zona escapular izquierda, asintomática. En ambos casos las lesiones se van aclarando espontáneamente, en el segundo caso se decide iniciar propanolol ya que el tamaño no disminuye. **Diagnóstico:** RICH. **Conclusión**: Los hemangiomas congénitos rápidamente involutivos (RICH) son tumores vasculares infrecuentes, que deben diferenciarse de los Hemangiomas infantiles (HI) y de los Hemangiomas congénitos no involutivos (NICH), ya que tienen una evolución, un pronóstico y un tratamiento diferentes. Si bien, en ocasiones, son lesiones alarmantes, es importante su correcto diagnóstico para poder transmitir tranquilidad a los padres y no tomar conductas agresivas innecesarias.

**54. Estudio de eficacia en el tratamiento del asma grave con infusión de altas dosis de sulfato de magnesio en el Departamento de Urgencias**

Irazuzta J, **Paredes F**, Pavlicich V, Domínguez S.
**Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.**

**Introducción**: Los altos niveles de magnesio no unido en el suero, actúan como un relajante del músculo liso con la subsiguiente broncodilatación. El sulfato de magnesio intravenoso ($MgSO_4$) se ha utilizado en el tratamiento del asma en diversos regímenes de dosificación con resultados clínicos inconsistentes. En pediatría, el asma es una de las principales causas de ingreso hospitalario desde la Emergencia. En Paraguay La práctica clínica exige una juiciosa administración de las camas de

hospitalización. **Objetivo:** Evaluar la eficacia de altas dosis de sulfato de magnesio en infusión continúa en pacientes con asma grave, no desencadenada por infecciones. **Material y Método**: Estudio prospectivo, tipo ensayo abierto, aleatorizado, en un servicio de urgencias pediátricas con 29 camas realizado desde 10/2012 a 12/2014. Pacientes 6-16 años de edad que no mejoraron después de 2 horas de tratamiento estándar fueron aleatorizados para recibir sulfato de magnesio (MgSO4), 50 mg / kg en 1 hora (bolo) o dosis alta de sulfato de magnesio: 50 mg / kg / hora durante 4 horas (máximo 8.000 mg / 4 horas). Los pacientes fueron monitorizados por posibles complicaciones cardiorrespiratorias. La gravedad del asma se evaluó a través de las puntuaciones en los scores de gravedad y las tasas de flujo espiratorio máximo (FEM) en 0-2-6 horas. El resultado primario fue el alta hospitalaria a las 24 horas. Se realizó un análisis de la duración de la estancia hospitalaria y los costos como resultado secundario. **Resultados**: Treinta y ocho pacientes fueron enrolados, 19 en cada grupo. Ambos grupos tenían similitud en cuanto a edades, antecedentes de asma, score de gravedad de la crisis y FEM. Hubo una diferencia significativa en los pacientes en cuanto a alta hospitalaria en las primeras 24 horas: 47% en el grupo de altas dosis (9/19) versus 10% (2/21) en el grupo de bolo (p = 0,032) con un RAR 37% (IC 95% 10 63) y un NNT de 2,7 (IC 95% 1.6 a 9.5) para facilitar el alta en o antes de 24 horas. La duración de la estancia fue más corta en el grupo de alta dosis (34,13 ± 19,54); en el grupo de dosis estándar (48,05 ± 18,72), p = 0,013, IC 95% 1,3-26,5. El costo por paciente en el grupo de alta dosis fue 1/3 más baja que el grupo de bolo (infusión $ 603.16 ± 338.47, bolo $ 834,37 ± 306,73, p <0,016). No hubo intervenciones o interrupciones de MgSO4 debido a eventos adversos. **Conclusiones**: Las altas dosis de sulfato de magnesio administrada tempranamente como tratamiento adyuvante para el asma grave en el servicio de urgencias, facilita las altas tempranas.

**55. El Sistema Español de Triaje en la evaluación de los Neonatos en el Departamento de Urgencias**

Mezquita M, Pavlicich V, Luaces C.
**Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.**

**Introducción**: El triaje es una herramienta útil en el control de la calidad y el ordenamiento de la gestión en el departamento de urgencias. La evaluación del consumo de recursos y estadía son indicadores de complejidad de la atención. **Objetivo**: Establecer la correlación entre los niveles de prioridad en neonatos que consultan en el departamento de emergencias pediátricas, la hospitalización y la complejidad de la atención. **Material y Métodos**: Estudio observacional, utilizando la base de datos, de los pacientes clasificados con el Modelo Andorrano de triaje, Sistema Español de Triaje (MAT – SET) con el software ePATV4, en las emergencias pediátricas. Se incluyeron a neonatos clasificados en los 3 niveles de atención establecida para menores de 28 días: Nivel I resucitación; Nivel II emergencia y Nivel III urgencia. Se analizó la correlación entre los niveles de prioridad y la necesidad de hospitalización y consumo de recursos. Los datos fueron analizados con SPSSv21, utilizando el test de Goodman Kruskal gamma para las correlaciones y Anova para los tiempos de atención. Se consideró un error alfa inferior al 5%. **Resultados**: Se incluyeron 1103 neonatos. Encontramos que a mayor nivel de prioridad, mayor porcentaje de hospitalización y complejidad en la atención. La correlación fue moderada, 0,66 para la hospitalización y 0,59 para la complejidad de la atención. **Conclusiones**: La utilización del Sistema Español de Triaje tuvo buena correlación con la hospitalización y la complejidad de la atención en neonatos en el departamento de Urgencias.

## NEFROLOGÍA

**56. Complicación vascular post trasplante renal resuelto por Angioplastia Quirúrgica precoz en paciente pediátrico. Reporte de un caso**

Martínez Pico M, Troche A, Núñez N, Gómez N, Mayor M, Jara P, Teixeira E, Saldívar A, Schaerer C, Lugo C, Maidana M, Franco O.
**Unidad de Nefrología Pediátrica. Unidad de Trasplante Renal. Servicio de Cirugía Vascular. Servicio de Cirugía Pediátrica. Servicio de Ecografía. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Central del IPS.**

**Introducción**: el trasplante renal es el tratamiento de elección de la insuficiencia renal terminal en niños, consiguiendo una mejoría en su calidad de vida y en su condición de salud. La sobrevida del injerto a corto

hospitalización. **Objetivo:** Evaluar la eficacia de altas dosis de sulfato de magnesio en infusión continúa en pacientes con asma grave, no desencadenada por infecciones. **Material y Método**: Estudio prospectivo, tipo ensayo abierto, aleatorizado, en un servicio de urgencias pediátricas con 29 camas realizado desde 10/2012 a 12/2014. Pacientes 6-16 años de edad que no mejoraron después de 2 horas de tratamiento estándar fueron aleatorizados para recibir sulfato de magnesio (MgSO4), 50 mg / kg en 1 hora (bolo) o dosis alta de sulfato de magnesio: 50 mg / kg / hora durante 4 horas (máximo 8.000 mg / 4 horas). Los pacientes fueron monitorizados por posibles complicaciones cardiorrespiratorias. La gravedad del asma se evaluó a través de las puntuaciones en los scores de gravedad y las tasas de flujo espiratorio máximo (FEM) en 0-2-6 horas. El resultado primario fue el alta hospitalaria a las 24 horas. Se realizó un análisis de la duración de la estancia hospitalaria y los costos como resultado secundario. **Resultados**: Treinta y ocho pacientes fueron enrolados, 19 en cada grupo. Ambos grupos tenían similitud en cuanto a edades, antecedentes de asma, score de gravedad de la crisis y FEM. Hubo una diferencia significativa en los pacientes en cuanto a alta hospitalaria en las primeras 24 horas: 47% en el grupo de altas dosis (9/19) versus 10% (2/21) en el grupo de bolo (p = 0,032) con un RAR 37% (IC 95% 10 63) y un NNT de 2,7 (IC 95% 1.6 a 9.5) para facilitar el alta en o antes de 24 horas. La duración de la estancia fue más corta en el grupo de alta dosis (34,13 ± 19,54); en el grupo de dosis estándar (48,05 ± 18,72), p = 0,013, IC 95% 1,3-26,5. El costo por paciente en el grupo de alta dosis fue 1/3 más baja que el grupo de bolo (infusión $ 603.16 ± 338.47, bolo $ 834,37 ± 306,73, p <0,016). No hubo intervenciones o interrupciones de MgSO4 debido a eventos adversos. **Conclusiones**: Las altas dosis de sulfato de magnesio administrada tempranamente como tratamiento adyuvante para el asma grave en el servicio de urgencias, facilita las altas tempranas.

**55. El Sistema Español de Triaje en la evaluación de los Neonatos en el Departamento de Urgencias**

Mezquita M, Pavlicich V, Luaces C.
**Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.**

**Introducción**: El triaje es una herramienta útil en el control de la calidad y el ordenamiento de la gestión en el departamento de urgencias. La evaluación del consumo de recursos y estadía son indicadores de complejidad de la atención. **Objetivo**: Establecer la correlación entre los niveles de prioridad en neonatos que consultan en el departamento de emergencias pediátricas, la hospitalización y la complejidad de la atención. **Material y Métodos**: Estudio observacional, utilizando la base de datos, de los pacientes clasificados con el Modelo Andorrano de triaje, Sistema Español de Triaje (MAT – SET) con el software ePATV4, en las emergencias pediátricas. Se incluyeron a neonatos clasificados en los 3 niveles de atención establecida para menores de 28 días: Nivel I resucitación; Nivel II emergencia y Nivel III urgencia. Se analizó la correlación entre los niveles de prioridad y la necesidad de hospitalización y consumo de recursos. Los datos fueron analizados con SPSSv21, utilizando el test de Goodman Kruskal gamma para las correlaciones y Anova para los tiempos de atención. Se consideró un error alfa inferior al 5%. **Resultados**: Se incluyeron 1103 neonatos. Encontramos que a mayor nivel de prioridad, mayor porcentaje de hospitalización y complejidad en la atención. La correlación fue moderada, 0,66 para la hospitalización y 0,59 para la complejidad de la atención. **Conclusiones**: La utilización del Sistema Español de Triaje tuvo buena correlación con la hospitalización y la complejidad de la atención en neonatos en el departamento de Urgencias.

