PEDIATRIA
Órgano Oficial de la Sociedad Paraguaya de Pediatría

SOCIEDAD PARAGUAYA DE PEDIATRIA

XV CongresoParaguayo de Pediatría

XIV JORNADA DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

RESUMENES DE TEMAS LIBRES

3 al 5 de Noviembre de 2016
Bourbon Conmebol Convention Hotel
Paraguay

ISSN 1683-979X

Volumen 43
Suplemento
2016

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 43 - Suplemento 2016 ***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
Lic. Luz Marina Rojas
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 2015-2018

Presidente
Dr. José Brea del Castillo

Vicepresidente
Dr. Oswaldo Revelo Castro

Secretario General
Dra. Julia Fernandez Monge

Tesorero
Dr. Francisco Moraga Mardones

Vocales
Dr. Carlos Gilberto Alonso Rivera
Dr. Eric Diaz
Dr. Ramón Alvarenga
Dr. Roberto Rivero
Dra. Ida Esquivel Liedtke

Presidente Anterior
Dr. Gonzalo Giambruno M.

Asesores de CD
Dr. Hernando Villamizar Gómez
Dr. Alberto Bissott Alvarez

Webmaster, Comunicacion y Medios
Dr. Ariel Melamud

XV Congreso Paraguayo de Pediatría

XIV Jornada de Enfermería Pediátrica

3, 4 y 5 de Noviembre de 2016

Comité Organizador

Comité Ejecutivo
Presidencia
Prof. Dra. Mabel Zacur de Jiménez

Vice Presidencia
Dra. Norma Bogado

Secretaría General
Coordinación:
Dra. Gloria Díaz de Cho

Miembros:
Dra. Deisy Rocío Baruja
Dra. Leticia Ramirez
Dra. Viviana Sotomayor

Secretaría de Actas
Dra. Rocío Morinigo
Dra. Gloria Verón

Comité de Finanzas
Coordinación:
Dr. Juan Max Boettner
Prof. Dr. Ricardo Meza
Dr. Jorge López

Comité Científico
Coordinación:
Prof. Dra. Ana Campuzano de Rolón
Dra. Lourdes Ortiz Paranza

Coordinación de Ejes tématicos:
Enfermedades Prevenibles y Prevalentes
- Prof. Dra. Ana Campuzano
- Dra. Gloria Díaz de Cho

Atención Pediátrica Integral
- Dra. Ida Esquivel
- Dra. Aida Galeano

Urgencias en la Atención Pediátrica Ambulatoria
- Dra. Norma Bogado
- Dra. Viviana Pavlicich

Miembros:
Dra. Diana Báez
Dra. Ida Esquivel
Dra. Hulda Renee González de Szwako
Dra. Maria Cristina Lezcano
Prof. Dr. Ramon Mir Villamayor
Dr. Zoilo Morel
Dr. Raúl Alberto Olmedo
Dra. Sonia Viviana Pavlicich

Comité de Prensa y Propaganda
Coordinación:
Dr. Oscar Doldán Pérez
Miembros:
Dr. Ángel Rafael Acuña
Prof. Dra. Susana Sánchez
Prof. Dr. Ricardo Meza

Comité de Recepción y Alojamiento
Coordinación:
Dra. Blanca Lizette Heinichen

Miembros:
Dra. Laura Duarte,
Dra. Silvia Irala,
Dr. Richard Lezcano,
Dra. Miriam Ortigoza
Dra. Marlene Martínez,
Dra. Patricia Rolón
Dra. Erna Reisinger de Alcaráz

Comité de Actividades Sociales
Coordinación:
Dra. Antonia Benítez Rivas
Dra. María Cristina Ocampos

Miembros:
Dra. Alicia Aldana
Dra. Rocío Bogado,
Dra. Maria Ester Gómez
Dra. Lorena Spinzi

Comité de Audiovisuales
Coordinación:
Dr. Raúl De Jesús, Dra. Natalia Gómez

Coordinación de Actos Científicos:
Dr. José Fretes Benítez

Miembros:
Dr. Paolo Balmori, Dra. Norma Borja, Dra. Silvia Gotz, Dra. Cristina Medina, Dra. Maria de los Ángeles Peiró

Colaboradores:
Dra. Natalia Amarilla, Dra. Patricia Arzamendia, Dra. Rita Azucas, Dr. Ursino Barrios, Dra. Vivian Benítez, Dr. Pierre Bernard, Dra. María Eugenia Blaires, Dra. Nair Bogado, Dra. Montserrat Bravard, Dra. Rossana Delvalle, Dr. Patricia Desvars, Dr. Jorge Garcete, Dra. Silvia Genes, Dra. Patricia Giménez, Dr. Marco González, Dra. Mayra González, Dr. Carlos Insaurralde, Dra. Nadia Medina, Dra. Grisia Mora, Dra. Mireya Morales, Dra. Limpia Ojeda, Dr. Jorge Ortíz, Dra. Fátima Osorio, Dra. Edaniela Otazú, Dra. Pia Rivarola, Dra. Mabel Rodas, Dr. Vicente Semidei, Dra. Laura Sosa, Dr. Javier Villalba

Comité Temas Libres
Coordinación:
Prof. Dr. Roger Rolón,
Dra. Lourdes Talavera

Miembros:
Dra. Soraya Araya,
Dra. María Elizabeth Céspedes
Dra. Claudia Flecha,
Dra. Dolores Lovera,
Prof. Dra. Susana Sánchez,
Dra. Marta Sanabria

Jurado de Premios
Presidencia:
Prof. Dra. Stela Benitez Leite

Miembros:
Prof. Dr. Juan Ángel Lird
Dra. María Eugenia Montiel de Doldán
Dra. Laura Rojas de Recalde
Dra. Graciela Velázquez

Miembros Extranjeros:
Prof. Dr. José Maria Ceriani
Prof. Dra. Mercedes Macías

Jornada de Enfermería
Coordinación:
Lic. Nilsa Benítez,
Dr. Alfredo Jara

Miembros:
Lic. Eladio Bobadilla,
Lic. Félix Chamorro,
Lic. Edgar Ortiz

Asesores
Prof. Dra. Carmen Achucarro
Prof. Dr. Antonio Arbo Sosa
Prof. Dr. Carlos Caballero B.
Dr. Alberto Chamorro
Dr. Salim Eguiazu
Dra. Elva Escalada
Prof. Dr. Hassel Jimmy Jiménez
Dr. Luis María Moreno
Prof. Dr. Julio Nissen Abente
Prof. Dr. Roger Rolón

Jornada de Educadores y Padres
Dra. María Porfiria Torres
Dra. Clara Vázquez

ADOLESCENCIA

1. Apropósito de un caso Trastorno por estrés post traumático secundario a maltrato
Báez L, Cantero M, Alfonso M, Villalba J, Paniagua S, Brizuela S.
Servicio de Pediatría, Hospital Barrio Obrero. Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción. Postgrado en Pediatría Clínica.

2. Consulta de Adolescentes en el servicio de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas, hallazgos más frecuentes.
González F, Giménez M, Delgado E.
Servicio de Medicina Familiar. Hospital de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas. UNA.

3. Perfil de adolescentes embarazadas en Hospital de Referencia.
Benítez M, Araújo C, Luraschi N.
Servicio de Pediatría. Hospital Regional de Encarnación. Posgrado de Pediatría. Facultad de Medicina UNI.

4. Planificación Familiar en Adolescentes
Moral L, Acosta C, Mendoza S, Espínola M, Ferreira M, Díaz Reissner C.
Centro de Apoyo de Salud de Adolescentes. Hospital Central "Dr. Emilio Cubas" Instituto de Previsión Social. Paraguay.

5. Etiología y factores predisponentes en vulvovaginitis de niñas y adolescentes en un consultorio de Ginecología Infanto-juvenil
Desvars D, Larrieur G, Mesquita M.
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñú

CARDIOLOGÍA

6. Características y evolución de pacientes posoperados de transposición completa de grandes arterias
Sanabria L, Real C, Romero F, Spinzi L, Suh DC, Egusquiza P, Jarolin J, Szwako R.
Departamento de Cardiología Pediátrica. FCM-UNA.

7. Caracterización y seguimiento clínico de pacientes posoperados de cirugía cardíaca en etapa neonatal
Real C, Spinzi A, Romero F, Sanabria L, Suh DC, Egusquiza P, Jarolin J, Szwako R.
Departamento de Cardiología Pediátrica. FCM-UNA.

8. Cardiopatía Congénita asociada a Síndrome de Turner
Zarza A, Sanabria L, Piris A, Gaona N.
Departamento de Cardiología Pediátrica. FCM-UNA.

9. Enfermedad de Kawasaki
Álvarez F, Encina N, Duarte C, Vazquez J, Garcete A, Rolón R.
Departamento de Pediatría, Hospital Regional de Luque.

10. Factores de riesgo en la corrección anatómica de la transposición de grandes arterias
Zarza A.
Departamento de Cardiología Pediátrica. FCM-UNA.

11. Motivo de primera consulta en Cardiología Pediátrica
Vera D, Mesquita M.
Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñú".

12. Muerte súbita recuperada en UCIP del Hospital Nacional de Itauguá. A propósito de un caso.
Barrios L, Cantero R, Miranda G, Cabrera C, Valdez N.
Hospital Nacional de Itauguá.

13. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en adolescentes de una escuela periurbana de San Lorenzo
Suh DC, Vargas-Peña M, Piris A, Pereira P, Estigarribia J, Sanabria L, Vázquez D, Szwako R.
Departamento de Cardiología Pediátrica. FCM-UNA.

14. Resultados del shunt de Blalock-Taussig clásico y modificado en cardiopatías congénitas cianóticas
Pereira P, Suh DC, Cabrera MC, Egusquiza P, Jarolín J, Szwako R.
Departamento de Cardiología Pediátrica. FCM-UNA.

15. Anemia ferropénica en pacientes pediátricos con cardiopatía congénita cianótica
Gómez S, Garcete L, Szwako R.
Departamento de Cardiología Pediátrica. Hospital de Clínicas. San Lorenzo. FCM-UNA.

16. Coartación de aorta en paciente con Síndrome de Down. Caso clínico
Roa M, Ortiz G , Gómez C, Marecos G, Montiel C, Astigarraga N.
Unidad de Cardiología Pediátrica. Departamento de Pediatría del Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Asunción, Paraguay.

CIRUGÍA INFANTIL

17. Concomitancia de Síndrome Nefrítico y Apendicitis aguda: un reto diagnóstico
Rojas N, Godoy L.
Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñu".

18. Hallazgos de Broncoscopías realizadas en un Departamento de Cirugía infantil
Hiebert P, Rovira A.
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu

DERMATOLOGÍA

19. Características clínicas y epidemiológicas de la Psoriasis Infantil. Estudio de 11 años.
Boungermini A, Gómez M, Pefaur S, Di Martino B, Rodríguez M, Bolla L.
Universidad Nacional de Asunción. Paraguay. Facultad de Ciencias Médicas. Cátedra y Servicio de Dermatología

20. Características clínicas y epidemiológicas de la tiña capitis en pacientes pediátricos.
A Buongermini, S Chamsin, B Di Martino, O Knopfelmacher, M Rodriguez, L Bolla.
Universidad Nacional de Asunción. Paraguay. Facultad de Ciencias Médicas. Cátedra y Servicio de Dermatología.

21. Características clínicas y epidemiológicas de las colagenopatías en pediatría.
Cuevas E, Buongermini A, Di Martino B, Rodríguez M, Knopfelmacher O, Bolla L.
Universidad Nacional de Asunción. Paraguay. Facultad de Ciencias Médicas. Cátedra y Servicio de Dermatología.

22. Dermatomiositis. Presentación de un caso.
Buongermini A, Valiente Rebull C, Di Martino B, Rodríguez Masi M, Knopfelmacher O, Bolla L.
Universidad Nacional de Asunción. Paraguay. Facultad de Ciencias Médicas. Cátedra y Servicio de Dermatología.

23. Estudio clínico y epidemiológico de las verrugas genitales en niños en la Cátedra de Dermatología de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción. Paraguay, 2011 – 2016
Buongermini A, Di Martino B, Rodriguez M, Knopfelmacher O, Bolla L, Aguilar S.
Universidad Nacional de Asunción. Paraguay. Facultad de Ciencias Médicas. Cátedra y Servicio de Dermatología.

24. Hemangioma congénito: reporte de un caso.
Gamarra C, Servín L, Gutiérrez O.
Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñu"

25. Interconsultas Dermatológicas de Servicios de Medicina Interna en un Hospital Universitario de Cuarto Nivel. Marzo 2015 a Julio 2016.
Rotela V, Buongermini A, Agüero F, Di Martino Or, Knofelmacher O, Bolla L.
Universidad Nacional de Asunción. Paraguay. Facultad de Ciencias Médicas. Cátedra y Servicio de Dermatología.

26. Liquen Plano lineal presentación de caso clínico
Barboza G, Buongermini A, Meza R.
Centro Médico La Costa, Paraguay. 2016

27. Onicomicosis en Pacientes Pediátricos
Buongermini A, Maciel R, Di Martino B, Rodriguez M, Bolla L, Knofelmacher O.
Universidad Nacional de Asunción. Paraguay. Facultad de Ciencias Médicas. Cátedra y Servicio de Dermatología.

28. Psoriasis en lactante
Cuevas E, Buongermini A, Di Martino B, Rodríguez M, Knopfelmacher O, Bolla L.
Universidad Nacional de Asunción. Paraguay. Facultad de Ciencias Médicas. Cátedra y Servicio de Dermatología.

29. Recurrencia atípica del Granuloma Piógeno. Presentación de caso clínico y revisión de la literatura.
Almirón C, Gutiérrez O.
Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñú".

30. Úlceras hérpeticas a repetición en paciente inmunocomprometida
Buongermini A, Valiente C, Di Martino B, Rodríguez M, Knopfelmacher O, Bolla L.
Universidad Nacional de Asunción. Paraguay. Facultad de Ciencias Médicas. Cátedra y Servicio de Dermatología.

EMERGENTOLOGÍA

31. Accidente Cerebro Vascular en Pacientes Pediátricos de un Hospital Universitario
Iramain R, Bogado N, Jara A, Ortiz J, Garcete J, Cardozo L, Morínigo R.
Unidad de Urgencias. Cátedra y Servicio de Pediatría. F.C.M – U.N.A.

32. Análisis de las Reconsultas dentro de las 24 horas en el Servicio de Urgencias del Hospital General Pediátrico
Morilla L, López V, Mesquita M, Pavlicich V.
Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñu".

33. Características clínicas de Cetoacidosis diabética (CAD) en pacientes pediátricos que acuden a urgencias
Garcete J, Morinigo R, Ortiz J.
Cátedra y Servicio de Pediatría. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción.

34. Características clínicas de las taquicardias supraventriculares (TSV) en pacientes pediátricos que acuden a urgencias
Ortiz J, Morinigo R, Garcete J.
Cátedra y Servicio de Pediatría. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción.

35. Caracterización clínica y laboratorial del Dengue en lactantes menores de 12 meses hospitalizados
Cáceres R, Pavlicich V, Basualdo W, Rusomando G, González E, Domínguez P, Mezquita M.
Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñu".

36. Convulsión febril simple: caracterización clínica, manejo y tratamiento en un servicio de urgencias
Morinigo R, Iramain R, Jara A, Ortiz J.
Unidad de Urgencias, Cátedra y Servicio de Pediatría. FCM – UNA

37. Descripción de las características clínicas, etiología y evolución de la bronquiolitis en recién nacidos en el Departamento de Emergencias Pediátricas
Espínola V, Rivas V.
Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñu"

38. Fiebre dengue y taquicardia supraventricular
Estigarribia M, Godoy L.
Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñu"

39. Fiebre sin foco e infección urinaria en lactantes en el Departamento de Emergencias de un Hospital Pediátrico
Cantero L, Godoy L.
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.

40. Heridas por proyectil de arma de fuego en niños y adolescentes
Báez L, Filartiga A, Martínez C.
Hospital de Trauma Manuel Giagni

41. Hospitalizaciones breves en un servicio de Pediatría
Más M, Casuriaga A, Uría M, Galazka J, Picón T, Giachetto G.
Asociación Española. Montevideo, Uruguay.

42. Implementación de un circuito alternativo de atención para pacientes de baja complejidad en un departamento de urgencias pediátricas (DEP)
Portillo S, Morilla L, Domínguez P, Rivas M, Mezquita M, Pavlicich V.
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.

43. Intoxicación Alcohólica Aguda en la Adolescencia. Reporte de casos asistidos en emergencia de una institución de salud privada en Montevideo, Uruguay
Más M, Davrieux M, Maurente L, Ponce N, Pascale A, Dall'Orso P.

44. Oxigenoterapia de alto flujo en el manejo de la insuficiencia respiratoria por infecciones respiratorias agudas bajas en un departamento de emergencia pediátrica
Morosini F, Alonso B, Alegretti M, Tortora S, Dall'Orso P, Prego J.
Departamento de Emergencia Pediátrica. Centro Hospitalario Pereira Rossell (DEP CHPR). Montevideo, Uruguay.

45. Oxigenoterapia de alto flujo en niños mayores de 2 años con crisis asmática moderada-severa en un servicio de urgencias pediátrico
Morosini F, Alonso B, Tortora S, Dall´Orso P, Prego J.
Departamento de Emergencia Pediátrica, Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR). Montevideo, Uruguay.

46. Predicción del fracaso de la Oxigenoterapia de Alto Flujo basado en parámetros clínicos en pacientes con Bronquiolitis grave
Watanabe M, Pavlicich V, Mesquita M.
Departamento de Urgencias. Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.

47. Prescripción de antibióticos en pacientes ambulatorios en el departamento de emergencias pediátricas
Paredes M, Cheaib M, Mezquita M.
Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñu"

48. Traumatismo craneoencefálico en la Unidad de Urgencias Pediátricas. Servicio de Pediatría. 2014-2015
Palomar S, Iramain R.
Unidad de Urgencias. Servicio de Pediatría. Hospital de Clínicas.

49. Uso de ketamina en un servicio de urgencias pediátricas. Aplicabilidad y seguridad
Más M, Tórtora M, Dall´Orso P, Morosini F, Prego J.
Hospital Pediátrico. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Departamento Emergencia Pediátrica. Facultad de Medicina. Udela R

50. Uso de oxigenoterapia por alto flujo (OAF) en niños con crisis asmática severa
Gauto R, Domínguez S, Pavlicich V.
Departamento de Emergencias. Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu

51. Utilización de un servicio de emergencia. Encuesta a padres y cuidadores
Casuriaga A, Más M, Galazka J, Picón T, Giachetto G.
Asociación Española. Montevideo, Uruguay

52. Ventilación mecánica no invasiva en asma aguda bronquial
Quiñonez S, Delgadillo L, Jiménez J.
Departamento de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital de Clínicas San Lorenzo.

ENDOCRINOLOGÍA

53. Amelogenesis imperfecta. Reporte de caso
Mallada D, Seall L, Verón G, Benitez Leite S.
Cátedra y Servicio de Pediatría, FCM-UNA.

54. Fibrodisplasia osificante progresiva. Reporte de un caso y revisión de la literatura
Storm S, Martínez G.
Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñu".

55. Hiperhidrosis congénita. Reporte de caso
Bordón J, Mallada D, Verón G, Blanco F, Benítez Leite S.
Hospital de Clínicas FCM-UNA, Cátedra y Servicio de Pediatría

56. Pubertad precoz periférica: reporte de un caso
Martínez M, Martínez G.
Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñu"

57. A propósito de un caso clínica: hipotiroidismo congénito con bocio
Acuña D, Araujo, Acosta M.
Servicio de Pediatría, HRE. Facultad de Medicina. UNI.

GASTRONTEROLOGÍA Y NUTRICIÓN

58. Asociación entre el estado nutricional de embarazadas que acuden a un programa alimentario, número de controles y el peso de sus recién nacidos.
Celabe V, Meza G, Sánchez S, Acosta J.
Facultad de Ciencias Químicas – Universidad Nacional de Asunción - San Lorenzo – Paraguay

59. Colecistitis Alitiásica en Niños. Reporte de Caso.
Bogado J, Arza J, Muñoz D, Espínola S.
Servicio de Pediatría. Hospital Regional de Encarnación. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Itapúa

60. Concordancia y correlación entre el índice de masa corporal para la edad y peso para la talla en niños paraguayos de 12 a 48 meses
González L[1], Sanabria M[1], Sánchez Bernal S[2], Osorio A[3], Bruno S[3].
[1]Universidad Nacional de Asunción; [2] Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición (INAN); [3] Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

61. Consumo de Yodo en mujeres embarazadas que asisten a servicios públicos de salud del Paraguay
Sánchez S, Morínigo G, Acosta J, Masi C, Galeano M, Ayala C, Coronel J, Barreto P, Mendoza L.
Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición-INAN. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

62. Desnutrición en niños que acuden a la consulta al Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital Nacional De Itauguá.
Zavala C, Román O, Heiniechen L, Irala C.
Hospital Nacional de Itaugua

63. Pancreatitis aguda complicada con pseudoquiste pancreático
Valdez M, Campercholi R.
Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñu"

64. Patrones de ingesta de líquidos: un estudio epidemiológico en niños y adolescentes escolarizados de Paraguay.
Sanabria M[1], Aguilar G[2], Sanabria G[2], Kawabata A[2], Estigarribia G[2], Rolón R[1], Ríos P[2], Munoz S[3], Feferbaum R[4].
[1]Universidad Nacional de Asunción. [2]Universidad Nacional de Caaguazú. [3]Universidad de la Frontera, Chile. [4]Universidad de Sao Paulo, Brasil.

65. Hábitos de merienda en escolares de un colegio privado.
Giménez M, Hernegard S, Vega R, Delgado E, Garcete G, Valdez L, Rojas M, Martínez O, Salinas Y.
Hospital de Clínicas. Medicina Familiar.

66. Perfil de consumo de yodo en escolares y adolescentes del Paraguay y disponibilidad de sal adecuadamente yodada en sus hogares
Acosta J, Sánchez S, Masi C, Morínigo G, Galeano M, Coronel J, Ayala C, Barreto P, García M, Mendoza L.
Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición-Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

67. Perfil nutricional de embarazadas adolescentes que asisten a servicios públicos de salud en el Paraguay
Masi C, Sánchez Bernal S, Morínigo G, Zelada J, Irazusta J, Mendoza L.
Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición-INAN. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Paraguay

68. Prácticas alimentarias en niños/as de 6 meses a 2 años, que acuden a servicios públicos de salud del Paraguay
Canela R, Sánchez S, Schapt N, Riveros F, Gómez M, Martinetti S, Martínez N, Bobadilla L, Mendoza L.
Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición, Paraguay

69. Prevalencia de anemia en niños de 6 a 59 meses de la ciudad de Concepción
Núnez N[1,2], Sanabria M[3], Aguilar G[4], González L[3], Olivares M[5].
[1]Universidad Nacional de Concepción, Concepción Paraguay;[2]Hospital Regional de Concepción, Concepción, Paraguay;[3]Universidad Nacional de Asunción, Paraguay,[4] Universidad Nacional de Caaguazú Coronel Oviedo, Paraguay;[5] Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA), Universidad de Chile, Chile

70. Situación nutricional de niños y niñas indígenas, entre 0 a 5 años de edad de la Comunidad Indígena Kenkuket y la Asociación de Parcialidades Indígenas (API), 2016.
Cáceres C, Gómez F, Molinas S, Villamayor A.
Universidad Privada del Este – Sede Asunción.