## NEFROLOGÍA

**56. Complicación vascular post trasplante renal resuelto por Angioplastia Quirúrgica precoz en paciente pediátrico. Reporte de un caso**

Martínez Pico M, Troche A, Núñez N, Gómez N, Mayor M, Jara P, Teixeira E, Saldívar A, Schaerer C, Lugo C, Maidana M, Franco O.
**Unidad de Nefrología Pediátrica. Unidad de Trasplante Renal. Servicio de Cirugía Vascular. Servicio de Cirugía Pediátrica. Servicio de Ecografía. Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Central del IPS.**

**Introducción**: el trasplante renal es el tratamiento de elección de la insuficiencia renal terminal en niños, consiguiendo una mejoría en su calidad de vida y en su condición de salud. La sobrevida del injerto a corto

plazo se ve afectada por complicaciones inmunológicas y quirúrgicas. Con los nuevos esquemas inmunosupresores, la incidencia de rechazo agudo ha disminuido en los últimos años, dando mayor lugar a las complicaciones quirúrgicas como responsables de la pérdida del injerto a corto plazo. Estas pueden ser urológicas o vasculares, siendo indispensable su diagnóstico y tratamiento precoz para evitar el fracaso del trasplante. Presentamos un caso de una paciente con complicación vascular post trasplante diagnosticada y tratada precozmente con éxito. **Caso Clínico**: sexo femenino, 13 años, diag de base IR terminal 2ria a nefronoptisis familiar en tto con hemodiálisis. Trasplante renal cadavérico, en fosa iliaca derecha, sin complicaciones intraoperatorias. Anastomosis arterial: arteria iliaca externa y arteria renal del injerto con parche de aorta por presencia de arteria polar. Revascularización inmediata post desclampaje. PO en UCIP, diuresis aumentada, creat post trasplante inmediato 3.02 mg/dL, a las 12 hs creat 1,02 mg/dL, eco doppler del injerto postqx: buen flujo sanguíneo renal, IR 0,5. 4to día post tx eco doppler: disminución de la velocidad de flujo arterial (30 cm/seg) IR 0,3 compatible con estenosis en el sitio de la anastomosis arterial, angioTAC estenosis de aprox 70% de la arteria iliaca externa en la zona supraanastomótica. Reintervención qx: extracción del injerto y lavado con solución de preservación, tiempo vascular: angioplastia de la zona anastomótica con parche de vena safena externa, reimplante del injerto con anastomosis de arteria renal por encima de la plastia, buena vascularización del órgano y pulsos poplíteo y pedio derechos presentes. Eco doppler posterior IR 0,6, flujo sanguíneo renal > 80 cm/seg , Creatinina postqx 1.17 mg/dl, creatinina al alta: 1.02 mg/dL, clearance de creatinina en orina de 24 hs 68 ml/min/1.73m2. Eco doppler al alta: tamaño renal 114 mm, ecogenicidad del parénquima conservado, IR 0.6, velocidad en pico de arteria renal 186 cm/seg. **Discusión**: la incidencia de complicaciones vasculares y urológicas es del 1 al 30%. Las vasculares se relacionan con la técnica quirúrgica empleada, las características de los vasos sanguíneos de receptor y donante, a la presencia de vasos polares y a la cirugía de banco. La estenosis arterial es un factor de riesgo importante de pérdida del injerto a corto y mediano plazo, siendo la intervención precoz un factor independiente de mejoría de la sobrevida del injerto, en este caso reportado la utilización de la ecografía doppler en el seguimiento post operatorio inmediato permitió sospechar la complicación y mediante la clínica y la AngioTAC se pudo realizar un diagnóstico precoz y resolver exitosamente la complicación vascular, resultando en una función renal muy cercana a la normal al alta hospitalaria.

**57. Nefritis Tubulointersticial Aguda (Ntia). A propósito de un caso**

Núñez N, Martínez Pico M, Troche A, Basabe M, Adorno A, Gómez N.
**Unidad de Nefrología Pediátrica, Servicio de Nefrología HC IPS.**

**Introducción**: La NTIA es una entidad caracterizada por la presencia de infiltrado inflamatorio y edema en el intersticio renal asociado con IR. Representa el 1-3% de todos los resultados de las biopsias renales y el 15-27% de todas las IRA. Su verdadera incidencia está subestimada debido a que algunos pacientes mejoran con tratamiento empírico y que las formas leves pueden no ser detectadas. La NTIA inducida por drogas abarca el 70% de los casos, siendo otras etiologías las infecciones y la idiopática. Clínicamente se manifiesta con IRA de grado variable (en ocasiones necesidad de TRR), proteinuria de rango no nefrótico, eosinófilos en orina y a veces aparición de una acidosis tubular proximal (Sx de Fanconi). El tratamiento con esteroides es el más aceptado. **Caso Clínico**: femenino 13 años, acude con antecedentes de nauseas de 1 mes de evolución, vómitos en 3 oportunidades, fiebre 39° de 5 días de duración, desde el inicio del cuadro anorexia, astenia. pérdida de peso (10 a 12 kg), deposiciones liquidas 5 días antes del ingreso. Al inicio recibe metronidazol por sospecha de parasitosis. La madre refiere ingestión frecuente de Ibuprofeno por dismenorrea y cefalea días antes del inicio del cuadro. EF: llama la atención palidez de piel y mucosas. Lab al ingreso: Hb 9,8 Hto 30 GB 9600 (N70 L27) Plaq 408.000; Urea 81 mg/dL Creat 3,61 mg/dL, Na 145 meq/L, K 3,1 meq/L, Cl 116 meq/L, Gasometría pH 7,26 HCO3 14,3 EB -11; OS dens 1010, pH 6 prot + glucosa ++ leucocitos 5 -6/c hematíes 3-4/c. PU 24 hs: 1227 mg. Urocultivo negativo, Serología para hepatitis A B y C: (-) ASTO: (-), ANA, ANTIDNA, C3 C4: normal, ANCA C y ANCA P(-), Ecografía Renal: Ambos riñones aumentados de tamaño y ecogenicidad. Dx al momento: IRA de etiología a determinar, Sx de Fanconi. Biopsia renal: marcado infiltrado inflamatorio compuesto por linfocitos, plasmocitos y en sectores por eosinófilos, escasos neutrófilos a nivel del intersticio con extensión al epitelio de algunos túbulos. Se observa también un pequeño granuloma epitelioide, así como áreas sugestivas de fibrosis. Se observan 8 glomérulos de características normales.

Dx: *NEFRITIS TUBULOINTERSTICIAL AGUDA. Se inicia tto con metilprednisolona 3 bolos de 20 mg/kp/d y posterior prednisona VO 60 mg/m2/d, HCO3 y K, evolución posterior, mejoría del perfil renal, al alta urea 41, creat 3, control al 10° día de iniciado los corticoides* Urea 46, creat 0,8 K 3,3,Alcalosis metabólica OS: pH 8, glucosa ++, PU 24 hs: 450mg. **Comentario**: La NTIA es una causa frecuente de IRA, Las drogas (ATB y AINES) son la etiología más frecuente. En nuestra paciente se sospechó NTIA secundaria al ibuprofeno. El retiro precoz del agente causal es la base del tto. El inicio temprano del tto con corticoides pareciera mejorar el pronóstico de recuperación renal. Se requiere un alto índice de sospecha diagnóstica para evitar la progresión del daño renal. La rápida realización de la BR y el inicio del tto esteroideo determinaron la recuperación total de la función renal en nuestra paciente.

**58. Vasculitis ANCA-P Positivo con compromiso renal y cerebral en una niña de 12 años de edad**

Gómez N, Martinez M, Morel Z, Núñez N, Troche A, Avalos E, Samudio G.
**Nefrología Pediátrica. Reumatología Pediátrica. Jefe De Sala De Polivalentes Servicio de Pediatría Infectología Pediátrica. Hospital Central del Instituto de Previsión Social.**

**Introducción:** Las vasculitis sistémicas son un conjunto de enfermedades que producen inflamación y necrosis de los vasos sanguíneos, de etiología autoinmune. Las manifestaciones clínicas dependerán del tamaño de los vasos afectados y de la localización de los mismos. Presenta un alto índice de morbilidad no solo por la patología de base sino también debido a los cuadros infecciosos oportunistas por el tto inmunosupresor, con mortalidad relacionada a la severidad del cuadro. Presentamos el caso de una niña con Vasculitis ANCA-p positivo con afección renal y cerebral, con complicación infecciosa severa. **Caso Clínico:** Paciente de sexo femenino, de 12 años de edad, consulta por nauseas, vómitos y cefalea de 22 días de evolución, hematuria de 20 días de evolución y anuria de 7hs de evolución. EF: afebril, FC: 80x', FR: 30x', PA: 110/60, con edema bipalpebral bilateral, puño percusión lumbar positiva bilateral. Laboratorio: Hb: 8.2mg/dl, Hto: 25%, GB: 6610, Plaquetas: 266.000, Urea: 132, Creatinina: 3.44, electrolitos normales. Coombs directo: negativo. Proteínas totales: 6.6mg/dl, Albumina: 2.9mg/dl. Trigliceridos: 103, colesterol total: 99. Orina Simple: Leucocitos: 10-15/c, Hematíes: campo cubierto. Proteinuria de 24hs: 3360 mg/dL. Ecografía abdominal: riñones con ecogenicidad aumentada y líquido libre homogéneo en Douglas. prox: 52cc). ANA y anti-DNA negativos, C3: 117.5 (normal), C4: 46.5 (normal), ANCA-c negativo, ANCA-p + 30 (VN ≤12). Perfil para Síndrome antifosfolípido negativo. Inicia tratamiento con pulsos de Metilprednisolona y Ciclofosfamida, continuando con prednisona VO. Luego de 20 días re-ingresa por anasarca, con Hb: 12.3mg/dl, Hto: 38.8%, GB: 28.000, Plaquetas: 178.000, Urea: 147mg/dl, Creatinina: 1.45mg/dl, electrolitos en rango, Proteínas totales: 4.3mg/dl, Albumina: 2.1mg/dl, Proteinuria de 24hs: 6468mg/dL. Presenta convulsiones tónico-clónicas generalizadas con desviación de la mirada, que mejoró con anticonvulsivantes. Angio-RMN cerebral: estrechamientos multifocales en segmento posterior de comunicantes de ambas arterias cerebrales. Presencia de lesiones isquémicas corticales multifocales, que comprometen al giro frontal medio izquierdo, giros prerolandicos y parieto occipital derechos. Se concluye Vasculitis sistémica asociada a ANCA-p con afección renal y cerebral. Recibe corticoides a altas dosis, ciclofosfamida e Inmunoglobulina intravenosa con buena respuesta. 15 días posteriores al tratamiento reingresa por fiebre y cuadro respiratorio (tos, crepitantes pulmonares). Rx compatible con neumopatía bilateral, en 48 hs realiza insuficiencia respiratoria aguda e ingreso a UCIP y ARM, hemocultivo positivo para Criptococus en 2/2 muestras, se inicia tto con anfotericina B, con mala evolución posterior y claudicación progresiva de varios órganos, realiza FOM y fallece. **Comentario:** las vasculitis asociadas a ANCA, a nivel renal se manifiestan con microhematuria, proteinuria frec no nefrótica e IRA rápidamente progresiva. La GN se presenta de forma proliferativa agresiva o necrotizante. En la Poliangitis microscópica (PAM) la hipertensión arterial puede ser el síntoma predominante. Las manifestaciones extrarrenales dependen de los órganos afectados, que suelen ser vía respiratoria alta y baja, piel, ojos y SNC. La vasculitis del SNC asociada a ANCA es poco frecuente, con pronóstico variable. La primera línea del tratamiento de inducción consiste en bolos de glucocorticoides más ciclofosfamida, pudiéndose sustituir o sumar rituximab en casos graves, con mención en la literatura del uso de IGIV, plasmaféresis, metotrexato, azatioprina, micofenolato mofetil o sódico y la ciclosporina. También es indispensable tener un alto índice de sospecha de infecciones oportunistas relacionadas a la inmunosupresión para el diagnóstico precoz y tratamiento adecuado.

**59. Aplasia cutis congénita: TIPO VII, a propósito de un caso**

Centurión V, Zavala R, Aguilar L, Gayoso M, Bareiro M.
**Hospital Materna Infantil "Reina Sofía" Cruz Roja Paraguaya.**

**Introducción:** La Aplasia Cutis Congénita es una anomalía rara que se manifiesta básicamente como una ausencia de piel. Con patrón de herencia variable. El diagnóstico puede confundirse con traumatismos del parto, mayoritariamente la localización de la aplasia y su aspecto hacen el diagnostico. Etiología aún desconocida. Se considera que este caso puede incluirse dentro del grupo VII de la clasificación propuesta para la enfermedad. **Caso Clínico:** Recién nacido, masculino, peso: 3000gr, 39 semanas, apgar 7/8, con antecedente materno de hipotiroidismo tratada. Producto de embarazo y parto normales, presenta solución de continuidad en cara anterior, miembro inferior izquierdo pretibial de aproximadamente 7cm por 4cm. En el examen radiológico no se detectaron alteraciones óseas tampoco fenotípicas. Tratado con curaplanas va de alta a las 24hs solicitando interconsulta con dermatología y genetista. **Comentarios:** La Aplasia Cutis Congénita se caracteriza por una marcada heterogeneidad tanto clínica como genética y con una frecuencia baja en nuestra población. El examen físico del paciente, permitió llegar al diagnóstico de una Aplasia Cutis Congénita incluida dentro del grupo VII de la clasificación de I.J. Frieden. La correcta valoración y posterior clasificación de la enfermedad es el pilar fundamental para realizar un eficiente asesoramiento genético tanto al paciente como a los demás miembros de la familia.

**60. A propósito de un caso: Extrofia cloacal**

Pradejczuk T, Riveros M, Araujo C.
**Hospital Regional de Encarnación.**

**Introducción:** La extrofia de cloaca se produce por falla en el cierre del pliegue caudal, su incidencia es 1:400.000, está asociada a onfalocele en un 80%, espina bífida en un 50% y anomalías urinarias 50%. **Caso Clínico:** Datos del RN: P:2kg T:36cm PC:29cm EG:36 semanas por Capurro Sexo: indeterminado A:7/8. Datos maternos: 36 años de edad, procedente de Encarnación, casada, secundaria incompleta, ama de casa. GA: 03 P: 03 C: 00 Abo: 00 sin antecedentes patológicos previos. CPN: 4 VAT: 2 dosis VDRL: No reactivo GS: B (+), ecografía obstétrica de un día antes: normal. Datos del parto: vaginal, líquido meconial, presentación cefálica, bolsa rota 1h. Examen físico del RN: Extrofia de cloaca a nivel umbilical, pie bot bilateral, genitales externos no diferenciados, ano imperforado y mielomeningocele, Hemograma y química normales, PCR ++. Recibió tratamiento con sostén hidroelectrolítico, antibióticos, curaciones. Se traslada a centro de mayor complejidad al 5° día donde se opera y fallece en el mismo luego de 3 días. **Comentario:** Se presenta este caso debido a su rareza, resaltando la importancia de los controles prenatales y de los medios auxiliares de diagnóstico para realizar la oportuna derivación (previo al nacimiento) a un centro de mayor complejidad.

**61. Características de los Recién Nacidos hijos de madres adolescentes en dos Hospitales Regionales Coronel Oviedo y Caazapá**

Aguilar L, Bellenzier A.
**Hospital Regional de Coronel Oviedo y Hospital Regional de Caazapá. Curso de Postgrado de Neonatología. Facultad de Ciencias Médicas UNCA.**

**Introducción:** El embarazo en la adolescencia se considera, desde el punto de vista médico y social, como una situación de riesgo, debido al rechazo del entorno e inmadurez física y psicosocial. O**bjetivos:** Evaluar las características de los recién nacidos hijos de madres de entre 10 y 19 años de edad. Determinar cuáles son los riesgos neonatales que presentan. **Materiales y Métodos**: Se realizó un estudio prospectivo, observacional, descriptivo, de historias clínicas que abarco el periodo entre enero a junio de 2015.**Variables estudiadas**: bajo peso (peso menor de 2500grs de recién nacido). Terminación por cesárea. Depresión al quinto minuto (Apgar menor o igual a 6). **Resultados:** de los nacidos en el Hospital Regional de Coronel Oviedo, de bajo peso: el 17,5% (14/81) fueron de madres de menos de 16 años y el 4% (8/197) de madres de 16 a 19 años. De los que se deprimieron al quinto minuto, el 5% (4/81) fueron hijos de madres de menos de 16 años y el 2% (4/197) de madres de 16 a 19 años. Y de los partos por cesárea el 33% (27/81) fueron hijos de madres de menos de 16 años y el 23% (45/197) de madres de 16 a 19 años. En el hospital Regional de Caazapá, se observaron que

los hijos de madres adolescentes tardías presentaron bajo peso 56,25%(9/16) y el 43,75%(7/16) eran hijos de adolescentes tempranas. Los recién nacidos con depresión severa 4 (3, 14%) fueron hijos de adolescentes tempranas el 50 % compartiendo la misma cantidad con las adolescentes tardías. Las madres adolescentes tardías presentaron mayor porcentaje de parto por cesárea 69,4% (43/ 62 %) en comparación con la adolescentes tempranas 30,6% (19/62). C**onclusión:** Del total de hijos de madres adolescentes nacidos en el Hospital Regional de Cnel. Oviedo, se observó que el mayor porcentaje de recién nacidos con bajo peso, depresión al quinto minuto y terminación por cesárea se encuentra en las madres adolescentes comprendidas en edades de entre 10 y 16 años, en contraposición en Caazapá se observó otro tipo de comportamiento ,las madres adolescentes tardías fueron las más afectadas ,con mayor porcentaje de cesárea, y bajo peso, el Apgar fue compartido, sin por eso dejar de considerar que todo embarazo en adolescente constituye una situación de riesgo.

**62. Esclerosis Tuberosa**

**Centurión I**, Medina A, Valdez R.
**Hospital General Barrio Obrero.**

**Introducción**: La esclerosis tuberosa es una afección hereditaria. Sólo es necesario que uno de los padres transmita la mutación para que su hijo adquiera la enfermedad. La esclerosis tuberosa es una enfermedad genética que afecta a múltiples sistemas del organismo. Es un trastorno de la diferenciación y proliferación celular, que se caracteriza por la formación de tumores hamartomatosos benignos: neurofibromas y angiofibromas localizados en la piel, el sistema nervioso central, las mucosas y otros órganos de la economía. **Caso Clínico:** RN de 39 semanas con controles pre natales suficientes, tres ecografías uno cada trimestre, sin alteraciones presentes, test rápido de VIH y VDRL del día del parto no reactivo. Se interrumpió el embarazo mediante operación cesárea, por sospecha de sufrimiento fetal. El peso al nacer 3.500 gramos, Apgar 7-8. Se realizan cuidados de rutina y al examen físico presenta soplo sistólico grado 3/4. Se realizan estudios de control. En la ecocardiografía se visualizan múltiples tumores intracardiacos que obstruyen el flujo de salida de la arteria pulmonar. En fondo de ojos se observa tumoración retiniana en cada ojo y en la resonancia magnética nuclear múltiples tumores pequeños bilaterales en la interfaz de la sustancia blanca y gris. Se concluye diagnostico por hallazgos en estudios realizados. **Comentarios:** En este caso no existe familiar con antecedente de dicha enfermedad, siendo el examen clínico minucioso y los estudios auxiliares orientados apropiadamente los que posibilitaron el diagnóstico.

**63. Frecuencia de la Estenosis Hipertrófica Pilórica en niños menores de 2 meses**

Gini M, Villalba S.
**Servicio de Cirugía Infantil, Hospital Central, Instituto de Previsión Social.**

**Introducción:** La estenosis hipertrófica del píloro es la patología quirúrgica neonatal más frecuente, siendo solo superada por las hernias y cuyo tratamiento definitivo es la cirugía correctiva de la misma. **Objetivo:** Cuantificar la frecuencia de esta patología y protocolizar su manejo pre quirúrgico, para diagnosticarla en la brevedad posible, y así asegurar el rápido tratamiento y la supervivencia del lactante. **Material y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo de corte transversal. Para ello se creó una hoja de recolección de datos en Word, y ordenados para el cálculo en Excel. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, procedencia, tiempo de evolución y grado de alteración clínica al ingreso. **Resultados:** De 182 pacientes, 45 pacientes masculinos, primogénitos encabezan un mayor porcentaje en esta patología. Siendo más numerosos los casos en Gran Asunción, y los que presentaban tipo sanguíneo Orh+. La edad en promedio de 4,5 semanas, tardándose entre 1 a 2 semanas para llegar a un diagnóstico resolutivo. La oliva pilórica fue palpada en el 75 % de los casos. El rápido diagnóstico es proporcional a la rápida re-corrección del medio interno. **Conclusión:** Es fundamental el conocimiento de las características de esta patología en las diferentes áreas de la salud que obraran como primeros receptores del paciente.

**64. Incidencia de hijos prematuros de madre adolescentes, en dos Centros de Referencia: Hospital Regional de Coronel Oviedo y Hospital Regional de Caazapá**

Aguilar L, Bellenzier A.
**Hospital Regional de Coronel Oviedo y Hospital Regional de Caazapá. Curso de Postgrado de Neonatología. Facultad de Ciencias Médicas UNCA.**

**Introducción**: El embarazo en la adolescencia se designa al que ocurre en el lapso de vida transcurrido entre los 10 y 19 años de edad.