71. Asociación entre actividad física y sobrepeso y obesidad en adolescentes de 9 a 15 años en un colegio de San Lorenzo –Paraguay
Ruiz S, Mesquita M, Sánchez S.
Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñu". Universidad Católica "Nuestra Señora de la Asunción" (UCA).

HEMATO-ONCOLOGÍA

72. Adherencia al tratamiento de terapia de reemplazo enzimático con imiglucerasa en pacientes con Enfermedad de Gaucher
Samudio A, Zelada O, Mattio I, Servín J, Figueredo D.
Hospital de Clínicas. FCM UNA. Departamento de Hemato Oncología Pediátrica. (HOPe)

73. Anemia hemolítica inducida por Ceftriaxona: reporte de un caso
Morel Z, Martínez G.
Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñu"

74. Apropósito de un caso: Linfoma de Hodgkin en paciente escolar en el Hospital Regional de Luque
Barrios C, Moreno J.
Hospital Regional de Luque.

75. Características clínicas y evolución de pacientes inmunosuprimidos con Fiebre Dengue (FD) en un hospital pediátrico
Benítez M, Noguera J, Talavera G.
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñú.

76. Eosinofilia en neonatos: causas probables
Delgado R, Rivarola M, Samudio G, Riveros M.
Servicio de Neonatología. Hospital Nacional de Itauguá.

77. Hepatoblastoma: casos clínicos
Flecha Sosa L, Montoya C, Ayala E, Figueredo Thiel SJ.
Cátedra de Anatomía Patológica. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción.

78. Leucemia Linfoblastica aguda-tipo T (segunda neoplasia) en escolar de 11 años con el diagnóstico de Linfoma de Hodgkin 7 años atrás. A propósito de un caso
Almada N, Centurión Y, Lezcano V, Brizuela ES, Batista J.
Sala de Onco-Hematología Pediátrica del Hospital Central Instituto de Previsión Social "Dr. Emilio Cubas"

79. Leucemia mieloide crónica en paciente pediátrico. A propósito de un caso
Brizuela S, Almada N, Centurión Y, Lezcano V, Rivarola M, Batista J.
Servicio de Onco-hematología Pediátrica del Hospital Central Instituto de Previsión Social "Dr. Emilio Cubas"

80. Leucemia mieloide crónica pediátrica en crisis blastica linfoide. Caso clínico
Benítez ML, Figueredo S.
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu. Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud

81. Lipoblastoma: el menos conocido de los tumores infantiles
Estigarribia R, Matsumura K.
Hospital Central IPS. Servicio de cirugía infantil.

82. Logro de metas terapéuticas en pacientes con Enfermedad de Gaucher tratados con Imiglucerasa
Mattio I, Zelada O, Servin J, Aponte S, Bernal R, Figueredo D, Samudio A.
Departamento de Hemato-Oncología Pediátrica – Hospital de Clínicas - Facultad de Ciencias Médicas – U.N.A.

83. Presencia del Gen MLL – AF4 como indicador de comportamiento en las Leucemias Linfoblásticas Agudas
Aponte S, Ayala A, Zelada O, Mattio I, Figueredo D, Servín J, Bernal R, Samudio A.
Departamento de Hemato – Oncología Pediátrica. Hospital de Clínicas. FCM – UNA

84. Presentaciones agudas quiste de ovario en menores de 3 meses
Estigarribia R, Espinola C, Schaerer C.
Servicio de Cirugía Infantil IPS Central

85. Tumores orbitarios en pacientes pediátricos
Figueredo D, Aponte S, Zelada O, Mattio I, Ayala A, Samudio A.
Departamento de Hemato-Oncología Pediátrica (HOPe) – Hospital de Clínicas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción

86. Leucemias agudas en la sala de Hemato-Oncologia Pediátrica del Hospital Central del Instituto de Previsión Social desde abril 2011 hasta agosto del 2016
Brizuela S, Almada N, Garozzo O, Rivarola M, Batista J, Valdes L, Centurión Y, Lezcano V, Kim V, Lezcano E.
Sala de Onco-hematología Pediátrica del Hospital Central Instituto de Previsión Social "Dr. Emilio Cubas"

87. Prevalencia de Eosinofilia de hallazgo incidental en niños de comunidad rural
Desvars P, Avalos DS, Galeano A, Benítez Leite S, Campuzano A.
Hospital Nacional de Clínicas. FCM-UNA.

88. Purpura trombocitopenica crónica. Experiencia en el departamento de hemato-oncologia pediátrica del Hospital de Clínicas. Periodo 2005 – 2015
Samudio A, Mattio I, Bernal R.
Hospital de Clínicas. FCM UNA. Departamento de Hemato Oncología Pediátrica

89. Tumor de Células Germinales. Experiencia en un centro de referencia
Ocampo D, Figueredo D, Samudio A.
Hospital de Clínicas. FCM UNA. Departamento de Hemato Oncología Pediátrica

90. Estudio de marcadores moleculares como factores pronósticos en leucemias infantiles
Ayala-Lugo A[1,2], Zelada O[1], Figueredo D[1], Jolly V[2], Franco L[2], Mattio I[1], Irupé S[1], Servín J[1], Bernal R[1], Samudio A[1].
[1] Departamento de Hemato Oncología Pediátrica (HoPE). Hospital de Clínicas-FCM–UNA. [2] Laboratorio de Genética Molecular. Departamento de Genética. Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud (IICS). UNA.

INFECTOLOGÍA

91. A propósito de un caso Síndrome Compartimental por accidente ofídico
Baez L, Villalba J, Paniagua N, DaCunha E, Samudio G, Brizuela S.
Postgrado de Pediatría. Universidad Católica Nuestra Señora De La Asunción. Servicio de Pediatría. Hospital General de Barrio Obrero.

92. A propósito de un caso Encefalitis por Dengue
Leguizamón E, Fariña E, Baruja F, Irala C.
Hospital Nacional de Itaugua, Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos.

93. A propósito de un caso Síndrome de Weil por Leptospira
Leguizamón E, Aquino J, Miranda G.
Hospital Nacional de Itaugua, Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos.

94. Absceso pulmonar en pacientes pediátricos inmunocompetentes. Reporte de casos
Samudio-D G, Ortiz-CLM, Coronel J, Centurión I.
Servicio de Pediatría Hospital General Barrio Obrero. Departamento de Pediatría Hospital Nacional de Itaugua. Posgrados de Pediatra de la Universidad Católica de Asunción. Posgrados de Pediatra de la Universidad Católica de Villa Rica

95. Aislamiento de BAAR en líquido gástrico en tuberculosis cavitaria de un lactante menor. Reporte de caso.
Ferreira J, Martínez G, Castro H.
Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñu"

96. Características epidemiológicas y clínicas en pacientes <15 años fallecidos por dengue. Paraguay 2010 - 2013.
Martínez de Cuellar C[1-2], Lovera D[1], Merlo O[1], González N, Arbo A[1-2].
[1]Instituto de Medicina Tropical. [2]Facultad de Ciencias Médicas – UNA.

97. Características microbiológicas de las infecciones relacionadas a dispositivos invasivos en una Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica. 2014-2015.
Garay Z[1], Espínola S [1], Franco O[2], Espínola MC[3], Vega ME[1].
Unidad de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias.[1] Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.[2]Departamento de Microbiología [3] del Instituto de Previsión Social- Hospital Central.

98. Caracterización de los casos de Influenza B en un servicio de emergencia pediátrico. Análisis clínico y epidemiológico.
Más M, Sánchez Varela M, Bazzino F, Suárez R, Dall'Orso P.
Hospital Británico. Montevideo, Uruguay

99. Casos clínicos de Citomegalovirus Connatal
Chirico M, Barrios U, Medina N, Benítez-Leite S, Rolón R
Cátedra y Servicio de Pediatría. Hospital de Clínicas, FCM-UNA, PY.

100. Colecistitis acalculosa con toque renal por Leptospira. A propósito de un caso
Samudio G, Manavella F, Correa A, Cardozo E.
Posgrado en Pediatría Clínica. Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción. Hospital General Barrio Obrero.

101. Conocimientos, actitudes y prácticas respecto a la vacuna antigripal en el personal sanitario
Chamorro Z, Leguizamón G, Godoy L.
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.

102. Continuo de atención de niños que viven con vih/sida. Cascada de Paraguay 2015
Ovelar P, Rolón R, López G, Samudio T, Arbo A.
Instituto de Medicina Tropical (IMT), Pronasida. Paraguay 2015.

103. Correlación del grupo etario con las características clínicas y laboratoriales en la Fiebre Dengue.
González N, Amarilla S, Araya S, Apodaca S, Martínez C, Lovera D, Arbo A.
Instituto de Medicina Tropical (IMT). Universidad Nacional de Asunción

104. Enfermedades más frecuentes registradas en niños de 0 a 15 años en refugios para víctimas de inundación en la ciudad de Asunción desde diciembre del 2015 a enero del 2016.
Núñez Y, Ovelar M, Martínez M, Zena N, Rolón R, Brizuela ES.
Servicio de Pediatría, Hospital General Barrio Obrero, Facultad de Ciencias de la Salud "Prof. Dr. Manuel Riveros" Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción.

105. Enteropatógenos en muestras diarreicas de pacientes pediátricos del Hospital Regional de Ciudad del Este, Paraguay (2014)
Mereles E[1,2], Silvero M [2]Segovia-Coronel N[1,2], Ojeda L[1], Santacruz L[1], Giménez-Ayala A[1].
[1]Centro de Investigaciones Médicas, Minga Guazú, Paraguay. [2]Hospital Regional de Ciudad del Este, Paraguay.

106. Epidemiología de las Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) en niños por Influenza B, linajes Victoria y Yamagata en hospitales centinelas del Paraguay 2013-2015.
Battaglia S, von Horoch M, Ojeda M, Penayo E, Vázquez C, Cabello M.
Dirección General de Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud Pública y Bienestar social.

107. Etiología de la sepsis neonatal en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en centros de Referencia de Asunción.
Aranda C, Baruja D, Fonseca R, Britez S, Castillo A, Nuñez R, Arbo A.

108. Infección de partes blandas por Micobacteria atípica
Zaracho Y, Martínez G, Castro H.
Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñu"

109. Infecciones respiratorias agudas bajas de origen viral en lactantes hospitalizados en el departamento de emergencias pediátricas
Guzmán O, Castro H, Mesquita M.
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.

110. Leishmaniosis Visceral en niños: experiencia en un centro pediátrico de referencia.
Martínez F, Benítez I, Grau L, Ojeda B, Castro H, Canese A, Morel Z, Rodriguez M.
Servicio de Pediatría. Hospital Central del Instituto de Previsión Social.

111. Linfangitis supurada como complicación de la vacuna de bacilo de Calmette-Guérin (BCG)
Duartez D, Castro H, Martínez G.
Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñu"

112. Osteoartritis tuberculosa post traumática en rodilla: reporte de un caso
Wentzel G, Castro H, Martínez G.
Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñu"

113. Otitis Media Aguda complicada con laberintitis y parálisis facial en pediatría. Apropósito de un caso clínico
Galeano R, Moreno J, Benítez G.
Hospital Regional de Luque

114. Perfil actual de la epidemia de la Infección por el Virus de Inmunodeficiencia (VIH) en Niños en el Paraguay
Zárate C, Ovelar P, Aranda C, Samudio T, Arbo A.
Instituto de Medicina Tropical (IMT), Pronasida.

115. Persistencia de la Transmisión Vertical en la Población Infantil con Infección por VIH en un Centro de Referencia del Paraguay
Aranda C, Ovelar, P, Zarate C, Samudio T, Arbo A.
Instituto de Medicina Tropical (IMT), Pronasida.

116. Presencia de genoma viral en LCR determinado por PCR en pacientes con dengue y manifestaciones neurológicas
Galeano F, Zarza V, Leguizamón E, Amarilla S, Vázquez C, Sanabria G, Arbo A.
Instituto de Medicina Tropical (IMT).

117. Prevalencia de infección por virus sincitial respiratorio en pacientes menores de 5 años en el 1º semestre del año 2016 en el Hospital Central de I.P.S.
Lampert E, Mongelos R, Battaglia S, Castro H.
Servicio de Pediatría del Hospital Central de I.P.S.

118. Primer caso reportado de Microcefalia asociada a Zika en Paraguay. Presentación de caso clínico
Gamarra L, Gini L, Samudio G, Valdez R, Vera L.
Servicio de Neonatología, Hospital General Barrio Obrero- Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción

119. Resistencia a meticilina de Staphylococcus aureus de la comunidad en infección de piel y partes blandas en pacientes pediátricos.
Alló N, García C, Benítez I, Martínez, F, Velázquez G, Espínola MC, Castro H, Rodríguez M.
Servicio de Pediatría Hospital Central IPS.

120. Síndrome de Von Hippel Lindau. A propósito de un caso
Gamarra L, Almada N, Centurion Y, Brizuela-E S.
Postgrado en Pediatría Clínica Hospital General Barrio Obrero. Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción Hemato- Oncología, Hospital Central IPS

121. Síndrome Hemofagocítico secundario a Leishmaniosis Visceral en niños.
Benítez I, Martínez F, Grau L, Ojeda B, Castro H, Canese A, Rodriguez M, Morel Z.
Servicio de Pediatría. Hospital Central del Instituto de Previsión Social.

122. Sordera Aguda y ataxia de origen vestibular en paciente con meningitis por Meningococo Serogrupo C
Báez L, Centurión I, Nequi U, Larrosa E, Manavella F, Samudio DGC.
Postgrado en Pediatría Clínica. Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción. Servicio de Pediatría, Hospital General Barrio Obrero.

123. Toxoplasmosis y lesión ocular en una familia urbana de Caaguazú
García S, Godoy L, Cardozo O.
Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñu"

124. Tuberculosis diseminada en un adolescente inmunocompetente. A propósito de un caso.
Rolón P, Campuzano A, Ferreira J, Cabrera G, Semidei V, Esquivel I.
Cátedra y Servicio de Pediatría, Hospital de Clínicas FCM-UNA.

125. Tuberculosis Extrapulmonar un desafío para el pediatra. Serie de casos
Rolón P, Campuzano A, Ferreira J, Cabrera G, Blaires M, Semidei V, Riquelme A, Lezcano R, Esquivel I.
Cátedra y Servicio de Pediatría, FCM-UNA.

126. Estudio comparativo de las características clínicas de la infección por los serotipos 1, 2 y 3 del virus del Dengue (DENV) en niños.
Martínez de Cuellar C[1-2], Araya S[1], Galeano F[1], Avalos C[1], Navarro Vergara A[1], Amarilla S[1], González N[1], Apodaca S[1], Lovera D[1] y Arbo A[1-2].
[1]Instituto de Medicina Tropical (IMT), [2]Facultad de Ciencias Médicas – UNA.

127. Factores pronósticos de mortalidad en niños con meningitis bacteriana aguda (MBA)
Lovera D[1,2], Amarilla S[1], Araya S[1], González N[1], Aranda C[1], Galeano F[1], Ávalos C[1], Apodaca S[1], Arbo A[1,2].
Instituto de Medicina Tropical (IMT)[1] y Universidad Nacional de Asunción (UNA)[2] Asunción, Paraguay.

128. Implementación del consultorio de febriles en el contexto de una epidemia de dengue
Figueredo N, Gómez Y, Godoy L, Alfieri P.
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu

129. Frecuencia de colonización y sensibilidad de Staphylococcus Aureus en un grupo de niños sanos en Asunción
Benítez I, Velázquez G, Alfonzo K, Giménez P, Martínez F, Rodriguez M, Canese J, Morel Z.
Cátedra de Microbiología. FCM-UNA.

MISCELANEAS

130. Experiencia del uso del bisturí armónico en las hepatectomías en pacientes pediátricos
Arias S, Guggiari F, Escauriza J, Silva S, Caballero E.
Hospital de Clínicas – San Lorenzo

131. Factores que intervienen para la detección y notificación oportuna de los eventos supuestamente atribuidos a la vacunación o inmunización en el personal de salud. México 2015
Carrión V, Gómez C, Santibañez A.
Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. CENSIA-México.

132. Lesiones oculares por toxoplasmosis en pacientes pediátricos
Cardozo O, Mesquita M.
Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñú".

133. Malformación vascular medular. A propósito de un caso
Cabañas B, Quiroga C, Ortiz CLM, Balbuena B.
Departamento de Pediatría. Hospital Nacional de Itauguá. MSP y BS.

134. Síndrome de Burnout en residentes de pediatría de un hospital pediátrico
Mereles S, Martínez G.
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñú.

135. Pancreatitis de origen litiásico: caracterización de pacientes pediátricos en 5 años en un Hospital Público
Ríos C, Arza H, Barrientos B.
Hospital Nacional de Itauguá.

136. Porcentaje de niños sin cedulación en el Hospital General de Barrio Obrero de enero a marzo del 2016
Alfonso M, Cantero L, Trinidad S, Brizuela.
Postgrado en Pediatría Clínica. Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción. Servicio de Pediatría, Hospital Barrio Obrero.

137. Experiencia en el diagnóstico, tratamiento y complicaciones de la enfermedad de Hirschsprung en un hospital público
Recalde A, Arza H.
Hospital Nacional de Itauguá. Departamento de Pediatría. Servicios de Cirugía Pediátrica.

138. Impacto de la salud bucal sobre la calidad de vida de los niños de 11 a 14 años de tres escuelas nacionales de asunción
Arrúa M[1], Cáceres J[1], Giménez M[1], Mujica C[1], Toledo Y[1], Acosta A[1], Riquelme A[1], Kegler K[2], Méndez M[2], Segovia B[2].
[1]Alumnos del 1er año de la Facultad de Odontología de la Universidad del Pacífico. [2]Docentes de la Cátedra de Preventiva de la Facultad de Odontología de la Universidad del Pacífico.

139. Caracterización clínica, etiológica y evolutiva de las infecciones osteoarticulares en los niños hospitalizados en un centro de referencia
Navarro A, Sanabria G, Arbo A.
Instituto de Medicina Tropical. Servicio de Pediatría.

NEFROLOGÍA

140. Calidad de vida en pacientes pediátricos con diálisis peritoneal y hemodiálisis en un Hospital de Hidalgo
Baltazar R M, Gálvez Y, Pérez E, Guevara RM.
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

141. Factores de riesgos para el desarrollo de complicaciones cardiovasculares en pacientes pediátricos con enfermedad renal crónica (ERC).
Núñez N, Martínez M, Troche A.
Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Servicio de Nefrología. Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción.

142. Infección Urinaria (IU) en niños y adolescentes sometidos a trasplante renal (TR): nuestra experiencia en el HCIPS
Gómez N, Troche A, Martínez Pico M.
Servicio de Nefrología. Unidad de Nefrología Infantil. Hospital Central- Instituto de Previsión Social. Postgrado de Nefrología Pediátrica, Facultad de Medicina, UCA.

143. Litiasis Renal en el Consultorio de Nefrología Pediátrica
Lezcano F, Martínez M, Troche A.
Hospital Central Instituto de Previsión Social. Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción- Paraguay.

144. Nivel socioeconómico y gastos de niños que asisten a un Hospital público, para tratamiento sustitutivo renal
Alvarez J, García V, Franco M, Fretes J, Gotz S, Peiró A, Florentin de Merech L.
Departamento de Nefrología Pediátrica - Hospital de Clínicas FCM UNA

145. Síndrome de Cascanueces, como causa de proteinuria intermitente. A propósito de un caso
Basabe M, Martinez Pico M, Troche A.
Hospital Central Instituto de Previsión Social. Unidad de Nefrología Pediátrica. Asunción, Paraguay

146. Características epidemiológicas de niños que acuden a un centro Nefropediátrico público
García V, Franco M, Fretes J, Gotz S, Peiró A, Álvarez J, Florentín de Merech L.
Departamento de Nefrología Pediátrica, Hospital de Clínicas FCM UNA.

147. Complicaciones quirúrgicas en trasplante renal pediátrico. Experiencia de la Unidad de Nefrología Infantil, Hospital Central, Instituto de Previsión Social.
Adorno T, Martínez M, Troche A, Romero M, Ayala R, Mayor M, Jara P, Schaerer C, Teixeira E, Filizzola R, Franco O.
Unidad de Nefrología Infantil, Servicio de Nefrología y Trasplante. Servicio de Cirugía Vascular, Servicio de Terapia Intensiva Pediátrica. Hospital Central, Instituto de Previsión Social (HC/IPS). Universidad Católica de Asunción.

148. Disfunción miccional en niños. Un enfoque pediátrico de la consulta especializada
Fretes J, García V, Franco M, Gotz S, Peiró A, Álvarez J, Florentín de Merech L.
Departamento de Nefrología Pediátrica,Hospital de Clínicas FCM UNA.

149. Nefropatía asociada a infección vírica. Caso clínico
Gotz S, García V, Franco M, Fretes J, Peiró A, Álvarez J, Florentín de Merech L.
Departamento de Nefrología Pediátrica,Hospital de Clínicas FCM UNA.

150. Prevalencia de Infección urinaria post resolución quirúrgica, en niños con Uropatías Congénitas (CAKUT)
Franco M, García V, Gotz S, Fretes J, Peiró A, Álvarez J, Florentín de Merech L.
Departamento de Nefrología Pediátrica. Hospital de Clínicas FCM UNA.

151. Sobrevida del Injerto en Trasplante Renal (TR) Pediátrico. Experiencia del Instituto de Previsión Social.
Martínez Pico M[1], Troche A[1], Jara P[2], Nuñez N[1], Adorno T[1], Basabe M[1], Mayor M[2].
[1]Unidad de Nefrología pediátrica, [2]Unidad de Trasplante Renal, Servicio de Nefrología, HCIPS.

152. Uropatías y daño renal en pacientes pediátricos
Peiró A, García V, Franco M, Fretes J, Gotz S, Álvarez J, Florentín de Merech L.
Departamento de Nefrología Pediátrica - Hospital de Clínicas F.C.M. - U.N.A.

NEONATOLOGÍA

153. A propósito de un caso Hernia diafragmática derecha en un lactante
Leguizamón E, Alfonso J.
Hospital Nacional de Itauguá, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

154. C.A.L.O.T.O.: Un instrumento para la evaluación de indicadores básicos de atención del recién nacido en la primera hora de vida
Arrechea A, Bareiro G, Fonseca R, Espinola N.
Hospital Materno Infantil San Pablo. Asunción – Paraguay.

155. Características clínicas y manejo de recién nacidos con onfalocele
Rodas C, Álvarez E, Paredes M, Genes L, Mir R, Lacarrubba J.
Departamento de Neonatología, Hospital de Clínicas. San Lorenzo.

156. Caracterización de los pacientes en edad neonatal que usaron tigeciclina en el manejo de infecciones
Muzachi L, Samudio G, Estigarribia M, Miltos P.
Hospital Central del Instituto de Previsión Social.

157. Comparación de los óbitos neonatales pre y post unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional de Cnel. Oviedo, durante los años 2010 a 2014
González M, Borja M, Escandriolo B.
Hospital Regional de Coronel Oviedo, MSPyBS; Hospital Regional IPS de Coronel Oviedo; Universidad Nacional de Caaguazú.