**Objetivos:** Conocer el índice de nacimiento, morbilidad y mortalidad de hijos de madres adolescentes en el Hospital Regional Coronel Oviedo y Hospital Regional de Caazapá. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo que abarcó desde julio del 2014 a junio del 2015. La población de estudio estuvo conformado por los nacidos vivos hijos de madre adolescentes menores de 19 años de edad. **Resultados:** Se registraron un total de 4006 nacimientos, de los cuales 1020 que representa el 25% fueron hijos de madres adolescentes. De estos últimos, fueron recién nacidos de pretérmino 205 (20%), ingresaron al servicio de neonatología 139 (68%), obitaron 15 (7%) y fueron trasladados a otros servicios 5 (2,5%). **Comentario:** Los cambios en las costumbres y conductas sociales, el ausentismo en los programas de educación sexual y el poco uso de anticonceptivos más la pobreza dan un índice no despreciable de embarazo adolescente. Del total de hijos de madres adolescentes, los recién nacidos prematuros tuvieron un alto riesgo neonatal al que se exponen los embarazos a edades tempranas.

**65. Mortalidad Neonatal en el Departamento de Itapúa**

Pradejczuk T, Laman L, Araujo C.
**Hospital Regional de Encarnación.**

**Introducción:** La mortalidad neonatal es un gran desafío a nivel de Salud Pública, información precisa que derive en mejor prevención y manejo es una meta a alcanzar. **Objetivos:** 1-Conocer el número de muertes neonatales de Itapúa 2-Identificar características demográficas/clínicas de los mismos. **Material y método:** Diseño observacional descriptivo analítico sobre los registros de la 7° Región Sanitaria desde mes de enero de 2014 a junio 2015. **Resultados:** La tasa de mortalidad sobre los 11.538 nacimientos es 3,8x1000 nacidos vivos (n:44), cifra que es inferior con una significancia estadística IC95%. El sexo masculino representó el 50% e indeterminado 2%. El 68% procedencia urbana. El 66% RNpT, 2% RNposT y 7% sin datos. Asiste el parto 80% médico, 11% obstetra, 6% enfermería, 3% sin dato. El 82% de nacimiento institucional, 14% domiciliario, 2% vía pública, 2% sin dato. El parto vaginal fue más frecuente 57%. Diagnósticos de óbito por orden de frecuencia: EMH, prematuros extrema, asfixia perinatal. Lugar de la muerte 56% en su centro de origen, 37% durante traslado y 7% en UTIN IPS-HRE. El 87% murieron en forma precoz. **Conclusión:** En comparación con la tasa de mortalidad del 2011 para Itapúa hay una disminución de 6,1x1000. Según las características clínicas debería mejorar el control prenatal para evitar nacimientos prematuros.

**66. Osteogénesis Imperfecta Tipo II. Reporte de un caso**

Aguilar L, Gayoso M, Zavala R, Centurión V, Bareiro M.
**Hospital Materna Infantil "Reina Sofía" Cruz Roja Paraguaya.**

**Introducción:** Ontogénesis imperfectas (OI) genética hereditaria del tejido conectivo caracterizada por fragilidad ósea y fracturas .La tipo II es más grave, en general letal, puede ser autosómica dominante o recesiva, **Prevalencia** 0,5 en 10.000 nacimientos .La OI tipo II se debe a mutaciones del gen COL1A 1 o COL1A 2, riesgo de recurrencia 6%. Tiene diagnóstico prenatal por ecografía, estudio por biología molecular de vellosidades coriales o líquido amniótico. Se están utilizando Bifosfonatos como tratamiento. **Caso clínico:** Neonato con madre de 17 años, primípara de término, cesárea por presentación pelviana CPN: 2 Masculino P: 2500 gr. T: 32 cm. Pc: 33cm Apgar: 2/6 Capurro 39sem. Ectoscopia, miembros cortos, caja torácica pequeña, fontanelas amplias, escleróticas azuladas. Radiología: costillas finas en rosario, pulmón hipoplasico, fisuras en calota fracturas en humero bilateral, tercio medio de clavícula izquierda, fémur bilateral y tibia bilateral. Ecocardiografía: ductus permeable. Hipertensión pulmonar severa. Laboratorio: calcio total 7,5 mg/dl. Hb 8 g/dl hcto 24% fosforo sérico 2.8 mg/dl, magnesio 2.2 mEq/L, fosfatasa alcalina 817. Interconsulta con traumatología. Mal estado recibió trasfusión de glóbulos rojos concentrados, presento acidosis metabólica, equivalentes convulsivos. Sin mejoría fallece. **Comentarios:** Las osteogénesis imperfectas constituyen patologías frecuentes, algunas letales o invalidantes; siendo importante un manejo especializado y el consejo genético a la familia, por lo cual es necesario su conocimiento.

**67. Recién Nacidos prematuros en el Hospital Regional de Pedro Juan Caballero**

Garcete M, Brignardello Z, Denis H.
**Hospital Regional de Pedro Juan Caballero.**

**Introducción**: Prematuro es todo recién nacido menor de 37 semanas de edad gestacional. Tienen alto riesgo de complicaciones y muerte. Gracias a

avances de la neonatología ha aumentado la sobrevida de los mismos. **Objetivos**: Describir las características clínicas y epidemiológicas de los prematuros nacidos en el Hospital Regional de Pedro Juan Caballero, periodo julio 1014-junio 2015. **Material y Método**: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Incluyen prematuros nacidos en nuestro hospital, en el periodo estudiado, excluyendo los nacidos sin vida y los nacidos externamente. **Resultados:** Resultaron prematuros 177 neonatos de un total de 2099 nacimientos, dando una prevalencia de 8.3%. Los factores de riesgo prevalecientes fueron: infecciones maternas y edades maternas de riesgo (<18 años y >35 años) en un 42% y 22.5%, respectivamente. Prematuros de 32-36 semanas predominaron en un 80% y los de bajo peso (1500-<2500 gr) en un 44.6%. Requirieron internación 42.4% de los pacientes, de los cuales el 68% tuvieron alta tras buena evolución, un 51% en el programa canguro; el 17.3% fueron trasladados a otros centros y el 14.6% resultaron en óbito. **Conclusión**: Los prematuros constituyen un desafío para la salud pública. La disminución de su prevalencia debe ser la meta primordial. Su manejo debiera apoyarse en avances tecnológicos y capacitaciones del personal para evitar las secuelas a corto y largo plazo.

**68. Síndrome Wolff Parkinson White en Neonato**

**Centurión I**, Medina A, Valdez R.
**Hospital General Barrio Obrero.**

**Introducción**: El síndrome de Wolff Parkinson White es una anomalía cardíaca congénita que afecta a un 0,1-3 ‰ de la población general. Se diagnostica de síndrome de Wolff Parkinson White a aquellos pacientes con preexcitación en el electrocardiograma e historia clínica de palpitaciones. **Caso Clínico**: Madre de 23 años, con antecedentes personales lues tratada con penicilina durante el embarazo (2 dosis), pareja no tratada, GESTA: 03.Ingresa con 40 semanas de edad gestacional por ecografía del tercer trimestre, se realiza parto vaginal, sin inconvenientes, obteniéndose un recién nacido de sexo masculino de 4.300 gr, sin complicaciones; pasó a alojamiento conjunto. Es traslado a nuestro servicio a los 18 días de vida, con historia previa de haber recibir penicilina cristalina en forma ambulatoria por 9 días por VDRL positivo test rápido, en el 9no día de tratamiento presenta dificultad respiratoria, palidez marcada, cianosis distal en manos y pies, recibe cefotaxima y ampicilina, oxigenoterapia, empeorando cuadro clínico. En nuestro servicio presenta cuadro similar a los 5 días de internación, y presenta picos de frecuencia cardíaca de 298, que cede dificultosamente con adenosina y goteo continuo de amiodarona, presentándose en tres oportunidades con las mismas características. El paciente durante sus crisis de taquicardia llegando hasta 298 latidos por minuto, requirió varias cargas de amiodarona e incluso varias dosis de adenosina para revertir y nos llevamos a plantear cardiorevertir. Su manejo fue dificultoso ya que no contábamos en el servicio la adenosina. Actualmente el bebé no presenta crisis pero se encuentra con amiodarona de mantenimiento vía oral. **Comentarios:** Se considera importante el conocimiento de este síndrome ya que puede beneficiarse de un manejo apropiado.

**69. Uso de valganciclovir en infección congénita por citomegalovirus. A propósito de un caso**

Bravard M, Mir R, Mendieta E, Lacarruba J, Céspedes E, Genes L, Campuzano A.
**Departamento de Neonatología. Hospital De Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas (FCM). UNA.**

**Introducción:** La infección congénita por CMV es la causa más frecuente de pérdida auditiva neurosensorial y de retraso mental por enfermedad viral. La infección afecta a 0,6 a 0,7% de los nacidos vivos en los países industrializados. Un total de 10% de los recién nacidos infectados congénitamente tienen enfermedad sintomática al nacer, de los cuales 35% tienen pérdida auditiva neurosensorial, hasta dos tercios tienen déficits neurológicos, y el 4% muere durante el período neonatal. El tratamiento con ganciclovir intravenoso o valganciclovir oral durante 6 semanas es ahora una opción de tratamiento aceptado para los pacientes con enfermedad congénita por CMV sintomática que implica el sistema nervioso central. **Caso Clínico**: Antecedentes maternos: nulípara de 15 años de edad, gestante de pretermino de 36,5 semanas por ECO del segundo trimestre, con 5 controles prenatales, VIH/VDRL no reactivo, serología para Toxoplasmosis IgG reactiva, IgM no reactiva, sin otras serologías ni pesquisa para SBHGB. Antecedentes neonatales: nace RN de sexo femenino, por parto vaginal sin complicaciones, respiró espontáneamente, no requirió maniobras de reanimación, recibió atención inmediata, ano y coanas permeables, P=2220 gr, T=46cm PC=33 cm EG por capurro 39 semanas, al examen físico llama la atención presencia de petequias y purpuras de

distribución universal, hepatoesplenomegalia, fontanelas amplias, microcefalia, se realizan estudios laboratoriales y de imagen constatándose calcificaciones intracerebrales, dilatación severa de ventrículos, coriorretinitis, alteración hepática, discrasia sanguínea y neumonitis. Se solicita control serológico para TORCHES del RN que retorna Citomegalovirus IgG e IgM reactivos, se inicia tratamiento con valganciclovir por vía oral con lo que se observa mejoría tanto clínica como laboratorial de la paciente. **Comentarios:** la infección congénita por Citomegalovirus es la más frecuente entre el grupo de las TORCHES, se inicia tratamiento solo en casos sintomáticos, los últimos estudios sugieren realizar tratamiento con valganciclovir por vía oral en lugar de ganciclovir, teniendo en cuenta la mayor facilidad para su administración, además de la disminución en los efectos adversos y hospitalización del paciente, teniendo en cuenta la posibilidad del tratamiento ambulatorio. Este es el primer caso en el que realizamos tratamiento con valganciclovir por vía oral en un paciente con infección congénita por citomegalovirus en el servicio, con buena respuesta de la paciente que presento mejoría clínica y laboratorial.

**70. Déficit auditivo por otoemisiones acústicas transitorias en Neonatos egresados de Terapia Intensiva**

López Olmedo R, Báez M, Ferreira M, Díaz Reissner C.
**Instituto de Previsión Social Hospital Central "Dr. Emilio Cubas".**

**Introducción**: La disminución de la audición afecta a la población, que dependiendo del momento de aparición, tipo, grado y consecuencias sobre el desarrollo comunicativo; variarán, condicionarán la orientación y tratamiento rehabilitador. Cuando es bilateral, permanente y de intensidad moderada o severa causa graves trastornos del lenguaje, desarrollo psicomotriz y relación del niño, por ello la detección precoz, es vital. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de déficit auditivo en neonatos egresados de Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Central del Instituto de Previsión Social. **Materiales y Método:** Estudio descriptivo de corte transversal realizado en pacientes neonatos con edad gestacional de 34 semanas o más; egresados de la Unidad de Terapia Intensiva durante el periodo 2013 a 2014 en los que se evaluó déficit por medio de otoemisiones acústicas transitorias. **Resultados:** De 287 pacientes estudiados, 212 (42 %) presentaron déficit auditivo. Los factores de riesgo fueron el antecedente de prematurez (n=85) y la ruptura prematura de membrana (n=23) como factor de riesgo materno. **Conclusión**: La hipoacusia afecta a uno de cada 10 neonatos egresados de una unidad de cuidados intensivos.

**71. Gastrosquisis. Nuestra experiencia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Santísima Trinidad**

Fernández M, Rolón P.
**Universidad Nacional de Caaguazú, pos grado de Neonatología.**

**Introducción:** La gastrosquisis es un defecto congénito de la pared abdominal anterior con pasaje de vísceras abdominales hacia la cavidad amniótica. En la actualidad la gastrosquisis representa la cuarta causa de mortalidad en <5 años. Tiene una prevalencia de 0.5 a 7 por cada 10,000 nacimientos, dependiendo de la zona. Sigue siendo un gran desafío su manejo multidisciplinario. La existencia de anomalías intestinales asociadas (atresia, perforación, vólvulos) la prematuridad extrema y la ausencia de diagnóstico prenatal, son factores que empeoran el pronóstico de estos pacientes. **Objetivo**: Conocer los datos epidemiológicos y los factores asociados a mayor mortalidad en RN con Gastrosquisis tratados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Santísima Trinidad desde enero del 2011 hasta diciembre del 2014. **Materiales y Métodos**: Estudio retrospectivo descriptivo de corte transversal con componentes analíticos en donde se incluyeron el total de pacientes (28) nacidos con gastrosquisis tratados en el HST en dicho periodo. Como instrumento se utilizó un cuestionario pre-estructurado y pre-codificado, se analizó la epidemiologia y la mortalidad en función de las siguientes variables: edad gestacional, peso al nacimiento, terminación del parto, existencia de diagnóstico prenatal, demora quirúrgica, procedimiento de cierre realizado, complicaciones, anomalías y morbilidades asociadas. **Resultados**: Los casos de gastrosquisis correspondieron al 23,3% de cirugías realizadas en ese periodo y al 3.4% de ingresos totales para esos años, el 82% de las madres eran adolescentes, el 53,5% procedía del interior del país, solo 3 (10,7%) tenían diagnostico pre-natal, el 39% nacieron vía vaginal, la edad promedio de nacimiento fue de 37,1 semanas, el peso promedio de 2,400 gs, el 39% de los RN era pequeño para la edad gestacional, el promedio de horas en que se realizó la

cirugía fue de 20,2 hs, en el 64,2% se realizó un cierre primario, el 4% presento una malformación asociada, en el 71,4% se diagnosticó una infección nosocomial, el tiempo promedio de estadía hospitalaria fue de 25 días, el 39% de los pacientes falleció el 45% como consecuencia de infecciones asociadas a cuidados de la salud el 18% falleció antes del cierre quirúrgico y 37% restante por complicaciones posquirúrgicas inmediatas. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre diagnostico pre-natal, horas que transcurrieron hasta el cierre primario, malformaciones asociadas y la evolución final del paciente. **Conclusiones**: Se observa un elevado aumento de embarazos complicados con gastrosquisis como tendencia mundial. En nuestro servicio predomina las madres adolescentes y primigestas, llama la atención la escasa cantidad de diagnósticos prenatales a pesar de controles suficientes en cantidad lo que con lleva a un significativo retraso en el cierre quirúrgico, mayor estadía hospitalaria y mayor morbi-mortalidad secundaria. Las complicaciones infecciosas asociadas son las que se relacionaron en forma significativa con la mortalidad.

## NEUROLOGÍA

**72. Historia natural de la mucopolisacaridosis Tipo II en Paraguay. Importancia de la detección precoz, reporte de 5 casos**

Arredondo P, Franco C, Ríos M, Casartelli M.
**Departamento de Neurología Infantil. Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.**

**Introducción:** La Mucopolisacaridosis tipo II (MPS II), o Enfermedad de Hunter, es una enfermedad de almacenamiento lisosomal, ocasionada por la deficiencia de la enzima irudonato 2-sulfactasa (I2S), de herencia ligada al cromosoma X. Es de afectación multisistémica, siendo el grado de afectación nerviosa, respiratoria y/o cardiaca los determinantes de severidad de la enfermedad. El diagnóstico de sospecha clínica, se certifica por la deficiencia de actividad enzimática y se confirma por estudio genético molecular. Actualmente existe una terapia de reemplazo enzimático con idursulfasa, con buena respuesta. **Objetivo:** Demostrar la importancia del diagnóstico y del tratamiento precoz. **Material y Método:** Revisión de 5 casos de pacientes con MPS tipo II en seguimiento en el Departamento de Neurología entre Enero 2012 hasta Junio 2015. **Resultados:** Reportamos 5 casos clínicos de MPS II, masculinos, edades comprendidas entre 5 a 13 años, diagnosticados tardíamente, todos con compromiso sistémico, neurológico (discapacidad intelectual de diversos grados y alteraciones conductuales), así como con afectación respiratoria y dos de ellos con compromiso cardiaca. Ninguno con tratamiento enzimático sustitutivo. **Conclusiones:** La experiencia clínica sugiere la importancia del diagnóstico precoz e intervención inmediata mediante la terapia de reemplazo enzimático, a fin de detener la progresión de la enfermedad y evitar cambios irreversibles en órganos vitales que ponen en riesgo la vida del paciente.

**73. Schwannoma Vestibular Unilateral en edad pediátrica. Reporte de caso, Asunción 2015**

López Olmedo R, Báez M.
**Instituto de Previsión Social Hospital Central "Dr. Emilio Cubas.**

**Introducción:** Schwannoma Vestibular: neoplasia benigna del VIII par craneal, aparece en un 80 % en el Angulo Pontocerebeloso. Prevalente en la edad adulta 40 – 60 años, aparecer como casos aislados o asociado a NF2. Presenta pérdida de audición, falla en la discriminación, Tinnitus, Alteraciones del equilibrio, neuropatía facial y afectación de otros pares craneales. El tratamiento depende del tamaño del tumor, edad, los síntomas y signos asociados. **Caso clínico:** H / 0 de 10 años, femenino. Desde hace 4 años con deterioro del rendimiento académico, le diagnostican déficit de atención, con seguimiento psicopedagógico. Además disfagia, desequilibrio y comenzó con disfonía por lo que acude con ORL. Al examen físico parálisis de cuerda vocal derecha, pruebas estáticas y dinámicas del equilibrio alteradas (a derecha), atáxica, diadocosinesia alteradas, entumecimiento facial, nistagmus espontáneo, movimientos sacádicos anormal. Pruebas audiológicas: Sordera total derecha, HNS severa Izquierda, prueba calórica en ausencia de la oreja derecha. Se le realiza cirugía, abordaje retro sigmoideo, suboccipital. Biopsia: informe de Schwanoma. Actualmente con rehabilitación y evolución favorable. **Comentarios:** Esta patología es rara en edad pediátrica y más al hablar de unilateralidad, el prolongado tiempo de diagnóstico,

cirugía fue de 20,2 hs, en el 64,2% se realizó un cierre primario, el 4% presento una malformación asociada, en el 71,4% se diagnosticó una infección nosocomial, el tiempo promedio de estadía hospitalaria fue de 25 días, el 39% de los pacientes falleció el 45% como consecuencia de infecciones asociadas a cuidados de la salud el 18% falleció antes del cierre quirúrgico y 37% restante por complicaciones posquirúrgicas inmediatas. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre diagnostico pre-natal, horas que transcurrieron hasta el cierre primario, malformaciones asociadas y la evolución final del paciente. **Conclusiones**: Se observa un elevado aumento de embarazos complicados con gastrosquisis como tendencia mundial. En nuestro servicio predomina las madres adolescentes y primigestas, llama la atención la escasa cantidad de diagnósticos prenatales a pesar de controles suficientes en cantidad lo que con lleva a un significativo retraso en el cierre quirúrgico, mayor estadía hospitalaria y mayor morbi-mortalidad secundaria. Las complicaciones infecciosas asociadas son las que se relacionaron en forma significativa con la mortalidad.