158. Dengue adquirido en un recién nacido
Ortiz H, Cabrera G, Alfonso A, Lacarruba J, Troche J.
Hospital Distrital de Capiatá. Universidad Nacional de Caaguazú

159. Detección de cardiopatías congénitas mediante la oximetría de pulso
Ferreira M, Rojas G, Gómez C, Barrios B.
Hospital Regional Ciudad del Este, Alto Paraná.

160. Distrofía miotónica tipo 1 de Steinert: Desafío diagnóstico en el recién nacido hipotónico
Borgi J, Ferreira J, Lezcano M, Genes L, Lacarrubba J, Mendieta E, Céspedes E, Mir R.
Departamento de Neonatología. Hospital de Clínicas – Universidad Nacional de Asunción.

161. Enfermedad de Kawasaki: Caso clínico de presentación infrecuente
González M, Fonseca R.
Centro Médico Bautista.

162. Estrategia con enfoque integrador refuerza la vigilancia de defectos congénitos en Paraguay
Ascurra M[1], Benítez C[1], Alvarez P[1],Samudio M[2].
[1] **Programa de Prevención de los Defectos Congénitos – Programa de Prevención de la Fibrosis Quística y del Retardo Mental - Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.** [2] **Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud – Universidad Nacional de Asunción.**

163. Experiencia en el uso de surfactante en recién nacidos prematuros con diagnóstico de membrana hialina, en una terapia intensiva del interior del país.
Fernández L, Gómez M.
Hospital Regional de Coronel Oviedo.

164. Fibromatosis de Colli
Sosa G, Román R.
Hospital Nacional de Itauguá. Servicio de Urgencias. Departamento de Pediatría.

165. Frecuencia de meningitis neonatal en pacientes con sepsis en el departamento de neonatología del hospital de clínicas de la Universidad Nacional de Asunción entre los años 2012 y 2014
Bracho C, Rolón R, Lacarruba J, Mir R.

166. Hemocromatosis: causa de fallo hepático agudo neonatal
Borgi J, Guillen M, Mendieta E, Lacarrubba J, Céspedes E, Mir R.
Departamento de Neonatología. Hospital de Clínicas – Universidad Nacional de Asunción.

167. Ictiosis en el recién nacido. Presentación de caso clínico.
Cabrera G, Ortiz H, Alfonso A.
Hospital Distrital de Capiatá. Universidad de Caaguazú.

168. Lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida, a pacientes que acuden al Hospital Distrital de Hernandarias
Garcete O, Medina T.
Hospital Distrital de Hernandarias.

169. Muerte neonatal: Resultados del primer año de vigilancia - Hospital Central Instituto de Previsión Social
von Horoch M, Galeano P, Cabral S, González A.
Departamento de Epidemiología, Hospital Central, Instituto de Previsión Social.

170. Nevo de Jadassohn en recién nacido. A propósito de un caso
Riveros M, Valdez L.
Hospital Regional de Encarnación

171. Niveles de bilirrubina en neonatos que consultan en el departamento de urgencias de un Hospital Pediátrico
Domínguez CH, Godoy L, Mesquita M.
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñú.

172. Opinión de las madres sobre el albergue materno
Aguilar L, Flores L, Zavala R, Galván L, Bareiro M.
Hospital Materno Infantil. Reina Sofía. Cruz Roja Paraguaya. Servicio de Neonatología.

173. Pesquisa de retinopatía del prematuro a través de imágenes digitales: Experiencia de un programa piloto en nuestro país
Fonseca R[1,2], Margonari N[1], Vera L[1], Contreras V[1].
[1]Fundación Visión, [2]Hospital Materno Infantil San Pablo.

174. Prevalencia de casos de traumatismos en neonatos que acuden al departamento de emergencias pediátricas
Figueredo C, Mezquita M.
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.

175. Registro de defectos congénitos: Informe preliminar
Ascurra M, Valenzuela A, Rodríguez MS, Encina S, Insaurralde A.
Programa de Prevención de Defectos Congénitos. Programa de Prevención de la Fibrosis Quística y del Retardo Mental. Ministerio de Salud Púbica y Bienestar Social (MSPyBS).

176. Resultados perinatales en embarazos de término con corioamnionitis clínica
Godoy G, Rienzi R, Buena J, Duarte D, Crusfelat M, Centurión R, Maidana M, León L, Benítez C.
Hospital Nacional de Itauguá. Universidad Católica de Villarrica "Campus Guairá". Departamento de Pediatría. Servicio de Neonatología

177. Siameses Heterópagos, a propósito de un caso
Leiva M, Centurión R, Rienzi R, Gómez M.
Hospital Nacional de Itaugua. Servicio de Neonatología.

178. Siameses toracoonfalópagos. Desafío terapéutico y ético
Alvarez E, Paredes M, Lacarrubba J, Genes L, Céspedes E, Mir.
Departamento de Neonatología. Hospital de Clínicas – Universidad Nacional de Asunción.

179. Sífilis congénita. A propósito de 2 casos clínicos
Ortiz J, Fleitas R, Portillo E, Núñez R, Coronel N.
Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Hospital Regional de Luque.

180. Síndrome de Ohtahara, a propósito de un caso
Leiva M, Maidana M, Rienzi R, Gómez M.
Servicio de Neonatología. Hospital Nacional de Itaugua.

181. Síndrome de Prune Belly: Presentación de un caso
Ojeda L, Rodas C, Álvarez E, Mendieta E, Mir R, Lacarrubba J.
Departamento de Neonatología, Hospital de Clínicas. San Lorenzo.

182. Situs inversus totalis. Reporte de un caso
Portillo E, Ortiz J, Fleitas R, Nuñez R, Coronel N.
Sala de UCIP- Hospital Regional de Luque.

183. A propósito de un caso. Dengue Neonatal
Morel L, Gonzalez L.
Hospital Regional de Ciudad del Este.

184. Características de los factores de riesgo asociados a partos pre Término en el Hospital Regional de Cnel. Oviedo de Enero 2014 a Febrero 2015
Borja M, González M, Escandriolo B.
Hospital Regional de Coronel Oviedo, Dpto. Caaguazú, Paraguay.

185. Causas de muertes neonatales en el Hospital Regional Cnel. Oviedo durante los años 2010 al 2014
González M, Borja M, Escandriolo B.
Hospital Regional de Coronel Oviedo, Dpto. Caaguazú, Paraguay.

186. Citomegalovirus en el período neonatal
Miltos P, Samudio G, Muzachi L, Estigarribia M.
Servicio de Neonatología Hospital Central de IPS. Asunción. Paraguay.

187. Factores de riesgo para el desarrollo de asfixia perinatal en pacientes ingresados en sala de neonatología de un hospital de Ciudad del Este
González L, Morel L.
Hospital Regional de Ciudad del Este.

188. Hidrops fetal por sífilis connatal grave en Recién Nacido de pre Término.
Gómez A, Samudio G, Vera L, Valdez R, Gini L, Guerrero G.
Servicio de Neonatología. Postgrado Pediatría Clínica Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción, Hospital General Barrio Obrero. MSP y BS.

189. Morbilidad y mortalidad en prematuros menores de 1500 gramos en el Hospital Regional de Coronel Oviedo en el periodo 2015 hasta junio del 2016.
Zelada M, Lacarrubba J.
Hospital Regional de Coronel Oviedo. Servicio de Neonatología.

190. Nutrición en los Recién Nacidos de pre Término y su relación con la displasia broncopulmonar
Medina MC, Samudio M[1], Falcón L, Salinas A, Sosa R, Galván L.
Departamento de Neonatología, Hospital Materno –Infantil de San Lorenzo, M.S.P y B.S. [1]Instituto en Investigación de Ciencias de la Salud.

191. Recién Nacidos ingresados en el Servicio de Neonatología del Hospital Los Angeles
Medina T, Garcete O.
Hospital Materno Infantil Los Angeles, Ciudad del Este.

192. Estudio multicéntrico sobre retinopatía del prematuro: Como influyen peso de nacimiento y edad gestacional en la incidencia en nuestro país
Fonseca R[1,2], Margonari N[1], Vera L[1], Contreras V[1], Fiore L[3], Gini L[4], Fernandez M[5], Ledesma R[6].
[1]Fundación Visión, [2]Hospital Materno Infantil San Pablo, [3]Hospital Materno Infantil San Lorenzo, [4]Hospital General Barrio Obrero, [5]Hospital Materno Infantil Trinidad, [6]Hospital Materno Infantil Villa Elisa.

193. Recién Nacido: primer gemelar con defecto gastrointestinal. Apropósito de un caso
Barrios C, Coronel N.
Hospital Regional de Luque.

194. Reporte de caso de zika congénito
Silvero C, Jojot S, Galván L, Zavala R, Bareiro M.
Hospital Materno Infantil "Reina Sofía" Cruz Roja Paraguaya. Servicio de Neonatología.

195. Calidad en la atención del cuidado integral al Recién Nacido pre Término: Un Reto. Supervivencia con recursos mínimos.
López Y, Ugarte E, Lailla G.
Hospital Regional de Concepción.

196. Exploración de una herramienta de cribado para la detección precoz de depresión post parto. Hacia la protección del vínculo en la primera infancia
Escobar R, Strübing E, Serafini O, Ayala O.
Hospital Materno Infantil San Pablo.

197. Nivel de ruido en la unidad de cuidados intensivos neonatal del Hospital Regional de Luque
Estigarribia M, Samudio DG, Miltos P, Muzachi L.
Hospital Regional de Luque.

198. Neumonía por Chlamydia trachomatis en recién nacidos, en unidad de cuidados neonatales
Baruja D, Fonseca R, Genes L, Zapata L, Pereira S.
Hospital Materno Infantil San Pablo. Asunción-Paraguay.

NEUROLOGÍA

199. Deficiencia de Pantotenato Quinasa: a propósito de un caso
Barrios C, Franco C.
Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñu".

200. Mi niño ya no es mi niño. A propósito de un caso de Síndrome de disejecutivo por higroma bifrontal.
Samudio DGC, Ortiz C LM, Kusley J, González L, Almirón.
Departamento de Pediatría. Departamento de Neurocirugía. Hospital Nacional de Itauguá. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

201. Neuritis Óptica. Presentación de un caso
Espínola S, Bogado J, Luraschi N, Santos C, Rodríguez D.
Servicio de Pediatría. Hospital Regional de Encarnación. Posgrado de Pediatría, FM, UNI.

202. Hemimegalencefalia: a propósito de un caso.
Zárate L, Franco C.
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñú.

203. Encefalitis por anticuerpos contra el receptor n-metil d aspartato (NMDAR). A propósito de un caso.
Arredondo P, Franco C, Casartelli M.
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.

204. Lesión cerebral asociada al uso de vigabatrina. A propósito de un caso.
Candia G, Valenzuela Z, Franco C.
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñú.

205. Microcefalia por Virus Zika en un hospital público de Paraguay. Reporte de dos casos.
González R, Arredondo P, Franco C, Casartelli M.
Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñú".

OTORRINORANGOLOGÍA

206. Hipoacusia Neurosensorial severa a profunda asociada a Síndromes genéticos
Arias V, Costas L.
Cátedra de Otorrinolaringología. Hospital de Clínicas. Universidad Nacional de Asunción.

207. Perfil del paciente candidato a recibir un implante coclear en el Hospital de Clínicas.
Arias V, Costas L, Mansilla T, Ocampo P.
Cátedra de Otorrinolaringología. Hospital de Clínicas. FCM Universidad Nacional de Asunción.

208. Neuropatía auditiva: Falta de sincronización de la respuesta auditiva.
Arias V, Costas L.
Cátedra de Otorrinolaringología. Hospital de Clínicas. Universidad Nacional de Asunción.

PEDIATRÍA GENERAL

209. Tumor teratoiderabdoide atípico. A propósito de un caso
Ayala L, Miranda G, Zavala C, Irala C.
Hospital Nacional de Itauguá. Terapia Intensiva de niños.

210. Cobertura de vacunación en pacientes hospitalizados en la Cátedra y Servicio de Pediatría –FCM-UNA; Hospital de Clínicas- PY.
Chirico M, Bernal E, Barrios U, Galeano L, Benítez Leite S, Rolón R.
Cátedra y Servicio de Pediatría. Hospital de Clínicas, San Lorenzo. FCM-UNA.

211. Vacunación según escolaridad materna en pacientes hospitalizados en la Cátedra y Servicio de Pediatría. FCM-UNA. PY
Chirico M, Barrios U, Garcete J, Azucas R, Benítez Leite S, Rolón R.
Cátedra y Servicio de Pediatría. Hospital de Clínicas, San Lorenzo. FCM-UNA

212. Factores correlacionados con la evolución clínica de pacientes post-operados de apendicitis y peritonitis aguda en el servicio de Pediatría del Hospital Regional de Ciudad del Este (2016)
Silvero A[1], Witman T[2], Barrail A[2].
[1]**Hospital Regional de Ciudad del Este. Paraguay.** [2] **Facultad de Ciencias de la Salud. Minga Guazú. Paraguay.**

213. Conocimiento acerca de la lactancia materna de madres de niños de 0 a 30 días que acuden al Hospital Distrital de Capiatá. XI Departamento Central, durante los meses de febrero y marzo del año 2016
Alfonso A, Cabrera G, Lacarrubba J, Troche Z, Ortiz H.
Hospital Distrital de Capiatá.

214. Factores de riesgo relacionados a complicaciones pre y post quirúrgicas de la apendicitis aguda.
Aquino M, Arza H, Avalos D.
Hospital Nacional de Itauguá.

PEDIATRÍA SOCIAL

215. Bifenilos policlorados y sus efectos en el desarrollo del niño.
Apuril E, Benítez Leite S, Campuzano A.
Cátedra de Clínica Pediátrica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción.

216. Causas de abandono de la lactancia materna exclusiva (LME)
Espínola S, Román L, Luraschi N.
Servicio de Pediatría. HRE. FM, UNI.

217. Conocimiento de los padres sobre la vacunación en niños internados en el Servicio de Pediatría del Hospital Central (HC) de IPS.
Estigarribia C, Denis A, Battaglia S, Castro H.
Hospital Central "Dr. Emilio Cubas" Instituto de Previsión Social.

218. Conocimiento de pediatras encarnacenos acerca de la identificación precoz de los trastornos del espectro autista.
Bogado J, Araujo C, Luraschi N.
Post grado de Clínica Pediátrica, Facultad de Medicina. UNI.

219. Grado de conocimiento del idioma guaraní de estudiantes de último año en una Facultad de Medicina del Paraguay
Jiménez H[1], Delgadillo L[1], Jiménez G[2], Campuzano A[1].
Cátedra de Clínica Pediátrica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción[1]; Hospital Clínica de Barcelona, Universidad de Barcelona-España[2].

220. Prevalencia de maltrato infantil como consulta en el Servicio de Urgencias del Hospital General Barrio Obrero
Nicora A, Riart N, Medina A, Centurión I.
Hospital General Barrio Obrero. Postgrado de Pediatría de la Universidad Católica de Asunción.

221. Síndrome de Guillain-Barré en un lactante menor - A propósito de un caso
Cubilla I, Chamorro L, Morel Z, Battaglia S, Ojeda B.
Hospital Central "Dr. Emilio Cubas" – Instituto de Previsión Social.

222. Conocimiento de los padres sobre cuidados básicos del Recién Nacido y Lactantes Menores en el Hospital Regional de Benjamín Aceval y el Hospital Central del Instituto de Previsión Social
Garcete M, Castro H, Battaglia S.
Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Servicio de Pediatría.

223. Evaluación de la Lactancia Materna durante la internación en pacientes de Pediatría del Hospital Central del Instituto de Previsión Social.
Tyrakowski S, Insaurralde Y, Ríos A, Battaglia S, Castro H, Ojeda B.
Hospital Central "Dr. Emilio Cubas" Instituto de Previsión Social (HCIPS).

TERAPIA INTENSIVA

224. Evaluación de la prescripción de antibióticos en la unidad de cuidados intensivos pediátricos
Kabboutt H, Mesquita M, Godoy L.
Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñú".

225. Uso de inmunoglobulinas en la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica del Instituto de Previsión Social.
Zayas A, Samudio DGC, Espínola M.
Servicio de Terapia Intensiva Niños. Servicio de Infectología. Hospital Central Instituto de Previsión Social.

226. Presentación de neumotórax como complicación durante la ventilación mecánica en modalidad volumen control en niños de hasta 24 meses
Núñez D, Jiménez H, **Bracho C**, Acosta D, Martínez D.

227. Adaptación a la Hipoxemia en un Lactante con Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo Pediátrico
Duarte A, Prantte S.
Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñu". Unidad de Cuidados Intensivos.

228. Shock séptico por Fascitis Necrotizante Grave por Staphyloccocus aureus.
Guerrero G, Chávez A, Brizuela S, Gómez A, López F, Centurión I.
Servicio de Pediatría UCIP. Postgrado Pediatría Clínica Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción, Hospital Juan Max Boettner. MSP y BS.

229. A propósito de un caso Hernia diafragmática derecha en un lactante
Leguizamón E, Alfonso J, Irala C.
Hospital Nacional de Itauguá, Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos.

230. Hernia Diafragmática Congénita (HDC) en Adolescente. Reporte de un caso.
Teme C, Gómez N, Martínez R, Matsumura K, Pino W.
UTIP. Hospital de Trauma Manuel Gianni.

231. Malformación ano rectal: experiencia de dos años en el Hospital Materno Infantil de Santísima Trinidad
Rolón J, Volkart K.
Hospital Materno Infantil de Santísima Trinidad

VIROLOGÍA

232. Adenovirus entérico en población infantil con gastroenteritis aguda: primeros casos reportados en Paraguay.
Zarza N[1], Martínez M[1], Gabaglio S[1], Colmán M[1], Benítez D[2], Cantero M[2], Del Puerto F[1], Russomando G[1], Galeano ME[1].
[1]Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud (IICS), UNA. [2] Hospital General de Barrio Obrero, Asunción.

233. Rotavirus genotipo G9 P[8]: responsable de un brote de gastroenteritis detectado en niños de 0 a 3 años del Centro Asistencial el Abrazo del barrio Dr. Ricardo Brugada de Asunción
Zarza N[1], Martínez M[1], Gabaglio S[1], Colmán M[1], Benítez D[2], Cantero M[2], Del Puerto F[1], Russomando G[1], Galeano ME[1].
[1] Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud (IICS), UNA. [2] Hospital General de Barrio Obrero, Asunción.

234. Clínica y epidemiologia de pacientes menores de 5 años internados con infecciones a virus respiratorios
Recalde L, Von Horoch M, Espínola de CM, Ferreira M.
Hospital Central "Dr. Emilio Cubas" IPS.

235. Detección del virus de Epstein-Barr por inmunohistoquímica en pacientes pediátricos con Linfoma
Navarro N, Espínola A, Figueredo S.
Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud- Departamento de Patología

236. Infección por Epstein Barr y sus complicaciones. A propósito de un caso
Brizuela S, Salinas R, Cuella R, Pereira S, Godoy O.
Posgrado en Pediatría Clínica. Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción. Hospital General Barrio Obrero. MSP y BS

ADOLESCENCIA

1. Apropósito de un caso Trastorno por estrés post traumático secundario a maltrato

Báez L, Cantero M, Alfonso M, Villalba J, Paniagua S, Brizuela S.
Servicio de Pediatría, Hospital Barrio Obrero. Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción. Postgrado en Pediatría Clínica.

Introducción: El TEPT se define por la aparición de síntomas característicos que siguen a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física y mental. En el Articulo 37 del código de la niñez y la adolescencia. "El sistema", competente para preparar y supervisar, la ejecución de la política nacional destinada a garantizar la plena vigencia de los derechos del niño y del adolescente. **Caso clínico:** Adolescente de sexo masculino ingresa con cuadro respiratorio compatible con neumonía adquirida de la comunidad, durante su estadía hospitalaria el mismo refiere maltrato físico y psicológico por parte del familiar (padre) en el hogar, por lo que se realiza atención psiquiátrica en donde presenta síntomas disociativos, alucinaciones, etc. recibiendo tratamiento con antidepresivo y antipsicótico con buena respuesta, además de recibir asistencia judicial. **Discusión:** En algunos jóvenes los síntomas de trastorno de estrés postraumático pueden remitir de manera espontánea, pero en otro elevado número de casos como el caso del paciente, los síntomas persisten durante periodos largos de tiempo, requiriendo tratamiento farmacológico. Se realiza implementación de medidas adecuadas con la víctima, el agresor y el entorno.

2. Consulta de Adolescentes en el servicio de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas, hallazgos más frecuentes.

González F, Giménez M, **Delgado E.**
Servicio de Medicina Familiar. Hospital de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas. UNA.

Introducción: Los cambios bio-psico-sociales que se viven durante la adolescencia exponen a este grupo a una serie de riesgos y eventos determinantes para su salud actual y futura. Es importante conocer las características propias del adolescente, valorar los vínculos y comprender sus circunstancias familiares y socio-culturales. **Objetivos:** Determinar la frecuencia y establecer las patologías más frecuentes de la consulta adolescente en el servicio de Medicina familiar del Hospital de Clínicas–Sajonia en el periodo 2015. **Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo observacional de corte transversal donde fueron examinadas 9289 fichas, del período de enero a diciembre de 2015, 668 cumplieron los criterios de inclusión. Se analizó: Sexo, Edad, Procedencia, Motivo de Consulta**. Resultados:** Del total de pacientes atendidos en el servicio de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas en el año 2015 el 7,2% fueron adolescentes, 61% del sexo femenino, 92% procedentes de Asunción. Edad promedio de 14,7±2,90 (10 a 19) años, correspondiendo a adolescencia temprana el 39%, media 26% y tardía 35%. Las patologías más frecuentes fueron las Enfermedades Respiratorias agudas (45%), las infecciones de piel (9%) y en tercer lugar las causas obstétricas y el sobrepeso (4%). Se constató embarazo en un 6% de las consultas de sexo femenino siendo la edad más frecuente 18 años. **Conclusión:** La consulta adolescente constituye un número significativo en cuanto a la cantidad de pacientes que acuden al servicio de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas. Las patologías más frecuentes fueron los cuadros respiratorios agudos, las infecciones de piel y las causas obstétricas.

3. Perfil de adolescentes embarazadas en Hospital de Referencia.

Benítez M, Araújo C, Luraschi N.
Servicio de Pediatría. Hospital Regional de Encarnación. Posgrado de Pediatría. Facultad de Medicina UNI.

Introducción: El embarazo en adolescentes es un problema de salud pública y trae consigo un número elevado de complicaciones para la salud de la madre y de su hijo. **Objetivos:** Determinar la frecuencia de adolescentes embarazadas, las características sociodemográficas de las madres adolescentes y las características clínicas de sus recién nacidos. **Materiales y Métodos:** se realizó un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo, de fichas clínicas en el periodo de enero a junio de 2016. **Resultados:** La frecuencia de adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Regional de Encarnación fue del 28,8%(n: 478). El 66% (315) correspondía a adolescentes de entre 17 a 19 años, el 45%(215) procedía de área rural y 55%(263) de área

urbana, 58,8% (281) en unión libre, 56,5% (270) nivel de instrucción secundaria y 66,7%(318) CPN suficientes. En cuanto a las características clínicas de los recién nacidos el 81,3% (n: 482) eran de término, el 52,6%(254) correspondía al sexo femenino, 57%(275) nacieron por cesárea, 93,9% (453) fueron AEG, el 1,3%(6) con APGAR menor a 7 a los 5minutos y el 15,4%(74) requirieron internación. **Conclusiones:** La frecuencia de adolescentes embarazadas en el Hospital Regional de Encarnación fue alta, la mayoría tuvo CPN adecuados y nivel de instrucción acorde a su edad, por lo que concluimos que es necesario intensificar los programas en la zona para fomentar la información y los servicios requeridos a los jóvenes para concientizarlos y lograr una sexualidad responsable.