## NEUROLOGÍA

**72. Historia natural de la mucopolisacaridosis Tipo II en Paraguay. Importancia de la detección precoz, reporte de 5 casos**

Arredondo P, Franco C, Ríos M, Casartelli M.
**Departamento de Neurología Infantil. Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.**

**Introducción:** La Mucopolisacaridosis tipo II (MPS II), o Enfermedad de Hunter, es una enfermedad de almacenamiento lisosomal, ocasionada por la deficiencia de la enzima irudonato 2-sulfactasa (I2S), de herencia ligada al cromosoma X. Es de afectación multisistémica, siendo el grado de afectación nerviosa, respiratoria y/o cardiaca los determinantes de severidad de la enfermedad. El diagnóstico de sospecha clínica, se certifica por la deficiencia de actividad enzimática y se confirma por estudio genético molecular. Actualmente existe una terapia de reemplazo enzimático con idursulfasa, con buena respuesta. **Objetivo:** Demostrar la importancia del diagnóstico y del tratamiento precoz. **Material y Método:** Revisión de 5 casos de pacientes con MPS tipo II en seguimiento en el Departamento de Neurología entre Enero 2012 hasta Junio 2015. **Resultados:** Reportamos 5 casos clínicos de MPS II, masculinos, edades comprendidas entre 5 a 13 años, diagnosticados tardíamente, todos con compromiso sistémico, neurológico (discapacidad intelectual de diversos grados y alteraciones conductuales), así como con afectación respiratoria y dos de ellos con compromiso cardiaca. Ninguno con tratamiento enzimático sustitutivo. **Conclusiones:** La experiencia clínica sugiere la importancia del diagnóstico precoz e intervención inmediata mediante la terapia de reemplazo enzimático, a fin de detener la progresión de la enfermedad y evitar cambios irreversibles en órganos vitales que ponen en riesgo la vida del paciente.

**73. Schwannoma Vestibular Unilateral en edad pediátrica. Reporte de caso, Asunción 2015**

López Olmedo R, Báez M.
**Instituto de Previsión Social Hospital Central "Dr. Emilio Cubas.**

**Introducción:** Schwannoma Vestibular: neoplasia benigna del VIII par craneal, aparece en un 80 % en el Angulo Pontocerebeloso. Prevalente en la edad adulta 40 – 60 años, aparecer como casos aislados o asociado a NF2. Presenta pérdida de audición, falla en la discriminación, Tinnitus, Alteraciones del equilibrio, neuropatía facial y afectación de otros pares craneales. El tratamiento depende del tamaño del tumor, edad, los síntomas y signos asociados. **Caso clínico:** H / 0 de 10 años, femenino. Desde hace 4 años con deterioro del rendimiento académico, le diagnostican déficit de atención, con seguimiento psicopedagógico. Además disfagia, desequilibrio y comenzó con disfonía por lo que acude con ORL. Al examen físico parálisis de cuerda vocal derecha, pruebas estáticas y dinámicas del equilibrio alteradas (a derecha), atáxica, diadocosinesia alteradas, entumecimiento facial, nistagmus espontáneo, movimientos sacádicos anormal. Pruebas audiológicas: Sordera total derecha, HNS severa Izquierda, prueba calórica en ausencia de la oreja derecha. Se le realiza cirugía, abordaje retro sigmoideo, suboccipital. Biopsia: informe de Schwanoma. Actualmente con rehabilitación y evolución favorable. **Comentarios:** Esta patología es rara en edad pediátrica y más al hablar de unilateralidad, el prolongado tiempo de diagnóstico,

permite el crecimiento de la misma. Siendo necesario el examen auditivo en edad pre-escolar.

**74. Síndrome de Dyke-Davidoff-Masson. Presentación de 1 Caso Clínico**

Agüero O, Franco C, Godoy L.
**Hospital General Pediátrico Niños De Acosta Ñú.**

**Introducción**: Es un síndrome neurológico, congénito o adquirido, cuyos síntomas son secundarios a la pérdida unilateral del volumen cerebral. Se acompaña de un engrosamiento compensatorio de la calota, elevación del techo orbitario y la pirámide petrosa del mismo lado. **Caso Clínico**: Escolar, 13 años femenino, con historia de convulsiones de tipo atónicas con caída seguido de gritos repetitivos de segundos de duración, de un mes de evolución. Presenta al examen físico, déficit cognitivo, hemiparesia fasciobraquiocrural derecha, y fuerza muscular disminuida. No presenta afectación de otros sistemas. La Resonancia magnética cerebral muestra asimetría y desviación de la línea media hacia la izquierda, disminución del lóbulo temporal izquierdo, con lesiones difusas crónicas y aumento del tamaño del cuerno temporal y del ventrículo cerebral izquierdo, compatible con el diagnóstico de Síndrome de Dyke-Davidoff-Masson. Fue tratada con levetiracetam, topiramato, carbamacepina y clonazepam, con mala respuesta. Se encuentra en plan tratamiento quirúrgico. **Comentario**: El síndrome de Dyke-Davidoff-Masson es una entidad clínico radiológica cuyas manifestaciones clínicas son crisis convulsivas refractarias, hemiparesia de extremidades contralaterales, y diversos grados de retraso mental, que se beneficia con el tratamiento quirúrgico.

## PEDIATRIA SOCIAL

**75. Conocimientos y prácticas de los Pediatras con respecto a la atención perinatal en niños con malformaciones con pronóstico reservado de vida**

Verón G, Zacur M, De Mestral E.
**Cátedra y Servicio de Pediatría, FCM-UNA.**

**Introducción:** Lo que había caracterizado la ética desde la antigüedad era la búsqueda de la mejor definición del valor moral de la vida humana, partiendo de la evidencia de que la vida misma era algo 'dado' y que no requería, por tanto, ser definido. El comfort care es el cuidado paliativo que se brinda a los pacientes con una enfermedad en estado terminal para poner calidad de vida en estos pacientes. De esta manera existe el comfort care neonatal, dado a aquellos bebes que nacen con bajísimas posibilidades de vida y fallecen a las horas o a los pocos días. Estos niños presentan los mismos derechos de los que se encuentran en estado sano, cuando en la madre; en sus controles prenatales; salta a relucir que presenta malformaciones, optar por un tratamiento adecuado para dar una buena calidad de vida al neonato. **Objetivo: Analizar los** conocimientos y prácticas de los pedíatras con respecto a la atención perinatal en niños con malformaciones con pronóstico reservado de vida**. Material y Método:** El diseño es observacional descriptivo con muestreo de corte transversal. **Resultados:** Del total 106 encuestados 89 (84%) de los pediatras no recomiendan el aborto a una mujer embarazada a quien se le informa, a partir de resultados médicos, que su hijo nacerá con una malformación incompatible con la vida, y 17 (16%) si recomiendan el aborto. Y niño que nace con una malformación incompatible con la vida, y que no respiran al nacer, 93 (88%) de los pediatras encuestados deciden expectar óbito espontaneo, 13 (12%) de los encuestados decide reanimarlo. 85 (80%) de los Pediatras no tienen conocimiento de un protocolo, 21 (20%) conoce el comfort care neonatal. **Conclusión:** El comfort care es el cuidado paliativo y de apoyo que se brinda a los pacientes que sufren de una enfermedad en estado terminal para suavizar o mitigar el dolor y poner calidad de vida en el paciente.

**76. Cuidado de mascotas en una comunidad**

Becker D, Ortellado A, Campuzano De Rolón A, Cuevas J. González M, Segovia C, Benítez C, Rolón P, Valdebenito O, Martínez JP.
**Hospital De Clínicas, Cátedra de Pediatría. FCM-UNA.**

**Introducción:** Está demostrado que la convivencia con mascotas estimula el desarrollo del niño, **p**otencia la afectividad y el sistema locomotor. Los niños crecen más tranquilos y tienen mayor facilidad de hacer amistades, se potencia el sistema inmune; los niños que conviven con mascotas tienden a tener

permite el crecimiento de la misma. Siendo necesario el examen auditivo en edad pre-escolar.

**74. Síndrome de Dyke-Davidoff-Masson. Presentación de 1 Caso Clínico**

Agüero O, Franco C, Godoy L.
**Hospital General Pediátrico Niños De Acosta Ñú.**

**Introducción**: Es un síndrome neurológico, congénito o adquirido, cuyos síntomas son secundarios a la pérdida unilateral del volumen cerebral. Se acompaña de un engrosamiento compensatorio de la calota, elevación del techo orbitario y la pirámide petrosa del mismo lado. **Caso Clínico**: Escolar, 13 años femenino, con historia de convulsiones de tipo atónicas con caída seguido de gritos repetitivos de segundos de duración, de un mes de evolución. Presenta al examen físico, déficit cognitivo, hemiparesia fasciobraquiocrural derecha, y fuerza muscular disminuida. No presenta afectación de otros sistemas. La Resonancia magnética cerebral muestra asimetría y desviación de la línea media hacia la izquierda, disminución del lóbulo temporal izquierdo, con lesiones difusas crónicas y aumento del tamaño del cuerno temporal y del ventrículo cerebral izquierdo, compatible con el diagnóstico de Síndrome de Dyke-Davidoff-Masson. Fue tratada con levetiracetam, topiramato, carbamacepina y clonazepam, con mala respuesta. Se encuentra en plan tratamiento quirúrgico. **Comentario**: El síndrome de Dyke-Davidoff-Masson es una entidad clínico radiológica cuyas manifestaciones clínicas son crisis convulsivas refractarias, hemiparesia de extremidades contralaterales, y diversos grados de retraso mental, que se beneficia con el tratamiento quirúrgico.

## PEDIATRIA SOCIAL

**75. Conocimientos y prácticas de los Pediatras con respecto a la atención perinatal en niños con malformaciones con pronóstico reservado de vida**

Verón G, Zacur M, De Mestral E.
**Cátedra y Servicio de Pediatría, FCM-UNA.**

**Introducción:** Lo que había caracterizado la ética desde la antigüedad era la búsqueda de la mejor definición del valor moral de la vida humana, partiendo de la evidencia de que la vida misma era algo 'dado' y que no requería, por tanto, ser definido. El comfort care es el cuidado paliativo que se brinda a los pacientes con una enfermedad en estado terminal para poner calidad de vida en estos pacientes. De esta manera existe el comfort care neonatal, dado a aquellos bebes que nacen con bajísimas posibilidades de vida y fallecen a las horas o a los pocos días. Estos niños presentan los mismos derechos de los que se encuentran en estado sano, cuando en la madre; en sus controles prenatales; salta a relucir que presenta malformaciones, optar por un tratamiento adecuado para dar una buena calidad de vida al neonato. **Objetivo: Analizar los** conocimientos y prácticas de los pedíatras con respecto a la atención perinatal en niños con malformaciones con pronóstico reservado de vida**. Material y Método:** El diseño es observacional descriptivo con muestreo de corte transversal. **Resultados:** Del total 106 encuestados 89 (84%) de los pediatras no recomiendan el aborto a una mujer embarazada a quien se le informa, a partir de resultados médicos, que su hijo nacerá con una malformación incompatible con la vida, y 17 (16%) si recomiendan el aborto. Y niño que nace con una malformación incompatible con la vida, y que no respiran al nacer, 93 (88%) de los pediatras encuestados deciden expectar óbito espontaneo, 13 (12%) de los encuestados decide reanimarlo. 85 (80%) de los Pediatras no tienen conocimiento de un protocolo, 21 (20%) conoce el comfort care neonatal. **Conclusión:** El comfort care es el cuidado paliativo y de apoyo que se brinda a los pacientes que sufren de una enfermedad en estado terminal para suavizar o mitigar el dolor y poner calidad de vida en el paciente.

**76. Cuidado de mascotas en una comunidad**

Becker D, Ortellado A, Campuzano De Rolón A, Cuevas J. González M, Segovia C, Benítez C, Rolón P, Valdebenito O, Martínez JP.
**Hospital De Clínicas, Cátedra de Pediatría. FCM-UNA.**

**Introducción:** Está demostrado que la convivencia con mascotas estimula el desarrollo del niño, **p**otencia la afectividad y el sistema locomotor. Los niños crecen más tranquilos y tienen mayor facilidad de hacer amistades, se potencia el sistema inmune; los niños que conviven con mascotas tienden a tener

menor sensibilidad a los alérgenos. Aunque también existen problemas asociados con las mascotas como: mordeduras, inseguridad en el desplazamiento en vías públicas, dispersión de la basura, acumulación de heces en las calles y áreas verdes, malos olores, proliferación de vectores y transmisión de enfermedades, molestias por ruido, problemas entre vecinos y el maltrato animal. Un gran porcentaje de familias paraguayas posee mascotas en el hogar y es bien sabido que un número importante de enfermedades es transmitido o favorecido por los mismos. **Objetivos:** Determinar si las mascotas de la Comunidad escogida reciben el cuidado adecuado que corresponde a una tenencia responsable**.** **Material y Método:** Estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal. Realizado en la comunidad 24 de junio de la ciudad de San Lorenzo. La recolección de datos fue realizada a partir de encuestas y procesada a través de Microsoft Office 2010. **Resultados**: Se encontró que el 62% (118/190) de las familias poseen alguna mascota canina en su hogar, de ellas el 73 (62%) los llevan regularmente al veterinario. Por lo tanto vacunados y desparasitados. En el 6.7% (8/118) se ha denunciado ataque por mordedura a alguna persona. Se ha constatado que el 64% (75/118) de los cuidadores ha demostrado conocimiento sobre síntomas de la rabia y/o leishmaniosis. **Conclusiones:** Existe una elevada cantidad de familias que poseen mascotas en la comunidad y de ellos un gran porcentaje (38%) no los cuida adecuadamente. Esta situación incrementa el riesgo potencial de transmisión de diversas zoonosis y enfermedades parasitarias, constituyéndose por lo tanto en focos de contaminación y otros peligros para la salud humana y animal.

**77. Evaluación de desarrollo en el contexto de AIEPI en una Comunidad**

Presentado E, Ortigoza M, Miño S, Bernal E, Campuzano A.
**Hospital de Clínicas de San Lorenzo. FCM-UNA.**

**Introducción:** El desarrollo del individuo es un proceso continuo y dinámico donde interactúan factores biológicos y ambientales. La niñez es una etapa vulnerable donde los factores de riesgo pueden influir en el desarrollo en forma permanente. **Objetivo:** Identificar problemas de desarrollo en niños menores de 6 años de la comunidad 24 de junio de San Lorenzo, determinar la frecuencia de los factores de riesgo biológicos y ambientales y de las actividades ejecutadas para estimular el desarrollo. **Materiales y Métodos:** Diseño descriptivo, observacional, de corte transversal con componente analítico; realizado por estudiantes de medicina de la FCM-UNA, en el mes de junio de 2013 en la Comunidad 24 de junio de San Lorenzo, Paraguay aplicando un formulario basado en el Manual de Vigilancia para el Desarrollo Infantil en el contexto de AIEPI a 159 niños y niñas menores de 6 años de edad, estratificados en grupos de edades; lactantes menores n:27, mayores n: 25 y pre-escolares n: 107, seleccionados en forma aleatoria, cuyos padres dan su consentimiento. Se utiliza Excel 2010 para base de datos. **Resultados:** Los factores de riesgo estuvieron presentes en el 60% de los casos, siendo los predominantes los biológicos 58 % y ambientales 42%. Se identifican las patologías perinatales como el 62% de las causas biológicas; y de las ambientales 41 % vivían en hacinamiento y 51 % de las madres no logra completar la educación secundaria. De los encuestados 27% no realiza actividades lúdicas con los niños y de los que interactúan con los niños 78% lo hacen a través de juegos. Se diagnosticó Desarrollo normal sin factores de riesgo 28%, Desarrollo normal con factores de riesgo 56 %. Alerta para el desarrollo 7 % y Probable retraso del desarrollo 9%. Los casos con Alerta para el desarrollo y Probable Retraso del desarrollo fueron: 25 (16 %) presentando factores de riesgo biológicos 12, ambientales 3 y sin factores de riesgo 10 casos. **Conclusiones:** En un grupo de casos determinados con probable patología del desarrollo no se han identificado factores de riesgo. Los factores de riesgo biológicos son predominantes en la población estudiada, siendo los problemas perinatales los más frecuentes. Es indispensable seguir insistiendo con la atención integral perinatal contribuyendo así a prevenir problemas del desarrollo y además promover actividades que estimulen el desarrollo infantil.

**78. Salud Bucodental en Niños de la Comunidad 24 de Junio**

Torres MP, Campuzano De Rolón A, Cuevas J, Mora G, Romero Z, Sosa E, Rainero E, Cáceres M, Velázquez F.
**Cátedra de Pediatría, UNA. Hospital de Clínicas-San Lorenzo.**

**Introducción:** Las enfermedades bucodentales más comunes son la caries dental y las periodontopatías. El 60% a 90% de los escolares de todo el mundo tienen caries dental. Según datos del Ministerio de Salud Pública, los paraguayos empiezan a perder sus dientes antes de los 14 años, el 98% de la población

sufre de problemas que afectan su salud bucodental. El 60% de los jóvenes de 14 años ya no tienen sus primeros molares permanentes. Las extracciones prematuras se dan por caries y falta de tratamiento. Los estudios revelan que, entre los 9 y 10 años, los niños pierden su primer molar por causa de una nula o ineficiente higiene bucal combinada con una alimentación deficiente o no equilibrada. **Objetivo:** Determinar la situación de salud dental de los niños de la Comunidad 24 de Junio de la ciudad de san Lorenzo. **Material y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, realizado en los hogares de la Comunidad 24 de Junio, realizado a niños y niñas de 2 a 18 años. Basado en Odontogramas y encuestas, practicado por estudiantes de medicina y de odontología de la Universidad Nacional de Asunción. **Resultados:** El total de niños que participaron del estudio fue de 333, de los cuales el 70% (234/333) presentaba caries, que en el 56% eran dientes de leche y 44% permanentes, el 41% mujeres y varones 59%. Según rango de edad se observaron 7 % en niños de 2 años, 32% entre 3 y 6 años, 42% de 7 a 12 años y mayores de 12 años 19%. Se cepillan los dientes el 86% de los encuestados, de ellos, el 75% lo realizan 2 o más veces al día y solo el 3% utiliza hilo dental. El 89 % del total consume dulces todos días, lo hacen 2 o más veces al día; el 65 % de ellos. El Índice CPO: 3.8. **Conclusión:** La comunidad 24 de Junio de San Lorenzo, tiene una alta frecuencia de afecciones dentales y las medidas de prevención son todavía insuficientes a pesar de estar realizando la educación de salud bucal desde hace 3 años. Sin embargo pudimos encontrar una ligera disminución de niños con caries (70,40%) en relación con los años anteriores (2012: 72%) (2011: 80%) Pero sigue siendo una necesidad la posibilidad de acceder a los servicios odontológicos ya que estos se realizan una solo vez a la semana y con un cupo limitado de pacientes. **Recomendaciones:** Educación constante a niños y sus padres a través de las escuelas y el Centro de Salud de la comunidad. Debe haber más disponibilidad y accesibilidad para la atención odontológica. Mantenimiento de los equipos del Centro de Salud para asegurar su buen funcionamiento.

**79. Uso de Celulares en Niños y Adolescentes de la Comunidad 24 de Junio**

Cuevas J, Ortellado A, Campuzano De Rolón A, Rodríguez A, Maciel E, Gamarra A, Delgado C, Najer G, Cristaldo N. Kunzle K, Centurión M.
**Cátedra de Pediatría, Hospital de Clínicas, UNA.**

**Introducción**: El uso de los teléfonos móviles por parte de los niños es cada vez más frecuente y comienza a una edad cada vez más temprana y a medida que los niños crecen, el uso aumenta. Estas nuevas tecnologías van cambiando la vida de las personas, produciendo un cambio en la antropología del ser humano. En lugar del "homo sapiens" ahora aparece el "homo digitalis" en la generación de niños, adolescentes y jóvenes del siglo XXI. **Objetivos**: Evidenciar conocimientos que tienen los padres sobre uso de celulares en los niños. **Material y Métodos**: Diseño prospectivo basado en encuesta de hogar a los padres pobladores de la comunidad "24 de Junio" de la ciudad de San Lorenzo. Se incluyeron a los padres de niños y adolescentes menores de 18 años que aceptaron participar de la encuesta. **Resultados.** Fueron visitadas 77 viviendas, donde habitan 233 niños. Del total de niños y adolescentes de las viviendas encuestadas, un 35% de ellos usan celulares (81/233). Se entrevistaron 77 padres. El 13% de ellos piensan que los celulares son imprescindibles para la formación de sus hijos. En lo referente a la salud: el 79% (61/77) piensa que los celulares pueden ser perjudiciales para sus hijos. 87% que altera el comportamiento de manera negativa, 61% desconocían el hecho de que los celulares emitan radiación y el 73% los efectos nocivos sobre la fertilidad. En cuanto al uso: Aunque la gran mayoría de los padres (77%) estaba de acuerdo en que el uso, debería iniciarse después de los 15 años. El 30% (24/81) son menores de 14 años. El 66% de los padres piensa que los celulares son usados con fines comunicativos, 97% de ellos mencionaron que debería prohibirse su uso en los colegios. Con respecto al contenido el 95% (73/77) piensa que lo usan para bajar contenidos de violencia y sexuales, fines educativos 27% (21/77) juegos 38%. **Conclusiones**: a pesar que la mayoría de los padres consideran que los celulares son más perjudiciales que beneficiosos, el 35% de los niños y adolescentes de las familias encuestadas de esa comunidad poseían un aparato celular. Este hecho se debería al insuficiente conocimiento respecto a los factores de riesgo asociados al uso del aparato que no son adecuadamente informados al promocionar los aparatos. El uso de celular debe limitarse y restringirse a una emergencia y los padres de familia deben tomar el control sobre los aparatos electrónicos que compran a sus hijos y sobre todo analizar el peligro que estos puedan ocasionarles.