4. Planificación Familiar en Adolescentes

Moral L, Acosta C, Mendoza S, Espínola M, Ferreira M, Díaz Reissner C.
Centro de Apoyo de Salud de Adolescentes. Hospital Central "Dr. Emilio Cubas" Instituto de Previsión Social. Paraguay.

Introducción: En general en las familias la comunicación sobre educación sexual y la planificación familiar es deficiente. Existen adolescentes que tienen relaciones sexuales sin conocimiento adecuado sobre métodos de planificación familiar por profesionales y se exponen a consecuencias como enfermedades de transmisión sexual o embarazos. **Objetivo:** Caracterizar el uso de métodos planificación familiar en adolescentes sexualmente activas que consultaron en el Servicio de Ginecobstetricia del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, años 2012 al 2015. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo de corte transversal por medio de revisión de las historias clínicas. **Resultados:** De 100 adolescentes sexualmente activas con edades de 11 a 17 años. El 88% provenía de zona urbana y nivel secundario 96%. La menarca ocurrió en promedio a los 12 años y la edad que iniciaron relaciones sexuales fue 14,7 años. El tiempo promedio entre la menarca y la edad de inicio de relaciones sexuales es 2,7 años. El 96% refirió no haber sufrido violencia intrafamiliar. Tuvieron información previa a las relaciones sexuales sobre métodos de planificación familiar 66% y las que no 34%. No utilizaron ningún método 34%. Uso de Preservativo 43%. Uso de Anticonceptivos 24%. **Conclusión:** La mayoría de las adolescentes procedían de áreas urbanas y de nivel secundario. Las que recibieron información sobre métodos de planificación familiar eligieron el preservativo. El tiempo entre la menarca y la edad de inicio de relaciones sexuales es de 2,7 años.

5. Etiología y factores predisponentes en vulvovaginitis de niñas y adolescentes en un consultorio de Ginecología Infanto-juvenil

Desvars D, Larrieur G, Mesquita M.
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñú

Introducción: La Vulvovaginitis (VV) es un cuadro inflamatorio que involucra la mucosa vulvar y vaginal. Constituye un problema ginecológico frecuente en niñas pre-púberes. **Objetivo:** analizar la etiología y describir los factores predisponentes de vulvovaginitis en niñas y adolescentes. **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo, prospectivo transversal. Se incluyeron pacientes de 0-19 años con diagnóstico clínico de vulvovagintis que acudieron al Consultorio de Ginecología Infanto Juvenil del Hospital general Pediátrico (HGP) con cultivo de secreción vaginal, desde Agosto del 2015 a febrero del 2016. Se excluyeron pacientes de reconsulta o con medicación en el momento de consulta. Variables: edad, procedencia, motivo de consulta, cultivo, factores predisponentes. Los datos fueron analizados en SPSSv21, utilizando estadística descriptiva. Se consideró un error alfa <5%. Estudio aprobado por el Comité de Ética del hospital con consentimiento informado. **Resultados**: De 1103 pacientes del consultorio de Ginecología, se incluyeron 110 (9,9%), edad promedio 12±4 años. Mayor porcentaje de adolescentes (63%); procedían del departamento central 91%; motivo de consulta: leucorrea 68,2%, Factores predisponentes: compartían artículos de higiene personal en un 94%, había iniciado relaciones sexuales 20%, utilizaban métodos anticonceptivos 15,5%, utilización previa de ATB en 21,8%, siendo Amoxicilina la más utilizada. Cultivos obtenidos: 30% positivos, el germen más frecuente fue Gardnerella vaginalis 37,2 %, seguida por Cándida 9,1% y asociación de ambas 4,5%. **Conclusión:** el agente causal más frecuente de Vulvovaginitis fue Gardnerella vaginalis, seguida de Candida sp, también se encontraron cultivos mixtos. La mayoría de las pacientes tenían factores predisponentes de VV conocidos y estudiados.

6. Características y evolución de pacientes posoperados de transposición completa de grandes arterias

Sanabria L, **Real C**, Romero F, Spinzi L, Suh DC, Egusquiza P, Jarolin J, Szwako R.
Departamento de Cardiología Pediátrica. FCM-UNA.

Introducción: La transposición de grandes arterias (TGA) ha tenido un cambio en su historia natural gracias a la corrección precoz en la edad neonatal mediante la cirugía de Jatene. **Objetivos**: Describir las características y evolución clínica de posoperados de TGA. **Materiales y métodos**: Estudio retrospectivo de pacientes posoperados de TGA entre febrero 2010 y julio 2016, que acuden a seguimiento ambulatorio. **Resultados**: 10 pacientes incluidos, peso medio al nacimiento 3400 g y edad gestacional media 38,8 semanas; 90% sexo masculino. Tipos de TGA: 8 Simple, 1 con Comunicación interventricular, 1 tipo doble vía de salida del ventrículo derecho. Recibieron prostaglandina 9 casos. Atrioseptostomía 7 casos. Se realizó cirugía de Jatene a todos los pacientes, cerclaje pulmonar a 2 pacientes. Tiempos quirúrgicos promedios: CEC 179,7 min y pinzamiento aórtico 134,1 min para los casos simples; 192 min y de 159 min respectivamente para los casos complejos. Mediana de tiempo de asistencia mecánica respiratoria 25 días. Complicaciones infecciosas en 7 pacientes. Seguimiento promedio de 2,7 años; lesión residual más frecuente fue dilatación leve de la raíz neoaórtica sin insuficiencia importante; seguida de estenosis neopulmonar supravalvar leve. Estado funcional actual Ross/NYHA grado I-II 80% con adecuado estado nutricional en 80%. Los trastornos del aprendizaje fueron las complicaciones más frecuentes. **Conclusiones**: La evolución de los pacientes operados de Cirugía de Jatene en el periodo neonatal ha sido satisfactoria en cuanto a resultados quirúrgicos, reintervención o aparición de complicaciones importantes en el seguimiento.

7. Caracterización y seguimiento clínico de pacientes posoperados de cirugía cardíaca en etapa neonatal

Real C, **Spinzi A**, Romero F, Sanabria L, Suh DC, Egusquiza P, Jarolin J, Szwako R.
Departamento de Cardiología Pediátrica. FCM-UNA.

Introducción: las cardiopatías congénitas tienen una incidencia similar a nivel mundial, no existen factores que permitan prevenir su ocurrencia y la única manera de mejorar su pronóstico es diagnosticar y tratar precozmente. Los defectos cardíacos de alto riesgo vital representan la mayoría de las cirugías cardíacas del periodo neonatal. **Objetivo:** Caracterizar clínicamente a los pacientes operados de cardiopatías congénitas en la etapa neonatal. **Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo de tipo observacional descriptivo, realizado en el Departamento de Cardiología Pediátrica (FCM-UNA) en el periodo 2014-2016. **Resultados:** se incluyeron 13 pacientes con edad media 17 días, peso medio 3100 gr, edad gestacional media 38 semanas. El principal diagnostico preoperatorio fue trasposición de grandes vasos (TGV) en 23% y ductus arterioso permeable fue la patología asociada más frecuente en 54%, la mayoría con estado clínico estable y el 53% requirió prostaglandina. Los principales procedimientos quirúrgicos realizados fueron aortoplastia (15%), Blalock-Taussig (15%) y Jatenne (15%). La media de la escala de Aristóteles fue 6 puntos, teniendo puntajes más altos la TGV y ventrículo único tipo izquierdo. El estado postquirúrgico fue inestable en la mayoría. La mediana de tiempo de seguimiento fue 8 meses, constatándose estado nutricional normal en 61%. **Conclusiones:** los pacientes posoperados de cardiopatías congénitas en el periodo neonatal son en su mayoría de termino, con buen peso, estables. Las cardiopatía congénitas operadas fueron graves; el postoperatorio y el seguimiento fueron satisfactorios en general.

8. Cardiopatía Congénita asociada a Síndrome de Turner

Zarza A, Sanabria L, Piris A, Gaona N.
Departamento de Cardiología Pediátrica. FCM-UNA.

Introducción: El Síndrome de Turner es secundario a la monosomía completa o parcial del brazo corto del cromosoma X, siendo la prevalencia de 1/2 000 a 1/5 000 de recién nacidas vivas de sexo femenino. De estas pacientes, 35% tienen una malformación cardiovascular, siendo las más frecuentes las lesiones obstructivas del corazón izquierdo. **Caso Clínico:** Paciente de sexo femenino, hijo de padres no consanguíneos y aparentemente sanos, en controles prenatales se detecta un higroma quístico cervical, que conduce a estudio de cariotipo del líquido amniótico con resultado 45X0. Con embarazo llegado al término, nace por vía cesárea por alteración del bienestar fetal, edad gestacional de 38 semanas por Capurro, peso de 3150 gr, talla: 46 cm, fascies sindromática, con pabellones auriculares de implantación baja, puente nasal ancho,

microretrognatia; cuello alado con pliegues cervicales posteriores recubiertos de cabello, tórax ancho, talla baja. Ingresa a Unidad de Neonatología por dificultad respiratoria requiriendo oxigenoterapia por 48 hs. Se ausculta soplo sistólico de grado III/VI en foco tricuspídeo. Ecocardiografía con informe de coartación de aorta yuxtaductal y ductus arterioso permeable de 3,5 mm. Se realiza cirugía cardiaca correctiva a los 15 días de vida, con buen resultado quirúrgico. **Comentario:** Las Cardiopatías Congénitas son de origen multifactorial, siendo frecuente la asociación de enfermedad cromosómica y malformación cardíaca, por lo que se recomienda un examen físico cardiovascular minucioso en todo paciente sindrómico, con sospecha de cromosomopatía.

9. Enfermedad de Kawasaki

Álvarez F, Encina N, Duarte C, Vazquez J, Garcete A, Rolón R.
Departamento de Pediatría, Hospital Regional de Luque.

Introducción: La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis sistémica febril; puede presentarse con signos y síntomas típicos (fiebre mayor de 5 dias, exantemas, inyección conjuntival, labios agrietados, piel en papel de lija, ganglios cervicales unilaterales, eritema indurado en palmas de las manos y plantas de pies) atípicos e incompletos; existen varias patologías exantemáticas que se asemejan a la EK. Es importante conocer la prevalencia y características de presentación para un diagnóstico y tratamiento adecuado teniendo en cuenta que es una enfermedad que puede generar importantes complicaciones a nivel cardiovascular. **Objetivo:** Describir las características observadas en un grupo de pacientes con EK, internados, entre los meses de enero a agosto de 2016, en el Servicio de Pediatría (Hospital Regional de Luque). **Material y Métodos:** Estudio retrospectivo, transversal, y descriptivo. La información extraída de fichas clínicas incluyó, edad, síntomas clínicos, resultados laboratoriales y ecocardiográficos (afectación o no de las arterias coronarias) y tratamiento hasta el alta. **Resultados**: La prevalencia hallada de EK fue 0,83 % (4 casos), de un total de 478 pacientes. El 100% (4/4) de los pacientes fueron del sexo masculino, con edad entre 5 meses y 4 años. Predominó la presentación típica 75% , con afectación de las arterias coronarias 75%, con dos casos de aneurisma. Todos recibieron tratamiento con altas dosis de AAS y una dosis de gammaglobulina. **Conclusión:** La EK predomina en menores de 5 años de edad y mayoritariamente con presentación típica. Requieren una minuciosa anamnesis, inspección física, control laboratorial y ecocardiográfico para un diagnóstico preciso y evitar posibles complicaciones.

10. Factores de riesgo en la corrección anatómica de la transposición de grandes arterias

Zarza A.
Departamento de Cardiología Pediátrica. FCM-UNA.

Introducción: Actualmente, es la cirugía de corrección anatómica o de Jatene, la técnica quirúrgica de elección para la Transposición de Grandes Arterias (TGA); y la mortalidad operatoria se encuentra entre 2% a 7%. **Objetivo**: Identificar los factores de riesgo que influyen en la en la mortalidad hospitalaria precoz en recién nacidos con diagnóstico de TGA que fueron sometidos a corrección anatómica. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal. Se incluyeron pacientes operados entre el 2006 y el 2014 en el Departamento de Cardiología Pediátrica. **Resultados**: Fueron intervenidos quirúrgicamente 18 (dieciocho) pacientes. La mortalidad global fue del 39% (7/18). Antes de los 15 días de vida, se operaron 12 pacientes, de los cuales fallecieron 5 (41%); 6 pacientes fueron operados después de los 15 días de vida, fallecieron (33%). Con peso <3Kg fueron intervenidos 4 pacientes, falleciendo el 100%; 3 pacientes (21%) de los 14 pacientes con >3 Kg, fallecieron (p=0,004). Eran de pretermino, 3 pacientes y los mismos fallecieron; falleció el 28% de los pacientes de término (p=0,01). De los 3 pacientes con diagnóstico prenatal, fallecieron 2 (p=0,53). Falleció el 23% (3:10) de los pacientes que requirieron ARM (p=0,047). No se mostraron como factores de riesgo de mortalidad el uso de inotrópicos, de PGE 1, la atrioseptostomía, anatomía coronaria anómala, ni los tiempos de circulación extracorpórea y anoxia. **Conclusiones**: La mortalidad operatoria de esta población fue del 39%. Los factores de riesgo relacionados a la mortalidad fueron el bajo peso (<3 Kg), la edad gestacional menor de 37 semanas y el uso de ARM en el periodo prequirúrgico.

11. Motivo de primera consulta en Cardiología Pediátrica

Vera D, Mesquita M.
Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñú".

Introducción: la consulta en servicio de cardiología genera ansiedad por la posibilidad de tener alguna alteración a nivel cardiovascular que requiera algún procedimiento. **Objetivos:** Describir los motivos de primera consulta de pacientes que acuden al

Consultorio de Cardiología de un hospital pediátrico y los hallazgos de alteraciones cardiovasculares. **Materiales y Métodos**: Estudio observacional, descriptivo, longitudinal, retrospectivo. Se incluyeron pacientes de primera consulta cardiológica de abril a junio del 2015, con edades de 0 a 18 años. Se excluyeron pacientes conocidos cardiópatas. Variables: edad, sexo, motivo de consulta, alteraciones cardiovasculares, tipo de alteración, radiografía de tórax (RXTX), electrocardiograma. Datos analizados con SPSSv21 utilizando estadística descriptiva, se consideró un error alfa <5%. El Comité de ética del hospital aprobó el estudio y liberó el consentimiento informado. **Resultados:** Se incluyeron 182 pacientes. Menores de 2 años 32.4%, de 2-5 años 23.1%, de 6-18 años 2.5%. Predominio sexo femenino 52.3%. Motivos de consulta: soplo 51.1%, arritmias 22.5%, dolor torácico 19%, dificultad respiratoria 6.6%, Síndrome de Down 4.3%, cianosis 4.3%, síncope 2.1%, valoración deportiva 1.6%. Alteraciones cardiovasculares 12.1%, de los cuales 54,5% (12/22) tenían soplo. Tuvieron alteración estructural 68.1%, alteración del ritmo 31.8%.Tuvieron RxTx alterada 4.3%, electrocardiograma alterado: 12%. El Electrocardiograma tuvo un valor predictivo negativo (VPN) 93%. La Rx tuvo un VPN 90%. **Conclusiones:** El motivo de consulta más frecuente fue soplo, seguido por arritmias y dolor torácico. La mayoría tenían radiografía y electrocardiograma normales. El motivo que más se relacionó con alteraciones cardiovasculares fue el soplo.

12. Muerte súbita recuperada en UCIP del Hospital Nacional de Itauguá. A propósito de un caso.

Barrios L, Cantero R, Miranda G, Cabrera C, Valdez N.

Introducción: La muerte súbita Cardiaca es la muerte debida a causas cardiacas, precedida de la pérdida repentina de conciencia, dentro de la primera hora, tras la presentación aguda de los síntomas. Puede producirse en presencia o no de enfermedad cardiaca conocida, pero el momento y forma de fallecimiento son inesperados. **Caso clínico:** Paciente de sexo masculino, 14 años, remitido del interior del país, octavo grado con pérdida de conocimiento de forma brusca. Presentó paro cardiorespiratorio; se realizó reanimación avanzada, intubación oro traqueal y desfibrilación eléctrica en 3 oportunidades, con reversión a ritmo sinusal. Hemograma con leucocitosis con predominio neutrofílico, y screening toxicológico negativo. Requiriò 4 días de ARM; 48 hs de dobutamina y adrenalina y sedación por 72hs. Laboratorios: Enzimas cardiacas: CK total 1236 u/l, CKMB 77.4u/l, Troponina 12 Ecocardiografía (7/08/15) (12/08/15) Normal. HOLTER de latidos de 48hs.(11/08/15) Normal. Acude a centro de referencia en el exterior, donde sugieren la colocación de cardiodesfibrilador; considerándose el evento como fibrilación ventricular idiopática. Niega cuadro similar anterior y antecedentes familiares. Diagnóstico final: Muerte súbita recuperada (Fibrilación ventricular idiopática). **Discusión:** Esta patología se debe a una arritmia cardiaca maligna. La causa más frecuente en personas jóvenes suele estar relacionados a enfermedades cardiacas previas; que pueden afectar tanto al musculo cardiaco (miocardiopatías, valvulopatías) como a la actividad eléctrica del mismo (canalopatía, como el síndrome de Brugada o el síndrome de QT largo). La mayoría de los casos no reciben atención médica oportuna y fallecen en pocos minutos.

13. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en adolescentes de una escuela periurbana de San Lorenzo

Suh DC, Vargas Peña M, Piris A, **Pereira P**, Estigarribia J, Sanabria L, Vázquez D, Szwako R.
Departamento de Cardiología Pediátrica. FCM-UNA.

Introducción: Las enfermedades cardiovasculares se inician en la infancia debido a la exposición temprana a factores de riesgo. **Objetivos:** Determinar la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en adolescentes que asisten a una escuela del área periurbana de la ciudad de San Lorenzo. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo basado en una encuesta y evaluación realizada en setiembre de 2015 en alumnos del 7º al 9º grado de la educación básica y del 1º al 3º curso de la educación media de la Escuela Sra. Carolina Romero de San Lorenzo. **Resultados:** Fueron evaluados 115 jóvenes, de 12 a 20 años. Sexo masculino (52%). Estaban con desnutrición: 3 jóvenes (2.6%), riesgo de desnutrición: 3 (2.6%), peso adecuado: 86 (74.8%), sobrepeso: 13 (11.3%) y obesidad: 10 (8.7%). De los que estaban con desnutrición solo uno tenía talla baja. El 90% de los obesos tenía circunferencia de la cintura mayor al percentil 90. Se constató HTA en 3 jóvenes obesos; Se constató correlación positiva de la PAS respecto al IMC (r: 0.34), no así respecto al tiempo de actividades físicas u horas de TV. El 48% realizaba menos de una hora de actividad física diaria y el tiempo de TV diaria fue de 116.4 ±83.7 minutos. El consumo promedio de porciones/semana de frutas y verduras fue de 4.4 y 5.6 respectivamente. El 59.5% de los jóvenes tenía entre uno y dos factores de riesgo cardiovascular.

Conclusiones: Los principales factores de riesgo cardiovascular encontrados fueron el peso inadecuado, el sedentarismo, tabaquismo pasivo y baja ingesta de verduras y frutas.

14. Resultados del shunt de Blalock-Taussig clásico y modificado en cardiopatías congénitas cianóticas

Pereira P, Suh DC, Cabrera MC, Egusquiza P, Jarolín J, Szwako R.
Departamento de Cardiología Pediátrica. FCM-UNA.

Introducción: La cirugía de Blalock-Taussig mejora el flujo pulmonar en cardiopatías congénitas cianóticas. **Objetivo:** Caracterizar los resultados del shunt de Blalock-Taussig y determinar los factores de riesgo de mortalidad temprana. **Material y Métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes pediátricos sometidos al shunt de Blalock-Taussig clásico y modificado en el Departamento de Cardiología Pediátrica (FCM-UNA) del 2007 al 2015. **Resultados:** Fueron estudiados 35 pacientes, del sexo femenino 18 (51%). La Edad promedio de cirugía 5 días y peso promedio de 3.8 ± 1.9 kg. Con diagnóstico: atresia pulmonar con CIV 13 (37%), atresia pulmonar con septo interventricular íntegro 8 (23%), transposición de grandes vasos con CIV y estenosis pulmonar 5 (14%), tetralogía de Fallot 3 (8,5%). Requirieron prostaglandina E1 25 (71%). La técnica modificada se realizó en 34 (97%). Las complicaciones posoperatorias inmediatas fueron infecciones nosocomiales 24 (68.5%), asistencia respiratoria prolongada (>7 días) en 24 (68%), convulsiones 7 (20%), choque cardiogénico 7 (20%) e insuficiencia renal aguda 6 (17%). Fallecieron 15 (42%): 9 de ellos por choque cardiogénico y 4 por choque séptico. Los factores de riesgo de mortalidad operatoria fueron: peso menor de 3 kg y la presencia de ventrículo derecho hipoplásico y/o arterias pulmonares hipoplásicas. **Conclusiones:** Las complicaciones posoperatorias más frecuentes fueron las infecciosas. La principal causa de muerte fue el choque cardiogénico, relacionado al bajo peso y al ventrículo derecho o arterias pulmonares hipoplásicas.

15. Anemia ferropénica en pacientes pediátricos con cardiopatía congénita cianótica

Gómez S, Garcete L, Szwako R.
Departamento de Cardiología Pediátrica. Hospital de Clínicas. San Lorenzo. FCM-UNA.

Introducción: Los pacientes con cardiopatía congénita cianótica están sometidos a una hipoxia crónica, esto es el principal estímulo hiperproductor de eritropoyetina que estimula la eritropoyesis en la médula ósea y el aumento de los eritrocitos en sangre periférica, es por eso que los pacientes cianóticos presentan niveles elevados de hemoglobina y hematocrito. Esta eritropoyesis fisiológica compensatoria a menudo no se puede equilibrar con adecuadas reservas de hierro ya que frecuentemente existen altos niveles de eritrocitos carentes de hierro y a pesar de tener niveles aumentados de hematocrito son pacientes anémicos. **Objetivos**: Determinar la prevalencia de anemia ferropénica utilizando los índices hematimétricos en pacientes portadores de cardiopatías congénitas cianóticas que acuden a la consulta. **Material y Métodos**: Estudio retrospectivo, descriptivo, basado en revisión de fichas de pacientes de ≤ 18 años, con cardiopatías congénitas cianóticas que acuden al Hospital de Referencia, durante el periodo de 2007-2015. Resultados: Fueron evaluados 113 pacientes. Para la determinación de anemia ferropénica se consideró la presencia de microcitosis con hipocromía, independientemente del valor de la hemoglobina y/o hematocrito. El 35% de la población (39/113 pacientes) presentaron (microcitosis con hipocromía). De los pacientes con (microcitosis + hipocromía) el 92% (36/39 pacientes) presentaron valores de hemoglobina normales o altos. En cuanto al estado nutricional el 82% (32/39 pacientes) presentaron algún grado de desnutrición. Presentaron crisis de hipoxia el 58% (29/39 pacientes). Recibían tratamiento con hierro solo el 15% (6/39 pacientes). **Conclusiones**: La prevalencia de anemia ferropénica, considerando (microcitosis + hipocromía) fue del 35% (39/113 pacientes).

16. Coartación de aorta en paciente con Síndrome de Down. Caso clínico

Roa M, Ortiz G , Gómez C, Marecos G, Montiel C, Astigarraga N.
Unidad de Cardiología Pediátrica. Departamento de Pediatría del Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Asunción, Paraguay.

Introducción: La Coartación de aorta es un estrechamiento localizado habitualmente en la región ístmica de la aorta. Representa 8 a 10% de las cardiopatías congénitas, es más frecuente en varones, las anomalías asociadas son por orden de frecuencia válvula aortica bicúspide y comunicación interventricular. Las cardiopatías más comúnmente asociadas al Síndrome de Down son aquellas que derivan de un defecto en el desarrollo de los cojines endocárdico, siendo rara la coartación de aorta. **Caso Clínico**: Lactante menor, sexo masculino, portador de Síndrome de Down y cardiopatía congénita persistencia del Ductus arterioso El paciente se encuentra en buen estado general, en tratamiento con enalapril y espironolactona. Al examen físico

llama la atención soplo holosistolico en región paraesternal izquierda, infraclavicular e interescapular, además de pulsos periféricos disminuidos en miembros inferiores. Se realizó ecocardiografía donde se constató Ductus Arterioso Persistente y Coartación de Aorta post Subclavia, debido a que dicho diagnóstico es muy raro en el síndrome de Down, se solicita angiotomografia donde se comprueba el diagnóstico ecocardiográfico y va a cirugía correctiva con excelente resultado. **Discusión:** Este paciente presentaba un soplo holosistolico en región paraesternal izquierda, infraclavicular e interescapular además de pulsos disminuidos en miembros inferiores, se realizó nueva evaluación y ecocardiografía constatándose la presencia de Ductus y coartación aorta, y por ser poco habitual en niños con Síndrome de Down se solicita angiotomografia que certificó el diagnostico.

CIRUGÍA INFANTIL

17. Concomitancia de Síndrome Nefrítico y Apendicitis aguda: un reto diagnóstico

Rojas N, Godoy L.
Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñu".

Introducción: En el síndrome nefrítico post-infeccioso, el dolor abdominal se puede presentar en un número importante de casos, sin embargo, que este se deba a un abdomen agudo quirúrgico es poco frecuente. **Caso Clínico**: Paciente de 11 años, masculino. Motivo de consulta: dificultad respiratoria. Antecedentes: dolor torácico 5 días, tipo puntada, empeora al respirar. Tos seca 5 días. Fiebre 2 días. Dificultad respiratoria, 2 días. Vómitos de 24hs, 2 veces, moderada cantidad. Acudió a otro centro, medicado con Amoxicilina/sulbactam. Portaba un hemograma normal. Examen físico: FC:102. FR:38. Tº: 37°C. PA 132/99. SatO2 97%. Hipoactivo, polipneico, tiraje subcostal, edema bipalpebral sin signos inflamatorios. Lesiones costrosas en piel de tobillo y rodilla derecha. Pulmones: murmullo vesicular disminuido en hemitórax derecho. Abdomen blando, depresible, no doloroso, sin irritación peritoneal, ni visceromegalias, RHA+. Laboratorio: Urea: 41/ASTO: 400/C3:21, orina: hematuria (+). Radiografía tórax: opacidad difusa bibasal, derrame pleural. Diagnóstico: Síndrome Nefrítico. Tratamiento: dieta hiposódica, restricción hídrica, furosemida, ATB. Evolución: al tercer día presenta dolor abdominal generalizado y luego en fosa iliaca derecha (FID), abdomen doloroso a la palpación en FID, RHA+. Hemograma: leucocitosis, neutrofilia. Cuarto día: polipnea, dolor abdominal empeora, defensa muscular. Ecografía: liquido libre: Douglas (48cc), apendicitis aguda retrocecal. Cirugía: peritonitis aguda apendicular. Alta en buen estado general. **Comentarios:** El diagnóstico tardío de la apendicitis aguda se debió a la concomitancia con el cuadro de síndrome nefrítico

18. Hallazgos de Broncoscopías realizadas en un Departamento de Cirugía infantil

Hiebert P, Rovira A.
Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñu".

Introducción: La broncoscopía es un procedimiento de visualización de vías aéreas con un broncoscopio rígido o flexible, con fines diagnósticos o terapéuticos. **Objetivo:** Describir los resultados de broncoscopías realizadas en el Departamento de Cirugía Infantil. **Material y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se incluyeron pacientes sometidos a broncoscopía de enero de 2012 a junio del 2016 en un hospital pediátrico. Variables: edad, sexo, motivo de intervención, hallazgos postoperatorios. Para las broncoscopías se utilizó el broncoscopio rígido de la marca STORZ. Los datos fueron analizados en SPSS v21 y se utilizó la estadística descriptiva. El Comité de Ética del hospital aprobó el estudio y liberó el consentimiento informado. **Resultados:** Se incluyeron 30 broncoscopías, la mediana de edad fue 36 meses (mínimo 1 mes y máximo 192). Predominó el sexo masculino 60%. Los motivos de intervención más frecuentes fueron: cuerpo extraño en vía aérea con 33,3%, seguido de estenosis subglótica: 23,3% y sospecha de fístula traqueoesofágica 10%. Diagnósticos postoperatorios: se encontraron estenosis subglotica 26,7%, cuerpo extraño en vía aérea en 23,3%. Otros hallazgos frecuentes fueron: laringotraqueítis en 13,3%, y fístula traqueoesofágica en 10%. Se encontró un caso con lesión de via aérea por químicos. Un paciente presentó paro cardio-respiratorio durante el procedimiento por lo que se tuvo que interrumpir el mismo. Un paciente con estenosis subglótica importante requirió traqueostomía. **Conclusiones:** La broncoscopía posibilitó realizar diagnósticos preoperatorios donde los más frecuentes fueron de cuerpo extraño, mientras que el hallazgo postoperatorio más frecuente fue estenosis subglotica. Dos pacientes tuvieron complicaciones durante el procedimiento.

19. Características clínicas y epidemiológicas de la Psoriasis Infantil. Estudio de 11 años.

Boungermini A, Gómez M, Pefaur S, Di Martino B, Rodríguez M, Knopfelmacher O, Bolla L.
Universidad Nacional de Asunción. Paraguay. Facultad de Ciencias Médicas. Cátedra y Servicio de Dermatología

Introducción: La Psoriasis es una enfermedad eritemato-escamosa crónica que se presenta en un tercio de casos desde la infancia. **Objetivos:** Determinar la frecuencia, características clínico-epidemiológicas y tratamiento de pacientes <18 años con psoriasis, entre Enero 2005 a Enero 2016. **Material y Método:** Estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo. **Resultados:** De un total de 117.563 pacientes en consulta ambulatoria por variadas causas, se incluyeron con diagnóstico de Psoriasis 24 (0,017%). Edad promedio 10.8 años, ligero predominio femenino (58.3%) e historia familiar en 2 casos. Clínica de Psoriasis vulgar (62.5%), de 14 meses de evolución, sin factor desencadenante evidente (75%), con lesiones pruriginosas, en extremidades (91.6%), cuero cabelludo (66.6%), tronco (66.6%), rostro (16.6%) y zona del pañal (12.5%). En un caso se aisló Estreptococo Beta Hemolítico del Grupo A. Tratamiento fue tópico, con buena evolución; un solo caso refractario requirió Metotrexate. **Conclusiones:** Baja frecuencia; predomina en adolescente femenina. Clínica similar a la de los adultos. Buena evolución con tratamiento tópico, un solo caso refractario que requirió tratamiento sistémico.

20. Características clínicas y epidemiológicas de la tiña capitis en pacientes pediátricos.

Buongermini A, Chamsin S, Di Martino B, Knopfelmacher O, Rodriguez M, Bolla L.
Universidad Nacional de Asunción. Paraguay. Facultad de Ciencias Médicas. Cátedra y Servicio de Dermatología.

Introducción: La tiña capitis, dermatofitosis del pelo y cuero cabelludo, causada por especies de los géneros *Microsporum* y *Trichophyto*n. **Objetivos:** Determinar frecuencia, edad de aparición, sexo, agente etiológico y tratamiento de la tiña capitis. **Material y Métodos**: Estudio descriptivo, retrospectivo de pacientes pediátricos, que consultan en la Cátedra de Dermatología del Hospital de Clínicas, desde enero de 2013 a julio de 2016. **Resultados:** Se registraron 47 pacientes con sospecha clínica de Tiña capitis, representa el 0,14% del total de consultas (n= 33.757), 64,7% acude por caída de cabello, predomino edad 4-6 años (44,6%), masculino (64,7%). El 61,8% acude con resultados de examen directo micológico, de los cuales 47,05% son positivos, de estos solo 32,2%- 10/31 con retorno de cultivo, los agentes aislados Microsporum sp (5), Microsporum canis (2) Microsporum gypseum (1). El tratamiento fue Griseofulvina en un 60,7%, en 2 casos se asoció a prednisona por diagnóstico de Querion de Celso y Terbinafina se indicó en 13,7%. **Discusión**: La tiña capitis es más frecuente en el sexo masculino, la edad promedio de 4,5 años. El tratamiento principalmente utilizado fue la griseofulvina. Se obtuvo un bajo porcentaje de cultivos con aislamiento de los agentes etiológicos debido a que los pacientes abandonaron el seguimiento. **Conclusión:** Resulta importante el seguimiento del paciente con sospecha clínica de tiña capitis a fin de conocer los agentes etiológicos involucrados, la evolución y respuesta terapéutica.

21. Características clínicas y epidemiológicas de las colagenopatías en pediatría.

Cuevas E, Buongermini A, Di Martino B, Rodríguez M, Knopfelmacher O, Bolla L.
Universidad Nacional de Asunción. Paraguay. Facultad de Ciencias Médicas. Cátedra y Servicio de Dermatología.

Introducción: Las colagenopatías infantiles son enfermedades multisistémicas, difícil diagnóstico, tratamiento complejo y personalizado. **Objetivos**: Determinar las colagenopatías más frecuentes en 18 años y las características clínico- epidemiológicas, de Enero 2012 a Junio 2016. **Materiales y Métodos:** Diseño observacional, descriptivo, retrospectivo, transversal. **Resultados**: se registraron 42.794 consultas en el Servicio de Dermatología (adultos y niños), 27 casos (0,06%) correspondieron a menores de 18 años con diagnóstico de Colagenopatía, edad promedio 11,3 años, predominio en adolescentes, mujeres, área rural 52%, con antecedente familiar en 4% y lesiones cutáneas de 14,9 meses de evolución. Los diagnósticos fueron Morfea (placas con esclerosis) 59,3%, Dermatomiositis (eritema en Heliotrop, pápulas de Gottron) 11,1%, LECC (placas eritematosas con escamas foliculares) 7,4%, LES (placas eritematosas y fotosensibilidad) 7,4%, Sindrome de Superposición 7,4%, Esclerodermia sistémica (placas hipopigmentadas con esclerosis, Síndrome de Raynaud, disfagia) 3,7% y Lupus neonatal (placas eritematosas) 3,7%. Las localizaciones anatómicas de las lesiones cutáneas

fueron cara, tronco, miembros superiores, cuello y cuero cabelludo. Marcadores positivos: ANA 14,8% (LES y Morfea) Anti DNA 7,4% (LES), Anti Ro 3,7% (Lupus neonatal). C3 y C4 disminuidos (7,4% LES y 18,5% LES y Morfea). Tratamiento: Tópico 22,2%, sistémico 18.5% y combinado 18.5%. **Conclusión**: Las colagenopatías en niños son poco frecuentes. Predominio en mujeres adolescentes, sin antecedente familiar y sin diferencia en la procedencia. Las más frecuente fueron Morfea, Lupus infantil y Dermatomiositis. Predominaron las lesiones cutáneas en áreas fotoexpuestas, evolución en promedio 14,9 meses. La mayoría presentó perfil reumatológico normal y el manejo terapéutico fue variado (tópico y sistémico).

22. Dermatomiositis. Presentación de un caso.

Buongermini A, Valiente Rebull C, Di Martino B, Rodríguez Masi M, Knopfelmacher O, Bolla L.
Universidad Nacional de Asunción. Paraguay. Facultad de Ciencias Médicas. Cátedra y Servicio de Dermatología.

Introducción: La dermatomiositis juvenil enfermedad autoinmune caracterizada por vasculopatía sistémica, debilidad muscular proximal, enzimas musculares elevadas y lesiones cutáneas. **Caso Clínico:** Varón de 12 años con dolor y debilidad proximal de miembro inferior izquierdo de 3 semanas de evolución, dificultad para incorporarse y, para elevar los miembros superiores 5 días antes de la consulta. Acudió por cuadro de dermatitis seborreica. Examen físico: placas eritematodescamativas de 5 cm diámetro, límites netos, bordes irregulares, que asientan en surcos nasogenianos, mejillas, frente, orejas y cuero cabelludo. Pápulas color piel de 0,3 cm diámetro límites netos, bordes irregulares en nudillos. Laboratorio: GOT: 204; GPT: 135; CKtotal: 11334U/l; LDH: 1064U/l; Aldolasa: 128mUi/ml; ANA: 1:1280. Anatomía Patológica: erupción liquenoide en ambas tomas y presencia de Demódex en infundíbulos de rostro. Diagnóstico: Dermatomiositis Juvenil. Dermatitis seborreica. Demodicidosis. Tratamiento: corticoide más antifúngico tópico, ivermectina, recibe bolos de metilprednisolona, inmunoglobulina humana, con excelente evolución. **Discusión:** Las pápulas de Gottron y eritema en heliotropo son característicos. Es la más frecuente miopatía inflamatoria de la infancia. Las infecciones virales y la disfunción inmune podrían desencadenarla. El diagnóstico precoz es fundamental para el correcto tratamiento. La anatomía patológica es fundamental para la orientación diagnóstica.

23. Estudio clínico y epidemiológico de las verrugas genitales en niños en la Cátedra de Dermatología de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción. Paraguay, 2011 – 2016

Buongermini, A, Di Martino, B, Rodriguez, M, Knopfelmacher O, Bolla L, **Aguilar S**
Universidad Nacional de Asunción. Paraguay. Facultad de Ciencias Médicas. Cátedra y Servicio de Dermatología.

Introducción: La presencia de verrugas anogenitales (VAG) en niños es una situación controvertida, ya que existen todavía dudas sobre su vía de transmisión y epidemiología. El principal problema, y fuente del debate existente, es si la presencia de VPH en la región anogenital infantil indicaría o no la existencia de abuso sexual. Los estudios existentes refieren resultados contradictorios. **Objetivos:** Hallar la prevalencia de verrugas genitales en niños del servicio de Dermatología del Hospital de Clínicas en el periodo comprendido entre enero 2011 y julio del 2016; Determinar la distribución por sexo y edad de niños con diagnóstico de verrugas genitales; Conocer la asociación con otras enfermedades de transmisión sexual; Analizar el mecanismo de infección probable. **Materiales y Método:** Estudio retrospectivo, descriptivo, transversal de niños con verruga genital que consultaron en el servicio de Dermatología del Hospital de Clínicas de San Lorenzo, de enero del 2011 a julio del 2016. **Resultados:** De un total de 22 niños con diagnóstico de verruga genital, 13 (59%) fueron de sexo femenino; la localización fue perianal: 11 casos (50%,); la mayoría de los pacientes presentaba lesiones asintomáticas (16 pacientes, 72,7%); En cuanto a la forma de contagio, excepto por los 2 casos confirmados de abuso sexual y HIV, en la gran mayoría de los casos no pudo dilucidarse; Un alto porcentaje de pacientes abandono el seguimiento (72,2%; 16 pacientes). **Conclusión:** Es imperativo contar con un equipo multidisciplinario para el manejo de estos pacientes

24. Hemangioma congénito: reporte de un caso.

Gamarra C, Servín L, Gutiérrez O.
Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñu"

Introducción: Los hemangiomas congénitos han logrado su evolución completa intraútero y están presentes al nacimiento. Se ven en igual proporción en ambos sexos y existen diferentes maneras de presentación. Pueden ser detectados en las ecografías prenatales en donde se revela gran vascularización y flujo elevado. **Caso clínico:** Lactante de 1 mes de edad, consulta por presentar

desde el nacimiento una lesión tumoral en muslo izquierdo que no presenta cambios desde el mismo. Segunda gestación, madre de 31 años, que durante el embarazo tuvo RPM por lo que recibió durante 3 meses tratamiento con progesterona. Gestación de término, cesárea por circular del cordón, Capurro: 38 semanas, Peso: 2.6Kg. Examen físico: Tumor de aspecto vascular, firme a la palpación, de bordes regulares, color violáceo, superficie lisa y anillo pálido que rodea la lesión. **Laboratorio**: Hemograma y Crasis normales. Ecodoppler: Tumoración palpable y visible en muslo izquierdo, se observa formación nodular, con vascularización interna al Doppler color, patrón de flujo arterial y venoso, que mide 39 x 10 mm, superficial, interesa plano subcutáneo y plano de la piel. No interesa plano muscular. Con un manejo expectante y compresión con venda, se obtuvo la resolución del 90 % de la lesión al 4º mes de edad, quedando una placa de borde eritemato-violáceo, con centro pálido y atrófico. **Discusión y comentarios:** los hemangiomas congénitos son tumores infrecuentes cuyo desarrollo proliferativo se produce por completo intraútero a diferencia de los hemangiomas infantiles y suelen involucionar por completo a los 6-18 meses de vida sin tratamiento.

25. Interconsultas Dermatológicas de Servicios de Medicina Interna en un Hospital Universitario de Cuarto Nivel. Marzo 2015 a Julio 2016.

Rotela V, **Buongermini A,** Agüero F, Di Martino O, Knofelmacher O, Bolla L.
Universidad Nacional de Asunción, Paraguay. Facultad de Ciencias Médicas. Cátedra y Servicio de Dermatología.

Introducción: Se considera a la Dermatología una especialidad de atención ambulatoria, sin embargo muchos pacientes hospitalizados requieren interconsultas dermatológicas. **Objetivos:** Realizar un análisis epidemiológico de interconsultas dermatológicas en Servicios de Pediatría. Valorar la importancia del dermatólogo y dermatopatólogo para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades. **Pacientes y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, de corte transverso, retrospectivo; documental, con historias clínicas. **Resultados:** Se evaluó en Interconsultas dermatológicas en Pediatría 218 pacientes el 33.48% (N: 651). Sexo masculino 52.75%, y femenino el 47.24%. Edad: Lactante Menor 33.48%, Escolares 19.72%, Adolescentes 17.43%, Pre-Escolares 15.13%, Lactante Mayor 7.79%, Neonatos 6.42%. Servicios: Lactantes y Escolares 17.43%, Hemato-Oncología 16.97%, Infectología 14.67%, Unidad de Cuidados Intensivos 13.76%. Se realizaron 18 Biopsias, el 8.25%. Procedencia: Central 59.63%, Caaguazú 9.17%, San Pedro 8.71%, y Alto Paraná 3.66%. Los diagnósticos más frecuentes Eccema 19.26%, Micosis Superficiales 12.84%, virosis 11.92% (n: 218). **Discusión:** En España, las especialidades más demandantes son servicios de adultos, lo que coincide con este trabajo, 66.51%. En el año 2007 en Cuba, mayor frecuencia Sexo femenino con 75%8, en este estudio la mayoría es del sexo masculino 52.75%; son más frecuentes dermatosis inflamatorias (36,2%), seguido dermatosis infecciosas (26,5%)8; similar a nuestro estudio, infecciosas de manera global, seguidas de inflamatorias. En Sevilla, España las afecciones infecciosas son mayoría (63,5 %); lo que coincide con éste estudio. **Conclusión:** La interconsulta a dermatología tiene alta demanda para pacientes hospitalizados y son más frecuentes las patologías inflamatorias e infecciosas. La mayoría de los pacientes fueron de sexo masculino, menores de un año. Se destaca la importancia del dermatólogo y dermatopatólogo en los equipos de salud hospitalaria, para el diagnóstico y tratamiento precoz y eficaz. Numerosas patologías dermatológicas son graves y requieren manejo multidisciplinario.

26. Liquen Plano lineal presentación de caso clínico

Barboza G, Buongermini A, Meza R.
Centro Médico La Costa, Paraguay. 2016

Introducción: El liquen plano (LP) es una enfermedad inflamatoria subaguda a crónica. Etiología desconocida. Patogenia: Inmunidad celular. Afecta piel, mucosas y anejos cutáneos (uñas y pelo). Autolimitada. Clínica: pápulas eritematosas a violáceas poligonales aplanadas, pruriginosas. Pueden tener una escama transparente y una red de líneas blancas finas conocidas como estrías de Wickham. Frecuente en adultos y rara en niños. **Caso clínico**: Escolar, masculino, de 10 años de edad, procede de Asunción. **Motivo de Consulta:** Granitos rojos. AEA: 2 meses granos rojos en antebrazo izquierdo.APP y AP F: Sin datos positivos de valor. **Examen físico:** Pápulas de 0,2 a 0,3 cm poligonales eritematosas agrupadas formando placas que siguen un trayecto lineal en antebrazo izquierdo; a la dermatoscopía se observan estrías de Wichan y uñas con estrías longitudinales, hiperqueratosis subungueal, pterigión. Diagnóstico: Liquen Plano Lineal. Diagnósticos diferenciales: Erupción liquenoide por drogas, NEVIL (nevo epidérmico inflamatorio lineal), Eccematide acromiante lineal. **Discusión**: Nuestro paciente presenta un cuadro clínico característico de LP lineal, entidad infrecuente en la infancia. Se estima que 2% a 3% de los pacientes con

LP son pediátricos. El compromiso ungueal también es raro en la infancia (1 a 10%), para el diagnóstico es necesario realizar un examen minucioso y completo de la piel, incluyendo pelo y uñas. El aspecto de la pápula típica de LP por lo general es suficiente para realizar un diagnóstico correcto.

27. Onicomicosis en Pacientes Pediátricos

Buongermini A, Maciel R, Di Martino B, Rodriguez M, Bolla L, Knofelmacher O.
Universidad Nacional de Asunción. Paraguay. Facultad de Ciencias Médicas. Cátedra y Servicio de Dermatología.

Introducción: La onicomicosis es una infección crónica recurrente en uñas causada por dermatofitos, levaduras y hongos. Prevalencia en niños va de 0.2 a 0.4, siendo menor que en adultos, pero su incidencia está en aumento. **Objetivo:** Determinar las características clínicas y epidemiológicas en niños que consultaron a la Cátedra de Dermatología del Hospital de Clínicas de enero 2011 a julio 2016. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo corte transverso, periodo de 5 años en niños con diagnóstico clínico de onicomicosis. **Resultados y Discusión**: Se estudió16 pacientes pediátricos representando 0.030% del total de consultas registradas (n=52680) en Dermatología, fue más frecuentes en escolares (56,25%) y predominio femenino (68,75%); en contraste con la literatura que muestra mayor frecuencia en adolescentes, sin diferencia entre sexo. Mayor frecuencia en manos lo que tampoco coincide con la literatura. El 87,5 % procedían de área urbana y la variedad clínica más frecuente fue subungueal distal y lateral concordando con la literatura. Se obtuvieron 2 cultivos positivos, agentes causales: T. rubrum y C. tropicalis. Con respecto al tratamiento instaurado el mayor porcentaje recibió antimicótico VO y el 31,25% no recibió tratamiento porque no acudieron a la consulta de control con el retorno de estudios. **Conclusión:** La onicomicosis ha incrementado su prevalencia en pediatría. En este trabajo se vio que es más frecuente en niñas escolares. La variedad clínica más común es la subungueal distal. El tratamiento utilizado con más frecuencia fue itraconazol VO. Este estudio comparte algunas características epidemiológicas con otros estudios realizados en niños.