**80. Indicadores Perinatales de Hijos de Madres Adolescentes en dos Hospitales Públicos del Gran Asunción**

Rolón P, Fernández M, Benítez L, Domínguez S.
**Hospital de Clínicas FCM-UNA. Hospital Materno infantil San Pablo (MSPyBS).**

**Introducción:** Los embarazos en la adolescencia presentan una serie de situaciones que pueden atentar contra la vida y salud del recién nacido y la madre por lo que conocer nuestra realidad es de vital importancia. **Objetivo**: Determinar los resultados perinatales de madres adolescentes internadas en el Hospital de Clínicas de San Lorenzo y en el Centro Materno Infantil San Pablo entre enero y diciembre del 2013. **Material y Método**: **E**studio transversal descriptivo, retrospectivo mediante observación de historias clínicas. **Resultados:** Se analizaron 6096 fichas de ambos hospitales, 1233 (20%) de los partos fueron de adolescentes. 12,4% del total de madres tenía menos de 15 años, la mayoría era nuligesta pero 11% se encontraba en su segundo, tercero o incluso cuarto embarazo. Un 38% de las embarazadas adolescentes no contaban con controles prenatales (CPN) suficientes, y 3,6% sin ningún CPN. De los recién nacidos (RN) que nacieron con depresión neonatal severa aproximadamente el 10% eran de madres adolescentes tanto en el minuto 1 como en el 5, y la depresión moderada correspondía al 33% en el primer minuto y al 17% en el minuto 5. El 12 % de los RN de madres adolescentes tuvo bajo peso al nacer, y un 19,9% restricción del crecimiento intrauterino. **Conclusiones:** El número de madres adolescentes atendidas en ambos hospitales de referencia en el año 2013 sigue siendo alto**.** Si bien no existe mucha diferencia en los indicadores de morbimortalidad cuando se las compara con madres adultas, aun un gran número de niños nacen con bajo peso y prematuros, probablemente si correlacionamos esto con el estado nutricional de las madres encontraremos una relación estadísticamente significativa en este punto.

**81. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en Adolescentes de 11 a 18 años que acuden al Colegio Nacional España de la Ciudad de San Lorenzo. Año 2014**

Rolón P, Fernández M, Paredes F, Yd L, Soler J.
**Cátedra y Servicio de Pediatría. Hospital de Clínicas FCM-UNA.**

**Introducción**: Los factores de riesgo cardiovascular (FRC) son múltiples; el riesgo de enfermedad cardiovascular está determinado por el efecto sinérgico de los FRC a través del tiempo. La asociación frecuente de obesidad, sedentarismo, dislipidemia y diabetes aumenta el efecto aterogénico de la hipertensión arterial. La mayoría de los FRC son modificables y están asociados al estilo de vida. **Objetivo:** Definir el perfil de riesgo cardiovascular de la población joven permite diseñar estrategias a fin de disminuir en un futuro la incidencia de la enfermedad cardiovascular. **Material y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo de corte transversal con componente analítico diseñado para determinar la prevalencia de FRC en adolescentes de 11 a 18 años que acuden al colegio Nacional España de la ciudad de San Lorenzo. **Resultados:** Se estudiaron un total de 162 adolescentes de ellos 53 (32,8%) presentaron sobrepeso u obesidad la edad promedio fue de 13 años, (66% = pertenecían al sexo femenino (17%) tenían una presión arterial (PA) $\geq$ al p 95. En la muestra se encontró 8 pacientes (15%) que reunían los criterios para el diagnóstico de síndrome metabólico (SM). Existe una relación estadísticamente significativa p 0.00005 entre estado nutricional y PA así como entre circunferencia abdominal y SM p 0,0004. **Conclusiones**: La prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en adolescentes de 11 a 18 años que acuden a la Escuela Nacional España de la ciudad de San Lorenzo en el año 2014 es alta considerando las tendencias mundiales, estos factores están presentes con mayor frecuencia en las mujeres, el sobre peso y la obesidad ocupan el primer lugar entre los factores más comunes seguido de las cifras tensionales elevadas. El Síndrome metabólico es una realidad actual en este grupo etario, existe una relación estadísticamente significativa entre circunferencia abdominal aumentada e hipertensión arterial así como entre sobre peso u obesidad y síndrome metabólico, este mal en la actualidad está en aumento más aún si consideramos su asociación creciente con la disminución de la actividad física y al escaso consumo de fibras alimentarias. Si bien un gran número de adolescentes presentan factores de riesgo familiares que no son modificables también presentan un gran número de factores modificables por lo que es necesario realizar campañas desde la infancia para concienciar de la importancia de la prevención de estos factores. Insistir en la detección precoz de dichos factores debido a la gran correlación con el desarrollo de patología cardiovascular en la edad adulta es el gran desafío.

**82. A propósito de un caso Púrpura de Henoch-Schonlein**

Báez L, Alfonso M, Cantero G, Mattio I.
**Hospital General de Barrio Obrero.**

**Introducción:** La púrpura de Henoch-Schonlein es una enfermedad multisistématica que afecta piel, tracto gastrointestinal, articulaciones y riñón. La mayoría ocurre en niños menores de siete años con un rango entre los cuatro a siete años. Se caracteriza por púrpura palpable no trombocitopénica, especialmente en las extremidades inferiores, pudiéndose extender a glúteos y abdomen, con artralgias o artritis, dolor abdominal, melena y fallo renal. El cuadro histológico es una vasculitis necrotizante o leucocitoclástica con depósito de IgA. La causa es desconocida aunque se ha asociado a infección por estreptococo, varicela, hepatitis B y Yersinia; así como también a hipersensibilidad a alimentos y ciertos medicamentos. En general, el curso es autolimitado y el pronóstico es bueno. La presencia de enfermedad renal es el principal factor determinante en el pronóstico. En el tratamiento se menciona el uso de glucocorticoides. **Caso Clínico:** Niña de cinco años con púrpuras palpables, en miembros inferiores, glúteos, hipogastrio, tumefacción en la articulación de la mano izquierda y tobillo derecho que dificulta la deambulación, edema en región frontal y malar izquierda, de un día de evolución. Durante su hospitalización presenta oliguria, dolor abdominal y melena. Tratamiento con prednisona a 2 mg por kilo de peso al día. Hemograma y funcionalidad renal: normales. El paciente evolucionó satisfactoriamente y a la semana se dio de alta en buenas condiciones, con resolución del cuadro clínico. **Discusión:** Existe controversia en el manejo con esteroides y algunos autores no lo recomiendan, mientras que otros lo recomiendan cuando hay compromiso gastrointestinal y renal. En nuestro paciente asumimos que la oliguria, dolor abdominal y melena constituían una indicación para el uso de esteroides, con el cual se obtuvo resolución del cuadro. Concluimos que bajo estas condiciones debe usarse esteroides, pero que cuando las lesiones sólo son en piel, el manejo debe ser conservador y esperar una resolución espontánea.

**83. Prevalencia de Nefritis en Niños con Púrpura de Schönlein Henoch del Hospital Civil "Fray Antonio Alcalde". Junio de 2012 a Junio de 2014**

Stanley M, Morales M, Pérez Rulfo D, Arechiga M, Avilés K.
**Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde".**

**Introducción:** La púrpura de Schönlein-Henoch es la vasculitis de pequeños vasos más común en pediatría. Está caracterizada por rash purpúrico, acompañado de artritis y dolor abdominal. Aproximadamente el 50% de los pacientes con púrpura de Schönlein-Henoch desarrollan manifestaciones renales; varían desde hematuria microscópica asintomática hasta una glomerulonefritis progresiva y severa. **Objetivo**: Determinar la prevalencia de nefritis en niños con púrpura de Schönlein –Henoch en el servicio de Pediatría del Hospital Civil "Fray Antonio Alcalde" de junio de 2012 a junio de 2014. **Material y Métodos**: Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Revisión de expedientes (junio 2012 a junio 2014) de niños que acudieron al hospital. Muestreo no probabilístico, inclusión consecutiva. **Resultados**: Presentaron Púrpura de Schönlein-Henoch 24 pacientes, se analizaron 23 expedientes completos. La prevalencia de PSH hallada fue de 0.026%, durante los años de estudios y el 30% de estos niños (7 pacientes) presentaron nefritis secundaria a PSH; 71.4% de las niñas y el 28.5% de los niños. Edad media de presentación de 6.5 años. El 85.7% presentó infecciones de vías aéreas superiores previo al diagnóstico de púrpura de Schönlein-Henoch. **Conclusiones:** La prevalencia de Nefritis por Púrpura de Schönlein-Henoch fue de 0.008% que corresponde al 30.7% de los pacientes diagnosticados con PSH.

**84. Purpura de Schonlein Henoch. Reporte de un caso de presentación atípica**

Olmedo G, Martinez G.
**Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.**

**Introducción:** La Purpura de Schonlein Henoch (PSH) es la vasculitis más frecuente en la infancia y se caracteriza por una vasculitis leucocitoclastica y el depósito de inmunoglobulina Ig A en los vasos pequeños de la piel, las articulaciones, el tubo digestivo y el riñón. **Caso Clínico:** Se presenta un paciente masculino de 11 años de edad con historia de dolor abdominal de 72 horas de evolución, acompañado de vómitos y deposiciones liquidas

muy frecuentes. El dolor abdominal de inicio en epigastrio, se irradia a fosa iliaca derecha (FID).Niega fiebre. Al examen físico el abdomen es doloroso a la palpación en flanco y FID con signo de Blumberg positivo. Es sometido a laparotomía exploradora con el diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico donde se constata signos de ileitis. En el postoperatorio presenta edema de miembros inferiores, artralgias y petequias en miembros inferiores La biopsia informa vasculitis leucocitoclastica confirmándose el diagnostico de PSH**. Discusión**: El paciente presento signos y síntomas de PSH después de un episodio de abdomen agudo quirúrgico que requirió laparotomía exploradora. Aunque la manifestación gastrointestinal es el síntoma más frecuente de la enfermedad, (40-85%) suele presentarse después del exantema. La presentación intestinal aguda y con las características presentadas es infrecuente.