28. Psoriasis en lactante

Cuevas E, Buongermini A, Di Martino B, Rodríguez M, Knopfelmacher O, Bolla L.
Universidad Nacional de Asunción. Paraguay. Facultad de Ciencias Médicas. Cátedra y Servicio de Dermatología.

Introducción: Enfermedad inflamatoria sistémica, crónica, compromete piel y anexos, etiología multifactorial. Las lesiones clínicas de la psoriasis infantil no difieren de las que se presentan en el adulto (placas eritematoescamosas que se disponen simétricamente en superficies extensoras y cuero cabelludo), aunque hay formas más frecuentes en la infancia, como la psoriasis guttata. **Caso Clínico**: Lactante menor, 5 meses, sexo masculino, con manchas rojas en área del pañal, 7 días de evolución que se extienden a genitales, axilas, espalda, cuello, rostro. Recibe betametasona (crema) y baño con jabón que contiene Clorfeniramina, Glicerina, sin mejoría. Cuadro similar hace 3 meses afectando solo la zona del pañal. **Examen físico**: Múltiples pápulas y placas eritemato-escamosas, límites netos, bordes regulares, 0,5-2 cm de diámetro, que confluyen formando placas de mayor tamaño en rostro, cuello, tórax, abdomen, espalda, área del pañal, extremidades. Ante la sospecha clínica de Psoriasis vs. Dermatitis seborreica, se realiza biopsia de piel y se llega al diagnóstico final de Psoriasis. Se indica tratamiento tópico con buena evolución. **Comentarios**: Durante años, considerada poco frecuente en la edad pediátrica, estudios recientes demostraron que hasta el 40% de los pacientes adultos presenta las primeras manifestaciones de la enfermedad durante la infancia o adolescencia. Es esencial que tanto los padres como los niños comprendan la historia natural de la enfermedad y aprendan a convivir con ella y con el seguimiento multidisciplinario, pues un médico involucrado y padres contenedores pueden lograr cambios significativos en la calidad de vida y evolución del niño con psoriasis.

29. Recurrencia atípica del Granuloma Piógeno. Presentación de caso clínico y revisión de la literatura.

Almirón C, Gutiérrez O.
Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñú"

Introducción: El Granuloma piógeno es una proliferación vascular muy común que se presenta habitualmente como una lesión solitaria, sésil o pediculada, con una superficie frágil con tendencia al sangrado, la ulceración o a cubrirse de costras. La recurrencia local tras el tratamiento es muy frecuente. En cambio la aparición de múltiples lesiones satélites tras la extirpación de la lesión inicial es una complicación rara del Granuloma Piógeno, que puede presentar problemas de diagnóstico y de manejo. **Caso clínico**: Paciente preescolar de 5 años, sexo femenino. Motivo de consulta: tumoraciones en cuero cabelludo. Las

lesiones en cuero cabelludo tienen 2 años de evolución, en número de tres, la tercera de reciente aparición, con aumento progresivo de tamaño, midiendo 0,5 cm de diámetro la mayor. Antecedentes patológicos personales: hace 2 años consultó en nuestro servicio por tumoración en región frontal de 3 meses de evolución, con aumento de tamaño progresivo que 24hs antes presentó sangrado en napa. Se realizó toma de muestra para biopsia y posteriormente electrocoagulación. La Anatomía Patológica informó: Granuloma Piógeno. Se realizó electrocoagulación de las 3 lesiones nuevas con resolución total del cuadro y sin recidiva hasta la fecha. **Discusión**: Se trata de una recurrencia rara del granuloma piógeno por la cantidad y la ubicación de las lesiones, ya que aparecieron en un lugar distinto a la inicial.

30. Úlceras hérpeticas a repetición en paciente inmunocomprometida

Buongermini A, Valiente C, Di Martino B, Rodríguez M, Knopfelmacher O, Bolla L.
Universidad Nacional de Asunción. Paraguay. Facultad de Ciencias Médicas. Cátedra y Servicio de Dermatología.

Introducción: El herpes es la primera causa de ulceración genital en inmunodeprimidos, que son dolorosas, crónicas e incapacitantes. **Caso Clínico:** Mujer, 17 años, procedente de medio rural del Paraguay, portadora de síndrome mielodisplásico con cuadro de 1 semana de evolución de mácula eritematosa en región perianal que a las 24 hs se ulcera y aumentan en cantidad. El episodio se repite tras cada sesión de quimioterapia. Examen Físico: múltiples úlceras de 0,5 cm a 4 cm diámetros, límites netos, bordes irregulares, cubiertas por costras necróticas con secreción purulenta en labio mayor, región perineal y perianal. Diagnóstico: úlceras herpéticas. Laboratorio: IgM para HSV1 y 2: positivos. IgG para HSV 1 y 2: positivos. Tratamiento: Aciclovir 10 mg/kp cada 8hs por 10 días con buena evolución, mupirocina tópica. Se sugiere profilaxis para herpes genital pre quimioterapia con Aciclovir 80mg/kp/día por 5 días. **Discusión:** En pacientes con inmunosupresión, se pueden presentar lesiones similares a condilomas o carcinomas epidermoides.[2] Es frecuente hallar resistencia a los antivirales de uso común como el Aciclovir. Opciones son el foscarnet, cidofovir e incluso el imiquimod. En pacientes inmunodeprimidos la morfología de las lesiones depende de la inmunidad del paciente. Es necesario prestar atención a posible resistencia a los antivirales comunes.

EMERGENTOLOGÍA

31. Accidente Cerebro Vascular en Pacientes Pediátricos de un Hospital Universitario

Iramain R, Bogado N, Jara A, Ortiz J, **Garcete J**, Cardozo L, Morínigo R.
Unidad de Urgencias. Cátedra y Servicio de Pediatría. F.C.M – U.N.A.

Introducción: Accidente cerebrovascular (ACV) hemorrágico o isquémico, proceso neurológico agudo con alta morbilimortilidad. Identificarlo, diagnosticarlo e iniciar el tratamiento precoz en la sala de urgencias es de vital importancia para el pronóstico del paciente. **Objetivos**: Describir la clínica al ingreso, datos laboratoriales, manejo y evolución de pacientes con ACV. **Materiales y Métodos:** estudio de casos de pacientes con diagnóstico de ACV al alta en la Cátedra y Servicio de Pediatría. F.C.M. – U.NA. en los últimos 5 años. **Resultados:** Se evaluaron 9 pacientes de 2012 a junio de 2016, 6 con ACV hemorrágico y 3 isquémico. 1,2 pacientes por mil internaciones en el servicio. La edad promedio: 10,7 años (1mes a 16 años), 6 del sexo masculino, motivo de consulta más frecuente, la debilidad muscular con historia de vómitos, cefalea y hemiparesia. Tiempo de evolución de 21 horas. Examen físico: signos de HTEC: 5 pacientes, Glasgow: 9,7. IOT en 5 pacientes y días de ARM: 6,8; recibieron SSH: 1, manitol: 3, VDE: 3, craniectomía 2 pacientes. Comorbilidad: vasculitis en 3 pacientes, MAV en 2, HTA, LLA y discrasia sanguínea en 1 paciente. Datos de laboratorio alterado: renal (urea: 65 mg/dl – creatinina: 1,2 mg/dl, TTPA (35 seg.), albuminemia de 3,32 g/dl (2,7 a 3,9) e hiperglicemia 134 mg% (74 a 254). En todos los pacientes se realizó TAC de cráneo. Días de internación: 22 días (1 a 27). Óbito por muerte encefálica de 3 pacientes. **Conclusiones:** Patología poco frecuente en pediatría, afectando a los preadolescentes, con alteración del Glasgow, déficit neurológico motor, alteración del perfil renal, TTPA, hipoalbuminemia e hiperglicemia al ingreso, con internación prolongada y alta morbimortalidad.

32. Análisis de las Reconsultas dentro de las 24 horas en el Servicio de Urgencias del Hospital General Pediátrico

Morilla L, López V, Mesquita M, Pavlicich V.
Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñu".

Introducción: La reconsulta dentro de las 24 hs puede implicar un error en la apreciación de la gravedad inicial o una insatisfacción del usuario respecto al resultado de su consulta inicial. Conocer el número y características de las reconsultas en un servicio de urgencia, permite crear estrategias para disminuirlas y mejorar el nivel de calidad. **Objetivo:** Conocer las características de las Reconsultas dentro de las 24 horas en el Departamento de Emergencias de un hospital pediátrico (DEP). **Material y Métodos:** Estudio Observacional Descriptivo Transversal con componente analítico, utilizando la base electrónica de datos del DEP. Se incluyeron pacientes que reconsultaron dentro de las 24 horas en el DEP en el mes de mayo 2016. Variables: edad, sexo, triage, procedencia, diagnóstico, hospitalización, intervenciones, exámenes complementarios. Los datos fueron analizados con SPSSv21 utilizando estadística analítica. Se consideró un error alfa inferior al 5%. **Resultados:** En el período citado consultaron 9114 pacientes, reconsultaron 388 (4,25%). La mediana de edad fue de 24 meses (2-204), sexo masculino (55,2%), procedían de zonas ubicadas fuera de San Lorenzo el 64,7%. El nivel de triage fue de baja prioridad en la reconsulta. El tiempo entre la primera consulta y la reconsulta fue 18±6hs, diagnósticos frecuentes: síndrome bronquial obstructivo (SBO) (16,2%), bronquiolitis (14,7%), resfrío (10,3%) y dengue (5,7%). Se realizaron intervenciones en el 37,7% y exámenes complementarios en el 19,6%. El 17,5% se hospitalizaron. Se observó empeoramiento del nivel de prioridad en el triage en el 26,8% y los pacientes hospitalizados requirieron mayor porcentaje de intervenciones 28.5% vs 12.2 x^2 14.2 p<0,0005 y estudios complementarios 18.4% vs 15.7 x^2 20,3 p<0.534. **Conclusión:** Aunque predominó un nivel de triage de baja prioridad en la reconsulta, existió la necesidad considerable de realizar intervenciones además del empeoramiento en un grupo de pacientes que necesitaron ser hospitalizados. La epidemia de patologías respiratorias del mes analizado puede ser un factor contribuyente.

33. Características clínicas de Cetoacidosis diabética (CAD) en pacientes pediátricos que acuden a urgencias

Garcete J, Morinigo R, Ortiz J.
Cátedra y Servicio de Pediatría. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción.

Introducción: La CAD se produce por déficit absoluto o relativo de insulina. Las manifestaciones clínicas son deshidratación, respiración rápida, aliento cetósico, vómitos, dolor abdominal y obnubilación progresiva. En el laboratorio se observa hiperglicemia, acidosis y cetonemia. La severidad se establece por el grado de acidosis. Para el tratamiento se debe evaluar el grado de deshidratación, las alteraciones hidroelectrolíticas e iniciar insulinoterapia intensiva. **Objetivos:** Describir las características clínicas de los niños con CAD en la Unidad de Urgencias. **Materiales y Métodos**: Diseño retrospectivo con componente analítico. Revisión de historiales de niños entre 0 a 17 años que acudieron a la Unidad de Urgencias de la CyS de Pediatría de la FCM UNA de enero de 2014 a junio de 2016. **Resultados**: Acudieron 17 niños por CAD con promedio de edades de 9,7±4 años, sexo masculino 52%, se presentaron con dolor abdominal 42%, vómitos 35%, alteración del estado general 30%, dificultad respiratoria 24%, referían síntomas típicos de diabetes en las semanas previas un 50%. Correspondió a debut diabético el 82%, en 70% el desencadenante fue una infección. En la forma de presentación 35% tuvieron signos de choque y 18% presentaron alteración del sensorio. 30% presentó CAD severa, y 46% leve, con valores promedio de glicemia al ingreso de 530 mg/dL, ninguno presentó alteraciones electrolíticas. El tiempo promedio de goteo de insulina fue de 25,3±12 horas. Tres pacientes requirieron internación en UCIP. **Conclusión:** La CAD constituye una emergencia endocrinológica en la cual se debe conocer la forma de presentación con el fin de iniciar el tratamiento adecuado de manera oportuna.

34. Características clínicas de las taquicardias supraventriculares (TSV) en pacientes pediátricos que acuden a urgencias

Ortiz J, Morinigo R, Garcete J.
Cátedra y Servicio de Pediatría. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción.

Introducción: Las TSV son las arritmias más comunes en pediatría. Se diagnostican con electrocardiograma y presenta frecuencias cardiacas mayores a 220 en lactantes y 180 en niños mayores, se ven complejos QRS estrechos e intervalos RR regulares. Los síntomas son variables. Casi en la mitad de los casos no se logra encontrar un desencadenante, hasta en un 40% poseen cardiopatías de base. En el abordaje y tratamiento lo primero es valorar el estado hemodinámico del paciente. **Objetivos:** Describir las características clínicas de la TSV en niños que acuden a urgencias.

Materiales y Métodos: Diseño retrospectivo con componente analítico. Revisión de historiales de niños de 0 a 17 años con diagnóstico de TSV que acudieron a urgencias de la CyS de Pediatría de la FCM UNA de enero 2014 a junio 2016. **Resultados:** Acudieron 18 niños con promedio de edades de 9,1±5 años, sexo masculino 70%, presento palpitaciones 70%, dolor retroesternal 33%, dificultad respiratoria 16%, desvanecimiento 11%, y un paciente de 1 mes consultó por irritabilidad. Tiempo de evolución promedio fue de 9,6 horas, con rango entre 1 hora a 22 días en el paciente de 1 mes, los niños con diagnóstico conocido acudieron en forma más temprana. Presentaba una patología de base el 30%. Uno de ellos presentó choque, 3 revirtieron con maniobras vagales, requirieron adenosina 15, con dosis repetidas en 8, recibieron amiodarona 3, y cardioversión eléctrica en 2, 1 de ellos presentó troponina I alterada. **Conclusiones:** Las características clínicas de la TSV en pediatría son variadas y debe ser reconocida en forma temprana para un adecuado manejo.

35. Caracterización clínica y laboratorial del Dengue en lactantes menores de 12 meses hospitalizados

Cáceres R, Pavlicich V, Basualdo W, Rusomando G, González E, Domínguez P, Mezquita M.
Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñu".

Introducción: El lactante febril es un desafío diagnostico mayor durante las epidemias de Dengue. Caracterizar los aspectos clínicos y laboratoriales en este grupo etario permite mejores abordajes diagnósticos y organizativos. **Objetivo:** Identificar las características clínicas y laboratoriales de los lactantes hospitalizados en la epidemia de 2016. **Materiales y Métodos**: estudio observacional descriptivo longitudinal prospectivo de niños menores de 12 meses hospitalizados por sospecha de Dengue entre los meses de febrero a abril de 2016. El análisis de los datos se realizó con SPSSv21 aplicando estadística analítica. Las variables analizadas: edad, síntomas, NS1, hemograma, evolución y clasificación. Fue aprobado por el comité de ética del HGP. Se liberó el consentimiento informado. **Resultados**: Se incluyeron 88 lactantes. La media de edad fue de 6 meses (rango: 0-12 meses). Al ingreso el 26,1% presento fiebre y llenado lento, 19,3% con fiebre y rash cutáneo y 12,5% con fiebre como único síntoma. El 88,2% presento NS1+ en el primer día de enfermedad (DE) (1,1±0,32), fueron hospitalizados en el segundo DE (2±1,2), permaneciendo 6±3,3 días, la fiebre duro en promedio 3,03±1,2 días. Durante toda la enfermedad solo el 20% presento ≤ 5000 leucocitos, y 18% ≥ 10000, la mayoría de los hemogramas fueron normales. Hemoconcentración y Plaquetopenia en un 15%, en los días 5 y 6 de enfermedad. La clasificación final fue Dengue 69,3% Dengue con Signos de Alarma 20,5% y Dengue Grave 10,2%, 3 pacientes ingresados a UCIP. Los casos de DSA y DG tuvieron: extravasación de líquidos 12,5% miocarditis 2,3% y hepatitis 2,3 %. El día de agravamiento fue el 4to día de enfermedad. (Media 4,0+/-1,4DS). **Conclusión:** La determinación de NS1 en esta población de lactantes tuvo mayor relevancia clínica que el hemograma considerando la baja prevalencia de leucopenia en este grupo etario.

36. Convulsión febril simple: caracterización clínica, manejo y tratamiento en un servicio de urgencias

Morinigo R, Iramain R, Jara A, Ortiz J.
Unidad de Urgencias, Cátedra y Servicio de Pediatría. FCM - UNA

Introducción: La convulsión febril simple (CFS) se presenta en niños de 6 meses a 5 años, se caracteriza por una duración menor a 15 minutos, generalizada y simétrica, período pos crítico breve con recuperación completa, episodio único. **Objetivos:** Caracterización clínica, manejo y tratamiento la CFS en niños que acudieron a un servicio de urgencias, durante el periodo de enero a diciembre de 2015. **Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo de corte transverso. **Resultados:** Se incluyeron 49 pacientes con el diagnostico de CFS. El grupo de edad más afectado fue el de 25 - 36 meses con un 32,6%. Relación pacientes masculinos y femeninos 1,7:1. La presentación convulsiva tónico-clónico generalizada en el 89,7%. Se presentó como primer episodio en 73,4%. Un 24,5% tenía antecedentes familiares de convulsión febril o epilepsia. El 55,1% tuvo una duración entre 3 - 5 minutos. En el 47% coincidió la convulsión con el inicio de la fiebre. Necesidad de internación en 59%. Se solicitó análisis de laboratorio al 55%, punción lumbar en 18,3%. De los ingresados el 6,1% requirió manejo con oxígeno, benzodiacepinas y antitérmicos. En ningún paciente se practicó estudios de neuroimagen. Se encontró asociación con enfermedades virales: 34,6%. **Conclusiones:** La CFS constituye la manifestación convulsiva más frecuente en los primeros años de vida. En función del centro y el facultativo que los atiendan, estos niños podrán ser ingresados y sometidos a variados procedimientos diagnósticos y terapéuticos, a pesar de que no existan pruebas firmes que los apoyen.

37. Descripción de las características clínicas, etiología y evolución de la bronquiolitis en recién nacidos en el Departamento de Emergencias Pediátricas

Espínola V, Rivas V.
Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñu"

Introducción: Los neonatos constituyen un grupo etario de alta vulnerabilidad, por esta razón todos aquellos con diagnóstico de bronquiolitis son hospitalizados en el departamento de urgencias pediátricas (DEP). **Objetivos:** Describir las características clínicas, etiología y evolución la bronquiolitis en neonatos en el DEP. Metodología: Estudio observacional descriptivo de corte transverso utilizando la base electrónica del DEP. (Enero del 2015 a julio del 2016) Se incluyeron neonatos con bronquiolitis Variables edad, sexo, Tal, nivel de prioridad, comorbilidades tratamiento, ingreso a UCIP, virus respiratorio por PCR, estado al alta. Los datos fueron analizados con SPSSv21 utilizando estadísticas descriptivas, se consideró un error alfa menor a 5%. El comité de ética libero el consentimiento informado. **Resultados:** Ingresaron 1999 neonatos de los cuales 141 ingresaron por bronquiolitis. La media de edad post natal fue de 19±5,8 días, el 54% eran de sexo masculino. El score Tal fue $\geq$7 en 8%, 3/141 tenían comorbilidad. Tratamiento: nebulización con solución hipertónica, 83%,(123/141) alto flujo 6%,(9/141) asistencia respiratoria mecánica (ARM) 5,7%, (8/141) CPAC 0,7%. Los virus.VSR (48%) rinovirus 2%, influenza A 1,4.rino/enterovirus 1,4%un caso cada uno de Influenza B, Parainfluenza B, Coronavirus, Metapneumovirus. El 7,8%(11/141) ingresaron a UCIP .El 93% fueron dados de alta, trasladados el 4% y 1,4% (2/141) fallecieron El ingreso a UCIP se relacionó a TAL mayor con respecto a aquello que no ingresaron 7 vs 4,6 respectivamente ($p<0,005$). Conclusiones: La mayoría de los neonatos con bronquiolitis fueron tratados con solución salina hipertónica con buena evolución. El 12,7% presentaron formas graves y de estos menos de un cuarto fallecieron. El VSR fue el más frecuente seguido de Rinovirus.

38. Fiebre dengue y taquicardia supraventricular

Estigarribia M, Godoy L.
Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñu".

Introducción: La miocarditis por dengue se expresa principalmente por bradicardia, a veces, taquicardia supraventricular, inversión de la onda T y disfunción ventricular: hay alteración de la función diastólica, así como disminución de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo. **Caso clínico**: lactante, sexo femenino, 4 meses que consulta por rash cutáneo en cara y fiebre de 12 horas de evolución. Examen físico: activa, reactiva, rash eritematoso en rostro y parte superior del tronco, a pocos minutos del ingreso presenta cianosis facial, piel reticulada, Tº 38.8 ºC, se administra oxígeno por mascarilla, se monitoriza y se constata FC: 278 por minuto. Tratamiento recibido: adenosina en bolo en 2 oportunidades, dipirona, ketamina, cardioversión sincronizada en 3 oportunidades, expansión a 20 cc/kp con suero fisiológico al 0,9%, goteo de amiodarona, con lo cual el ritmo revierte. Tratamiento posterior: amiodarona cada 12 horas. Ecocardiograma normal, ECG: normal, Radiografía de tórax normal, Ecografía abdominal: Pared vesicular edematosa, escasa cantidad de líquido libre en cavidad abdominal, ligera esplenomegalia homogénea. NS1 positivo, hemogramas normales (4), troponina I normal, AST 123 ALT 43. Diagnóstico: Fiebre dengue grave. Taquicardia supraventricular. **Comentarios:** El lactante con dengue grave tiene diversas manifestaciones clínicas, una de ellas puede ser la taquicardia supraventricular que en caso de presentarse hay que tener en cuenta el diagnóstico de miocarditis.

39. Fiebre sin foco e infección urinaria en lactantes en el Departamento de Emergencias de un Hospital Pediátrico

Cantero L, Godoy L.
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.

Introducción: La fiebre sin foco (FSF) es un reto diagnóstico, por la posibilidad de infección bacteriana grave subyacente. **Objetivo:** Conocer prevalencia, características demográficas y sedimento de orina en infección del tracto urinario (ITU) en lactantes con diagnóstico de FSF en el departamento de emergencias pediátricas (DEP). **Material y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, prospectivo. Se incluyeron pacientes de 1 a 24 meses con diagnóstico de FSF en el DEP, entre agosto y octubre del 2015.Variables: edad, sexo, procedencia, episodio anterior, nitritos, piocitos, leucocitos y bacterias en sedimento urinario, urocultivo, tratamiento. Orina recolectada vía catéter vesical. Se consideró ITU contaje $\geq 10^5$UFC. Los datos fueron analizados con SPSSv21, utilizando estadística analítica, se consideró un error alfa inferior a 0,05. El protocolo fue aprobado por el comité de ética del Hospital con consentimiento informado. **Resultados:** En el periodo de estudio consultaron en el DEP 9164 lactantes, 484 con FSF y 55/484 (11,2%) tuvieron ITU, todos sin antecedentes de infección previa. Edad promedio: 10,4±5,3 meses; 74,5% tenían $\leq$ 12 meses y 32% tenían $\leq$ 6 meses;

predominó el sexo femenino (81,8%). Procedían de Gran Asunción 38%. Examen del sedimento: leucocitos aumentados 82%, bacterias 53%, Nitritos (+) 25,5%, piocitos 7,3%, normal 18%. La presencia de bacterias en el sedimento se relacionó con leucocitos mayores a 45/mm3. Gérmenes aislados: E.coli 94,5%, Proteus mirabilis 3,5%, Enterococo 1,8%. Tratamiento 100% cefixima. **Conclusiones:** La prevalencia de ITU en FSF fue 11,2%, con predominio en niñas. Todos fueron primer episodio. La alteración de sedimento más observada fue leucocituria y el germen más frecuente E Coli.

40. Heridas por proyectil de arma de fuego en niños y adolescentes

Báez L, Filartiga A, Martínez C.
Hospital de Trauma Manuel Giagni

Introducción: Sin lugar a dudas durante la última década en todos los países del mundo las lesiones consecutivas a actos violentos han alcanzado proporciones alarmantes afectando a los diversos círculos sociales, aunque con mayor gravedad a los más desprotegidos. Las heridas por armas de fuego forman parte de un número cada vez más importantes entre el grupo de lesiones traumáticas. **Objetivo**: Caracterizar a los niños y adolescentes con diagnóstico de Herida por proyectil de arma de fuego que ingresan en Urgencias del Hospital de Trauma Manuel Giagni. **Material y Métodos**: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transverso, en pacientes en edad pediátrica atendidos por heridas de arma de fuego ingresados a urgencias, desde el año 2015 hasta junio del 2016. Se estudiaron variables como edad, sexo, procedencia, mecanismo de trauma, mortalidad, sitio de ocurrencia, días de internación y si hubo gestos quirúrgicos. **Resultados**: Se analizaron a 31 niños; las edades más afectadas fueron entre 14 y 16 años, predomino el sexo masculino, la mayoría proceden de la capital, el mecanismo más importante fue de agresión por tercero, la mayoría de los eventos sucedieron en la calle, un poco más de la mitad requirieron de algún gesto quirúrgico y de internación. La mortalidad fue de 10%. **Conclusiones**: las heridas por arma de fuego en niños y adolescentes son un problema creciente, afecta en su mayoría a varones adolescentes, asociados a hechos de violencia en las calles; algunas tuvieron algún gesto quirúrgico, otros secuelas físicas y mentales. Es muy importante el contexto socioeconómico, por lo que se deben impulsar políticas públicas de prevención y seguridad para los niños y adolescentes.

41. Hospitalizaciones breves en un servicio de Pediatría

Más M, Casuriaga A, Uría M, Galazka J, Picón T, Giachetto G.
Asociación Española. Montevideo, Uruguay.

Introducción: Analizar motivos y características de la hospitalización es esencial para la gestión sanitaria. Identificar hospitalizaciones potencialmente evitables, contribuye a mejorar la calidad asistencial. A los costos para el sistema, se suma el riesgo de infecciones nosocomiales, y aquellos derivados de la ruptura con los círculos que rodean al niño. Es posible que las algunas hospitalizaciones, especialmente las breves puedan evitarse. **Objetivos:** Describir frecuencia y características de las hospitalizaciones breves en un Servicio de Pediatría. **Material y Métodos**: Se revisaron las hospitalizaciones breves (<24hs) de menores de 15 años procedentes del Servicio de Emergencia del 01/09/2013 al 31/08/2014. Se analizaron: edad, sexo, diagnóstico, exámenes, interconsultas y tratamiento. **Resultados:** De los 1832 hospitalizados, 34% tuvieron estadía breve. El promedio de estadía fue 13 hs. Los diagnósticos más frecuentes fueron: traumatismo de cráneo, crisis broncoobstructiva con insuficiencia respiratoria, gastroenteritis, dolor abdominal, convulsiones. **Discusión:** La mayoría de las hospitalizaciones breves son por patologías agudas que requieren observación y/o aplicación de tratamientos supervisados. La organización de un área de observación en el servicio de urgencias y la aplicación de tratamientos protocolizados podría contribuir a mejorar la eficiencia asistencial. **Conclusiones:** Las hospitalizaciones breves, potencialmente evitables constituyen un indicador de calidad asistencial. Su racionalización implica investigar el tema con el objetivo de promover prácticas asistenciales acordes a las evidencias científicas disponibles. Considerando los motivos de ingreso de las hospitalizaciones abreviadas la creación de un área de observación en el servicio de urgencias podría resultar una estrategia adecuada para atender éstas situaciones.

42. Implementación de un circuito alternativo de atención para pacientes de baja complejidad en un departamento de urgencias pediátricas (DEP)

Portillo S, Morilla L, Domínguez P, Rivas M, Mezquita M, Pavlicich V.
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.

Introducción: La sobrepoblación de pacientes no graves en el DEP pone en riesgo la calidad de atención y seguridad de los pacientes. La implementación de circuitos alternativos

(supertrack) puede mejorar la calidad de la atención. **Objetivo:** Determinar si la utilización de un circuito alternativo mejora la gestión y los indicadores de calidad. **Material y Métodos:** Estudio de intervención sanitaria. Durante 3 semanas de agosto del 2016 se implementó 3 días a la semana por 2 horas un circuito alternativo para la atención de pacientes de baja complejidad y se midieron los indicadores de calidad determinados en el software del triage. Los resultados fueron comparados con los obtenidos en agosto del 2015 en el mismo horario sin la implementación del supertrack. **Resultados:** Se atendieron 410 pacientes ,176 pacientes por supertrack y 234 pacientes por circuito convencional y se comparó con su homónimo del 2015 donde se admitieron 415 por circuito convencional. Los diagnósticos de Supertrack fueron: 75% Resfrío común, 9.7% Infecciones de piel, 8.6% Enfermedad diarreica aguda, 2,8% Niño sano, 2,2% Faringoamigdalitis, 1,7% Otitis externa. Se observó: Mejora de tiempos medios de atención para cada nivel establecido por triage; nivel II (4.4min vs 9.8min), nivel III (9.8min vs 10.9min), nivel IV (31min vs 60min), nivel V (46min vs 63.8min) correspondiente a la intervención y al control del 2015 respectivamente. Disminución de pacientes que se retiran sin ser vistos (4vs10). No se observaron fugas post evaluación médica. Fuera de Rango (1vs7). **Conclusión:** Incorporando un circuito de atención alternativa estructurado se mejora la gestión de indicadores de proceso en un DEP superpoblado, el tiempo medio de atención para cada nivel, se disminuyen los pacientes que se retiran sin ser atendidos y/o sin ser re-evaluados.

43. Intoxicación Alcohólica Aguda en la Adolescencia. Reporte de casos asistidos en emergencia de una institución de salud privada en Montevideo, Uruguay

Más M, Davrieux M, Maurente L, Ponce N, Pascale A, Dall'Orso P.

Introducción: En Uruguay el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida por los adolescentes. Su aceptación social conspira con la percepción de gravedad. La intoxicación etílica aguda puede ser grave o fatal. **Objetivo:** Describir la presentación clínica, circunstancia de exposición y conducta médica frente a la intoxicación alcohólica aguda en adolescentes. **Material y Método:** Estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyeron las consultas en emergencia de adolescentes de 10 a 19 años con diagnóstico de intoxicación alcohólica aguda entre el 01/01/15 al 31/12/15. Variables: edad, sexo, hora y día de consulta, presentación clínica, laboratorio, imágenes, conducta, evolución. **Resultados**: n 25, 0,4% de las consultas en esa población. Mediana 14 años, varones 13. Fines de semana 18. Hora de consulta: todas entre 21.00-7.00. Trasladados en ambulancia 12. Circunstancia: evento social 12, 1 intento de autoeliminación. Asociación con fármacos 2. Motivos de consulta: vómitos 7, ingesta alcohólica 6, alteración de conciencia 5, herida cortante 3, agresividad 2. Ocho casos trauma asociado. Cuatro hipotermia. Laboratorio 11, imágenes 5. Conducta: soluciones parenterales 4, tiamina 4, sutura 3. Horas en emergencia: mediana 6. Hospitalizados 2. No hubo notificaciones al ministerio de salud. **Discusión:** Se observó un patrón característico de consultas concentrándose en la madrugada de los fines de semana. Predominó el consumo en ambiente recreativo. El policonsumo referido como un problema en la literatura no fue evaluado por el médico. La mitad requirió asistencia prehospitalaria y un tercio trauma asociado. A pesar que permanecieron varias horas en emergencia, no hubo adhesión a las recomendaciones nacionales sobre intoxicación alcohólica.

44. Oxigenoterapia de alto flujo en el manejo de la insuficiencia respiratoria por infecciones respiratorias agudas bajas en un departamento de emergencia pediátrica

Morosini F, Alonso B, Alegretti M, Tortora S, Dall'Orso P, Prego J.
Departamento de Emergencia Pediátrica. Centro Hospitalario Pereira Rossell (DEP CHPR). Montevideo, Uruguay.

Introducción: La oxigenoterapia de alto flujo (OAF) es una técnica sencilla, fácil de administrar, de bajo costo, sin complicaciones graves, efectiva para el tratamiento de la insuficiencia respiratoria (IR) en las infecciones respiratorias agudas bajas (IRAB). Su aplicación precoz podría mejorar la evolución de éstos niños y el ingreso a unidades de cuidados intensivos (UCI). **Objetivos:** Comunicar la primera experiencia con OAF en niños con IRAB en el Departamento de Emergencia Pediátrica (DEP) del Centro Hospitalario Pereira Rossell. **Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo (01/06/13-20/09/2014). Todos los niños tratados con OAF en DEP -CHPR. Criterios de inclusión: <2 años con IRAB viral con IR y score de Tal >8 de inicio o ≥ 7 mantenido, apneas reiteradas, saturación de oxígeno <90% con O_2 por máscara de flujo libre. Criterios de exclusión: pCO_2>70 mmHg, pH<7.2, depresión de conciencia, falla hemodinámica. **Resultados:** OAF 112 niños; mediana 3 meses (9 días-22 meses); bronquiolitis 86%; VRS+ 67%. Motivo de indicación de OAF: Tal ≥ 7 mantenido 80%; Tal >8 12%; apneas 8%. Duración de

OAF en DEP: media 16 h (1.5 – 60 h). Destino inicial desde el DEP: cuidados moderados 77%, UCI 23%. OAF como único soporte respiratorio en toda la internación: 62%; ventilación no invasiva en la evolución 9%; requirió AVM 29%. No complicaciones de la técnica. **Conclusiones:** En un porcentaje elevado de pacientes fue posible evitar el ingreso a UCI y probablemente la necesidad de AVM. La incorporación precoz de OAF en las IRAB graves modificó la forma de tratamiento de estos pacientes en la emergencia.

45. Oxigenoterapia de alto flujo en niños mayores de 2 años con crisis asmática moderada-severa en un servicio de urgencias pediátrico

Morosini F, Alonso B, Tortora S, Dall Orso P, Prego J.
Departamento de Emergencia Pediátrica, Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR). Montevideo, Uruguay.

Introducción: La oxigenoterapia de alto flujo (OAF) es un recurso para el tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda en pediatría. Hay pocos trabajos sobre su uso en niños mayores en la urgencia. Se aplica en CHPR desde 2011 en cuidados moderados y desde 2013 en DEP, en lactantes con bronco obstrucción. Publicaciones recientes apoyan su implementación en todas las edades. **Objetivos:** Comunicar la experiencia en el uso de OAF en pacientes mayores de 2 años con crisis asmática moderada-severa en DEP-CHPR. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo, de mayores de 2 años con crisis asmática asistidos con OAF en DEP-CHPR entre 1/6/13 – 30/5/15. La severidad de la crisis se evaluó con Pediatric Asthma Score (severa > 11, moderada 8 a 11). **Resultados:** Fueron asistidos 19 pacientes. Sexo femenino: 12. Crisis asmática moderada 2; severa 17. PAS: media 12 (11-14). Se indicó OAF por persistencia de severidad e insuficiencia respiratoria post broncodilatadores según pauta. Flujo máximo: mediana 20 L/m (12 – 34). FiO2 máxima: media 0.6 (0.4 – 0.7). Todos recibieron tratamiento broncodilatador asociado (19 inhalado, 17 salbutamol iv, 9 sulfato magnesio iv). Duración en DEP: media 11h (2-27). Exclusivamente OAF: 6; ventilación no invasiva 13. Ningún paciente requirió AVM. No complicaciones ni fallecimientos. **Conclusiones:** La OAF resultó un adecuado recurso terapéutico en niños mayores con fallo respiratorio en la urgencia para su manejo inicial y estabilización. Se utilizaron flujos promedio de 2L/k/min sin complicaciones. Constituyó el único soporte respiratorio en un tercio de esta población. Es necesario seguir incluyendo mayor número de pacientes.

46. Predicción del fracaso de la Oxigenoterapia de Alto Flujo basado en parámetros clínicos en pacientes con Bronquiolitis grave

Watanabe M, Pavlicich V, Mesquita M.
Departamento de Urgencias. Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.

Introducción: La Oxigenoterapia de alto flujo por cánula nasal (OAF) es una terapia utilizada en bronquiolitis en nuestro servicio. **Objetivos:** Determinar características clínicas predictoras de fracaso de OAF. **Material y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, ambispectivo, realizado en el departamento de urgencias en lactantes con bronquiolitis grave, de marzo a agosto de 2016. Variables: tiraje, FC, FR, score Tal, comorbilidades, complicaciones, necesidad de terapia de escalamiento (ventilación asistida), fracaso y éxito. Los datos fueron analizados en el sistema SPSSv21 utilizando estadística analítica. Se consideró un error alfa menor a 5%. El comité de ética liberó el consentimiento informado. **Resultados:** total 69 pacientes, mediana de edad: 2 meses (1-13), masculino (63,8%). Con una mediana de 3 días de evolución de la enfermedad ingresaron a OAF. El 33% (23/69) requirieron terapia de escalamiento, 16/23(70%) antes de las 12hs. La FC descendió sostenidamente desde las 2hs del ingreso en el grupo éxito con una diferencia significativa a las 6hs (148±15 vs 158±17) p= 0,028 (T Student). El TAL fue significativamente mayor en el grupo que fracasó a las 12hs (7±1 vs 5,8±1). Al ingreso a OAF el grupo que fracasó presentó más tiraje generalizado (10/23 vs 16/43), a las 2hs empezó a disminuir, a las 6hs el descenso fue sostenido y a las 12hs la mejoría fue significativa (1/44 vs 2/16) p<0,05. La FR descendió a partir de las 12hs y no hubo diferencias entre ambos grupos. Las comorbilidades, complicaciones de Bronquiolitis (atelectasia, neumonía) y edad no fueron predictores de fracaso. **Conclusión:** La persistencia de la FC elevada y el tiraje generalizado en las primeras horas de terapia son buenos predictores del fracaso del OAF en Bronquiolitis grave.

47. Prescripción de antibióticos en pacientes ambulatorios en el departamento de emergencias pediátricas

Paredes M, Cheaib M, Mezquita M.
Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñu".

Introducción: La utilización inadecuada de antibióticos (ATB) favorece la aparición de efectos adversos y resistencia bacteriana. **Objetivos**: Conocer la frecuencia de la prescripción de ATB vía oral, las patologías en las que se utiliza así como el

más utilizado en las prescripciones ambulatorias del departamento de emergencias pediátricas (DEP). **Material y Métodos**: Estudio observacional descriptivo, de corte transverso utilizando la base de datos electrónica del DEP en el periodo de enero-julio de 2016. Se realizó una muestra aleatoria sistemática utilizando las variables: edad, sexo, procedencia, motivo de consulta, diagnostico, nivel de triage, tipo de medicación y antibiótico. Los datos fueron analizados por SPSSv21 utilizando estadística analítica. Se consideró un error alfa inferior a 5%. El Comité de Ética liberó el consentimiento informado. **Resultados**: En el periodo estudiado fueron atendidos 53.727 pacientes, de los cuales se incluyeron 380. Sexo Masculino 215/380 (56,6%), edad 5±4 años, procedían del Departamento Central 97%. Motivos de consulta: fiebre 114(30%), tos 76(20%), lesiones en piel 39(10,3%). Diagnósticos y utilización de ATB vía oral: afecciones respiratorias 162(42,6%) de las cuales se utilizó ATB en 14,8%(24/162); síndromes febriles 66 (17,3%) usaron ATB 1,5% (1/66); trastornos gastrointestinales 38(10%), ningún ATB; infección de piel 35 (9,7%) con ATB 88,5% (31/35). En total, el uso de antibióticos se registró en 80 pacientes (21%), los más utilizados fueron cefalexina 5,8% y amoxicilina/sulbactam 4,7%. **Conclusiones:** El porcentaje de uso de antibióticos vía oral fue 21,1% con predominio en infecciones de piel y del tracto respiratorio, los más utilizados fueron cefalexina y amoxicilina/sulbactam respectivamente.

48. Traumatismo craneoencefálico en la Unidad de Urgencias Pediátricas. Servicio de Pediatría. 2014-2015

Palomar S, Iramain R.
Unidad de Urgencias. Servicio de Pediatría. Hospital de Clínicas.

Introducción: El Traumatismo craneoencefálico infantil (TCE) es motivo frecuente de consulta en Urgencias. Aunque en su mayoría no conlleva consecuencias graves, supone la primera causa de muerte y discapacidad en niños mayores de 1 año. Realizamos este estudio, retrospectivo de corte transversal, con el objetivo de determinar la epidemiología, características clínicas e implementación del protocolo de manejo establecido en la Unidad de Urgencias del Servicio de Pediatría , 2014-2015. **Resultados:** Fueron internados 93 pacientes con diagnóstico de TCE. Hubo un predominio de lactantes, siendo la causa más frecuente las caídas (95%) Una vez ingresados, eran clasificados según riesgo de lesión intracraneana (LIC), la mayoría presentaba riesgo bajo. El protocolo de manejo de la Unidad, determina que pacientes requieren internación y/o TAC, aquellos con riesgo bajo de LIC, no tienen indicación de TAC, sin embargo, se encontró que en un 12% fueron realizadas, en el grupo con alto riesgo de LIC en donde la TAC de cráneo está indicada, se realizó en el 73%. En los pacientes con hallazgos tomográficos positivos los signos o síntomas relacionados a los mismos en mayor medida fueron el hematoma parietotemporal, seguido de vómitos en progreso. **Conclusión:** El perfil fue, un lactante del sexo masculino que consulta por un traumatismo posterior a caída, con riesgo bajo de LIC que queda internado para observación y no se realiza TAC de cráneo. Con respecto a la aplicación del protocolo este no se realiza en forma estricta.

49. Uso de ketamina en un servicio de urgencias pediátricas. Aplicabilidad y seguridad

Más M, **Tórtora M**, Dall´Orso P, Morosini F, Prego J.
Hospital Pediátrico. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Departamento Emergencia Pediátrica. Facultad de Medicina. UdelaR

Introducción: La realización de procedimientos dolorosos es frecuente en los Servicios de Urgencias Pediátricas. Las técnicas de sedoanalgesia tienen un rol fundamental para controlar el dolor y la ansiedad y permitir un procedimiento con éxito y seguridad. **Objetivos:** Describir la experiencia en sedo-analgesia con ketamina en procedimientos dolorosos, en el Departamento de Emergencia Pediátrica del Centro Hospitalario Pereira Rossell (DEP-CHPR). Población y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo. Población: niños < 15 años en quienes se uso Ketamina para procedimientos dolorosos. Período: enero 2011-julio 2016. Fuente de datos: historias clínicas. **Resultados:** n= 67 pacientes. Edad: mediana 3 años. Varones 34. Indicación de sedoanalgesia: toracocentesis 56, procedimientos ortopédicos 5, extracción de cuerpo extraño 2, punción lumbar 2, intubación orotraqueal 1, reducción de hernia 1.Dosis utilizada: 0,5-2,5 mg/kg. Se utilizó únicamente Ketamina en 12 pacientes, en 27 se asoció midazolam y atropina, en 2 fentanyl y midazolam, en 17 midazolam y en 9 atropina. El procedimiento fue realizado en todos los casos por el pediatra de guardia con monitorización cardiovascular y saturometría. Se registraron 3 complicaciones: vómitos 2, taquicardia e hipotensión 1. Egreso hospitalario: 3, 61 pacientes requirieron admisión hospitalaria, vinculada a la enfermedad de base del niño y no a complicaciones del procedimiento. **Conclusiones:** la sedoanalgesia con ketamina en procedimientos de urgencia pediátrica a cargo del pediatra de guardia resultó segura, efectiva para el paciente y bien aceptada por

el equipo de salud y la familia. La monitorización del paciente durante y luego del procedimiento permite identificar y tratar las posibles complicaciones.

50. Uso de oxigenoterapia por alto flujo (OAF) en niños con crisis asmática severa

Gauto R, Domínguez S, Pavlicich V.
Departamento de Emergencias. Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñu".

Introducción: Las crisis asmáticas moderadas y severas son motivos relativamente frecuentes de consulta en las emergencias. Evitar el ingreso a unidades de terapia intensiva es un objetivo altamente deseable. El OAF es una alternativa potencialmente útil en niños con dificultad respiratoria moderada y severa. Es una estrategia no invasiva de entrega de altos flujos de oxigeno calentado y humidificado. Se presenta la experiencia de su utilización en una serie de pacientes pediátricos con crisis asmática severa. **Casos Clínicos:** Cinco pacientes con crisis asmática severa, determinada por la dificultad respiratoria con el Pulmonary Índex Score (PIS), fueron ingresados a OAF en el departamento de emergencias (DEP). El Equipo utilizado fue Airvo2 de Fisher & Paykel. Todos recibieron en la primera hora nebulización continua de salbutamol, dexametasona endovenosa 0,6mg/Kg. y sulfato de Mg 50mg/Kg. Por persistencia del trabajo respiratorio luego de la primera hora ingresaron a OAF. Se observó mejoría del score de gravedad en las primeras 6hs. Tres pacientes requirieron OAF durante menos de 24hs y los dos restantes menos de 48hs. La estrategia fue bien tolerada con un flujo de 1lts/kg, observándose incomodidad al aumentarlo a 2lts/kg. Ningún paciente requirió ingreso a UCIP ni presentó complicaciones. **Comentarios**: El OAF es ampliamente usado en nuestro DEP en Bronquiolitis y existe abundante bibliografía al respecto. Se puede utilizar eficazmente para tratar a los pacientes con niveles moderados de insuficiencia respiratoria hipoxemica. Su uso en crisis asmáticas es reciente. Se describe una experiencia exitosa de administración de OAF en niños con crisis asmática severa. Su uso continúa aumentando debido a su facilidad, buena tolerancia y aceptación de la terapia.

51. Utilización de un servicio de emergencia. Encuesta a padres y cuidadores

Casuriaga A, Más M, Galazka J, Picón T, Giachetto G.
Asociación Española. Montevideo, Uruguay

Introducción: La demanda de consulta en los servicios de emergencia es elevada, especialmente en momentos de epidemia. Es posible que el funcionamiento ininterrumpido del servicio de emergencia, la rápida solución de los problemas, no acceso al pediatra tratante, exámenes y especialistas, sumado a las concepciones y creencias de los padres, expliquen la demanda injustificada. **Objetivo:** Conocer los motivos por los cuales los padres utilizan el servicio de emergencia. **Material y Método:** Encuesta pre codificada, auto gestionada, voluntaria, a los adultos que acompañaron a un menor de 15 años en el servicio de emergencia de una institución privada de Montevideo, durante 5 días hábiles consecutivos incluyendo fin de semana. **Resultados:** n=199. Mediana de edad de niños: 4 años, 57% varones. Acompañante: madre 75 %, padre 16%, ambos 8%, otros 1%. Media de edad del acompañante: 34 años. Consultas espontaneas 73%, derivaciones de otros médicos 25%. La emergencia fue el primer servicio de consulta en el 57%. Consultaron previamente a otro médico: 38%. Consideraron que el problema de salud solo se podía resolver en la Emergencia 20%, que requería un especialista 15%. No consultaron previamente a su pediatra por no acceder al mismo 36%. El 6% considera que el pediatra tratante solo realiza controles en salud. El 48% manifestó no poder esperar en domicilio al médico de la institución. **Conclusiones:** El servicio de emergencia es percibido como el lugar más accesible, rápido y adecuado para resolver las patologías agudas. Se requiere trabajar sobre los problemas identificados para mejorar su utilización y funcionamiento.

52. Ventilación mecánica no invasiva en asma aguda bronquial

Quiñonez S, Delgadillo L, Jiménez J.
Departamento de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital de Clínicas San Lorenzo.

Introducción: La ventilación no invasiva en pacientes con asma se considera una opción terapéutica válida para mejorar el trabajo respiratorio y así garantizar que la acción de la medicación broncodilatadora y antiinflamatoria que llegue a su máxima eficacia evitando la invasión de la vía aérea. **Caso 1** F.V. 9 años sexo femenino consulta por fiebre y dificultad respiratoria ingresa a cuidados intensivos con tiraje universal y sibilancias inspiratorias y espiratorias se inicia ventilación mecánica con VNI 2 niveles de presión por 48hs además de terapéutica broncodilatadora y corticoide endovenoso. **Caso 2** F.G 12 años sexo masculino tos y dificultad respiratoria ingresa a cuidados intensivos con tiraje subcostal y sibilancias inspiratorias y espiratorias se inicia VNI modalidad BiPAP por 24hs con mejoría clínica recibiendo además medicación

broncodilatadora. **Caso 3** S.P 11 años sexo femenino consulta por dificultad respiratoria ingresa a cuidados intensivos pediátricos con tiraje universal sibilancias inspiratorias y espiratorias se inicia ventilación mecánica no invasiva con modalidad BiPAP la cual se realiza por 6hs sin mejoría clínica, empeoramiento de la mecánica respiratoria al que se agrega compromiso hemodinámico con lo cual se instala ventilación invasiva. **Discusión:** La ventilación no invasiva es una estrategia ventilatoria en el asma y una opción para evitar la ventilación invasiva, en el caso del fracaso de la ventilación no invasiva en el paciente ha sido debido al empeoramiento del esfuerzo respiratorio además de compromiso hemodinámico.

ENDOCRINOLOGÍA

53. Amelogenesis imperfecta. Reporte de caso

Mallada D, Seall L, Verón G, Benitez Leite S.
Cátedra y Servicio de Pediatría, FCM-UNA.

Introducción: La amelogénesis imperfecta es una alteración del esmalte dental que se puede presentar tanto en dentición decidua como permanente. El defecto del esmalte puede caracterizarse fundamentalmente por hipoplasia, hipomineralización o hipomaduración. Se presenta aislada o asociada con otras anomalías como síndromes, producto de una alteración hereditaria, ya sea autosómico dominante, autosómico recesivo, ligada al sexo, y/o presentarse esporádicamente. Se asocia con otros trastornos orales y dentales, como el taurodontismo, y síndromes sistémicos predominantemente extraorales como la distrofia de conos y bastones oculares, el síndrome oculo-dento-digital, el síndrome trico-dento-óseo o la nefrocalcinosis. **Caso clínico:** paciente de sexo masculino, de 7 años de edad, al examen físico presenta dientes de coloración amarillenta (esmalte marrón parduzco) con ausencia de algunas piezas deciduales. Antecedente paterno de dientes en similares condiciones, además de hermano mayor de 15 años. **Discusión:** para el diagnóstico preciso de la amelogenesis imperfecta se debe realizar una buena evaluación clínica apoyada en radiografías, antecedentes familiares, además de un buen seguimiento multidisciplinario.

54. Fibrodisplasia osificante progresiva. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Storm S, Martínez G.
Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñu".

Introducción: La fibrodisplasia osificante progresiva (FOP) es un trastorno autosómico dominante del tejido conectivo, incapacitante, caracterizado por osificación heterotópica progresiva que forma huesos normales en sitios extra esqueléticos. Su prevalencia 1: 2.000.000 y se inicia en la infancia. **Caso clínico:** Niño de 6 años, consulta por múltiples tumoraciones ubicadas en cuello, tórax y región lumbar. Antecedentes patológicos: las tumoraciones tienen 5 años de evolución, se iniciaron en cuello, al inicio, acompañadas de dolor, con signos inflamatorios e impotencia funcional. Después del cuadro inflamatorio quedaban de consistencia pétrea, sin dolor, limitando los movimientos. Con el tiempo se extendieron a la región escapular, torácica y lumbar. **Examen Físico**: Tumoraciones sólidas, pétreas, inmóviles, no dolorosas, sin signos inflamatorios en región cervical y toraco-lumbar de diferentes tamaños, la mayor mide 4x5cm.y malformaciones de los metatarsianos. Rx: calcificaciones sobrepuestas a la columna y las costillas. TAC: Trazos extensos, confluentes de calcificaciones de las fascias intermusculares en cara posterior del cuello y tórax, alcanzan a fusionarse con los huesos del cráneo (calcificación tendinosa). Por las características se plantea cuadro FOP. **Discusión:** El diagnóstico de FOP se hace por clínica. Los portadores presentan un aspecto normal, excepto por las malformaciones congénitas (primer metatarsiano). Durante la primera década de vida, se presentan episodios esporádicos de inflamación dolorosa (brotes), con frecuencia desencadenados por lesiones en el tejido blando. Estos brotes transforman los músculos esqueléticos, tendones, ligamentos, fascia, y aponeurosis, en huesos, limitando el movimiento. Las radiografías simples pueden confirmar anomalías así como la presencia de osificación heterotópica. Las pruebas genéticas confirman el diagnóstico. No existe tratamiento.

55. Hiperhidrosis congénita. Reporte de caso

Bordón J, Mallada D, Verón G, Blanco F, Benítez Leite S.
Hospital de Clínicas FCM-UNA, Cátedra y Servicio de Pediatría

Introducción: La hiperhidrosis es un desorden de sudoración excesiva más a allá de que es fisiológicamente necesario para la termorregulación. La presentación palmoplantar es la más común en pacientes con inicio prepuberal de la enfermedad. **Caso clínico:** niña de 1 año de edad que acude al

consultorio externo de la Cátedra y Servicio de Pediatría, Hospital de Clínicas FCM-UNA. Con peso, talla y perímetro cefálico dentro del percentil 50. Paciente cumple con los hitos del desarrollo. Test del piecito normal. Vacunación completa. Sin antecedentes personales ni familiares de interés para su patología. Motivo de consulta: sudoración profusa en manos y pies desde los 8 meses de vida, y que dicho evento se exacerba al desplazamiento. Examen físico: se constata sudoración en manos y pies, sin alteración de la coloración de la piel, no máculas, pápulas o ampollas. Exámenes complementarios: perfil tiroideo, calcio, fosforo, fosfatasa alcalina dentro de parámetros normales. Ecoencefalografía normal. Actualmente en tratamiento con clorhidroxido de aluminio tópico con mejoría clínica. **Discusión:** Los tratamientos de la hiperhidrosis son médico-dermatológicos, cuyo objetivo es inhibir la secreción de las glándulas sudoríparas, como la toxina botulínica, clorato de aluminio, sustancias anticolinérgicas; y en algunos un tratamiento quirúrgico (exéresis de las glándulas sudoríparas), simpatectomía. Esta enfermedad también puede ser condicionada por causas secundarias como el hipotiroidismo, diabetes u otras. El impacto psicológico puede acomplejar o interferir en la vida diaria de quien lo padece. La detección temprana, el manejo multidisciplinario y el tratamiento adecuado para cada caso, pueden mejorar la calidad de vida del paciente.

56. Pubertad precoz periférica: reporte de un caso

Martínez M, Martínez G.
Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñu"

Introducción: La Pubertad precoz es la aparición de caracteres sexuales, con adelanto de la maduración ósea y aceleración del crecimiento antes de los 8 años en niñas y antes de los 9 años en niños. La pubertad precoz periférica (PPP) se debe al aumento de esteroides sexuales sin evidenciarse activación del eje hipotalamo-hipofisis-gonadas, y es menos frecuente que la central y de diversa etiopatogenia. La forma más frecuente de PPP en el varón es la Hiperplasia Suprarrenal Congénita. **Caso Clínico**: Paciente masculino de 4 años de edad, remitido de otro hospital por mala evolución del post operatorio de apendicitis aguda. Ex. Físico: Llama la atención las características fenotípicas no acordes con la edad, Tanner 3 Talla 125cm,+ 3DE para edad y sexo, Peso 27,5 IMC: 17,2 Testículos endurecidos .Perfil hormonal: LH y FSH suprimidas, testosterona y androstenediona elevadas, 17-OH progesterona elevada, DHEA en rango, BHCG, CEA, LDH en rango. Rx de mano edad ósea 12- 13 años. Ecografía testicular: nódulos en ambos epidídimos y en testículo izquierdo. TAC simple de cráneo: sin alteración. TAC de tórax y abdomen con contraste: Hiperplasia Suprarrenal bilateral. **Discusión:** La PPP es una forma poco frecuente de presentación de la hiperplasia suprarrenal congénita no clásica, como es el caso de nuestro paciente. Los sintomáticos de la forma no clásica deben ser tratados con glucocorticoides (hidrocortisona) para suprimir el exceso de secreción de hormona estimulante de la corticotrofina y ACTH y reducir el exceso de esteroides sexuales de origen adrenal. La dosis varía en función de la edad y estadio puberal.

57. A propósito de un caso clínica: hipotiroidismo congénito con bocio

Acuña D, Araujo, Acosta M.
Servicio de Pediatría, HRE. Facultad de Medicina. UNI.

Introducción: La prevalencia mundial del Hipotiroidismo Congénito es de 1/4000 lactantes, 2 veces más frecuente en el sexo femenino. El 15% del hipotiroidismo congénito es causado por dishormonogenesis donde hay una inadecuada producción de hormona que provoca aumento de TSH y crecimiento de tiroides. **Caso Clínico:** Datos maternos: 35 años, procedente de Pirapo, en unión libre, analfabeta, ama de casa. GA: 10 P:10 C:00 Abo:00 sin antecedentes patológicos previos CPN: nulo VAT:2 dosis VDRL: no reactivo GS:0 (+). Datos del parto: vaginal, liquido claro presentación cefálica, bolsa integra. Datos de RN: P: 3,4Kg T: 46 PC: 34 EG: 39 semanas Sexo: Femenino Apgar: 8/9 Examen físico del RN: Tumoración en la región anterior del cuello, con llanto disfónico al nacer, fascies edematosa, piel seca y áspera, fontanela posterior mayor a 0,5cm. Perfil de hormonas tiroideas T3: 1,27 T4: 5,15 TSH: 257.58, ecografía de glándulas tiroides compatible con bocio difuso. Recibió tratamiento con levotiroxina. Actualmente se encuentra en tratamiento regular con T4 a 10 ug.kp. **Discusión:** Esta patología se reporta en Latinoamérica aproximadamente 1 en 2777 RN, y en Paraguay 1 en 1000 a 1500. En Itapuá desde el 2006 a la fecha se registraron 27 casos de hipotiroidismo congénito de los cuales solo 10 pacientes cuentan con ecografía de tiroides, la causa encontrada fue agenesia e hipoplasia. Este es el primer caso de hipotiroidismo congénito con bocio.

58. Asociación entre el estado nutricional de embarazadas que acuden a un programa alimentario, número de controles y el peso de sus recién nacidos.

Celabe V, Meza G, Sánchez S, Acosta J.
Facultad de Ciencias Químicas – Universidad Nacional de Asunción - San Lorenzo – Paraguay

Introducción: El estado nutricional de la gestante es uno de los principales factores que influyen en el bienestar del feto.Un adecuado peso al nacer disminuye considerablemente los riesgos para el neonato. El Programa Alimentario Nutricional Integral propone un conjunto de actividades de carácter preventivo y de recuperación, con el objetivo de contribuir a mejorar la calidad de vida de poblaciones vulnerables como son las mujeres gestantes. **Objetivo:** Determinar la asociación entre el estado nutricional de embarazadas asistidas por el Programa Alimentario Nutricional Integral, el número de controles realizados y el peso de sus recién nacidos, en los Hospitales Materno Infantiles de las ciudades de San Lorenzo, Capiatá y Limpio, en el periodo de Enero 2013 a Junio del 2015. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional analítico de tipo cohorte retrospectivo con datos secundarios. La población de referencia estuvo constituida por 788 gestantes participantes del PANI. Se utilizaron los datos de sus respectivos tarjeteros índices. Ante las dificultades para lograr una muestra representativa, que cumpliera con todos los criterios de selección requeridos para el desarrollo del trabajo, fue necesario establecer una muestra de casos consecutivos de 123 gestantes que participaron del estudio. Se estudiaron: datos sociodemográficos, estado nutricional materno al último control previo parto (Rosso-Mardones); en cuyos hijos se evaluó el peso de nacimiento (PN) según edad gestacional (EG) utilizando criterios OMS. **Resultados:** Se incluyeron 123 embarazadas. El 63,4% de las gestantes tuvo ≥4 controles en el PANI y el 84,6% de las mismas continuó con bajo peso al último control previo parto. El 62,6% de los niños/as tuvo PN adecuado. Las embarazadas con mejor estado nutricional previo parto, tuvieron recién nacidos con pesos promedios mayores que aquellas que continuaron con su estado de desnutrición (3385,26±504,8 g vs 3168,37±453.96 g; T student, p=0,046). El promedio de PN fue significativamente mayor en hijos de aquellas embarazadas que asistieron a ≥4 controles al PANI (3293,7±505,6g vs 3042,6±339,8g; T student, p=0,006). **Conclusión:** La mayor parte de las gestantes presentaron bajo peso al último control, 6 de cada 10 niños/as nacieron con un peso adecuado. Hubo un mayor promedio de peso al nacer en los recién nacidos cuyas madres mostraron recuperación nutricional previo al parto. Aquellas embarazadas que asistieron un mayor número de controles al PANI, tuvieron hijos con un promedio mayor de peso al nacer.

59. Colecistitis Alitiásica en Niños. Reporte de Caso.

Bogado J, Arza J, Muñoz D, Espínola S.
Servicio de Pediatría. Hospital Regional de Encarnación. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Itapúa

Introducción: La colecistitis aguda alitiásica, es una patología infrecuente. Los casos descritos están asociados a Fiebre Tifoidea, Escarlatina, Sarampión, VIH, Citomegalovirus, Toxoplasmosis, Virus de Epstein-Barr; al uso de nutrición parenteral, posquirúrgicos, quemaduras extensas y traumatismo. Estas afecciones subyacentes suelen complicar el diagnóstico. **Caso:** Paciente de 4 años, con dolor abdominal en hipocondrio y flanco derecho, tipo puntada; de 4 días de evolución. Fiebre en una oportunidad, Examen físico: se palpa masa en hipocondrio derecho de 10 cm, blanda, semi-movil, no dolorosa. RHA: +. Resto del examen normal. GB: 19950mm3, N: 90%, L: 8%. GR: 4.400.000mm3, Hb: 13gr%,Hto: 40%, PCR: +, Perfil Hepático: Normal.Ecografía: Vesícula Biliar aumentada de tamaño, paredes engrosadas, sin cálculos en su interior, con ligera cantidad de líquido perivesicular. TAC: Vesícula Biliar densidad aumentada, pared engrosada. **Diagnóstico:** Colecistitis Aguda Alitiásica. Se solicita serología TORCH: positivo para Toxoplasmosis tanto IgM como IgG. Tratamiento: Cefotaxima, Metronidazol por 4 días. Ante la mejoría clínica y laboratorial se decide alta médica con Clindamicina VO, completando 10 días y control al mes. **Comentario:** Descrita ya por Gibson en 1737 en un niño de 13 años de edad, quien falleció. Requiere de una alta sospecha clínica por parte del pediatra y el cirujano ya que los síntomas pueden estar ocultos por otras patologías abdominales. Considerar esta etiología en los niños, permitirá el diagnóstico correcto y tratamiento oportuno.

60. Concordancia y correlación entre el índice de masa corporal para la edad y peso para la talla en niños paraguayos de 12 a 48 meses

González L[1], Sanabria M[1], Sánchez Bernal S[2], Osorio A[3], Bruno S[3].
[1]**Universidad Nacional de Asunción;** [2]**Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición (INAN);** [3]**Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)**

Introducción: El índice de masa corporal para la edad (IMC/E) representa una alternativa antropométrica adecuada para monitorear las trayectorias de crecimiento en niños pre-escolares. **Objetivo:** Determinar la concordancia y correlación entre el peso para la talla (P/T) y el IMC/E en niños de 12 a 48 meses. **Material y Métodos:** Estudio transversal. Muestreo probabilístico. Tamaño muestral: 1041 niños/niñas de 12 a 48 meses (50,7% masculino), Encuesta de Ingresos, Gastos y Condiciones de Vida 2011-2012 Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos. Se recolectó información demográfica (sexo, edad, procedencia), se evaluó el peso, la talla y se calcularon los puntajes estandarizados P/T e IMC/E (OMS 2006, ANTHRO). Se utilizó Test Chi^2, coeficiente de correlación de Pearson y gráfico Bland-Altman. Se calculó la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) para determinar la influencia del estado nutricional (EN). **Resultados:** La edad promedio de los niños fue 30,1±10,5 meses (32,9% ≤ 24 meses), el peso y la talla promedio fueron de 13,3±2,9Kg y 88,6±9,1cm. El promedio de zP/T 0,6±1,2 y zIMC/E 0,7±1,2. La clasificación de EN según P/T vs IMC/E fue: normal 57,2% vs 53,7%, riesgo de sobrepeso 25,5% vs 27,9%, sobrepeso 10,6% vs 12,5%. Riesgo de desnutrición 5,1% vs 4,8% y desnutrición 1,7% vs 1,9%. La correlación de Pearson arrojó r= 0,984 (p<0,001), el gráfico de Bland-Altman reveló que el promedio de la diferencia entre P/T e IMC/E fue -0,09±0,19 (p=0,186). Al estratificar por sexo y edad la correlación r ≥0,98 en todas las categorías y al hacerlo por EN r <0,88 en normopeso y sobrepeso. La tasa de error de clasificación fue de 10,1%. La sensibilidad fue más elevada en la categoría sobrepeso, mientras que la especificidad fue alta en todas las categorías (≥0,94). El VPP fue más elevado en el Normopeso (0,97). **Conclusión:** El IMC/E tiene una alta correlación y concordancia con P/T y podría ser un indicador utilizado en la vigilancia del crecimiento de los niños.

61. Consumo de Yodo en mujeres embarazadas que asisten a servicios públicos de salud del Paraguay

Sánchez S, Morínigo G, Acosta J, Masi C, Galeano M, Ayala C, Coronel J, Barreto P, Mendoza L.
Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición-INAN. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Introducción: El Yodo es necesario para producir hormonas tiroideas durante el embarazo, las cuales intervienen en el desarrollo cerebral del feto. La excreción urinaria de yodo permite contar con un reflejo del consumo de este mineral. **Objetivo:** Determinar el consumo de yodo mediante su excreción urinaria, en mujeres embarazadas que acuden a servicios del sistema público de salud del Paraguay. **Material y Métodos:** Estudio transversal, descriptivo realizado con 859 de mujeres embarazadas en cuyas muestras aisladas de orina (toma matutina) se determinó nivel de Yodo mediante Método de amonio persulfato, (Reacción SandellKolthoff, modificado de Pino y Dunn). Fueron utilizados los valores límites de yoduria según criterios OMS/UNICEF/ICCIDD. **Resultados:** La mediana de edad fue de 23,6±6,3 años (14-44 años). La mediana de yoduria fue 228 μg/L (40-771 μg/L). 25% presentó deficiencia (<150 μg/L), en 31% fue adecuado (150–249 μg/L), 39% se hallaba por encima de requerimiento (250–499 μg/L), 5% presentó exceso (≥500μg/L). La excreción fue menor en embarazadas de ≥25 semanas de gestación (n=288) que las de ≤12 sem (n=245) y las de 13-24 semanas (n=326) con medias de 233,3 vs 286,1 vs 260,0 μg/L respectivamente (ANOVA para muestras independientes, p=0,007). La proporción de deficiencia fue menor en las gestantes en el primer trimestre (18% vs 28%, 2 p=0,02). **Conclusión:** Una de cada 4 gestantes presenta déficit de ingesta de yodo según excreción urinaria, las del primer trimestre de gestación tienen menor proporción de deficiencia y las del tercer trimestre tienen menor promedio de excreción de yodo en orina.

62. Desnutrición en niños que acuden a la consulta al Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital Nacional De Itauguá.

Zavala C, Román O, Heiniechen L, Irala C.
Hospital Nacional de Itauguá

Introducción: La desnutrición es la deficiencia alimentaria por lo que es necesario estructurar cambios en los patrones alimenticios, modificándolos a las necesidades nutricionales de la población para contrarestar el aumento de desnutrición aguda, identificar la población de riesgo y realizar un

seguimiento ya que las consecuencias son irreversibles, constituyéndose; problema de la salud pública ya que se correlaciona con patologías graves que requieren internación y mayor incidencia de complicaciones. **Objetivos:** Determinar el porcentaje de pacientes desnutridos del servicio de UP-HNI y porcentaje que requieren internación. Discriminar grado de desnutrición. Determinar incidencia de internación en pacientes desnutridos. Determinar porcentaje de lactantes y escolares desnutridos. **Material y Métodos:** Prospectivo, corte transversal, desde el 2-07-2016 hasta 2-08- 2016, abarca pacientes de 6 meses hasta 15 años. Hojas del RAC, balanza, cinta métrica, tablas para percentilar. **Resultados:** De un total de 500 pacientes en un periodo de tiempo de estudio se encontró 61 pacientes con desnutrición (12.2%), siendo 36 (59%) y 25 (41%) de sexos femenino y masculino respectivamente; 39 casos con desnutrición Leve (63.9%), 20 Moderada (40.9%), 2 Grave (3.2%); 12 requirieron internación (19.6%). Del total de pacientes desnutridos 49 corresponde a Lactantes (80.3%) y 12 a escolares (19.6%). **Conclusiones:** Existe mayor prevalencia de desnutrición Grado Leve. Encontramos un total de 12% de pacientes con desnutrición en el periodo estudiado, siendo predominante en el sexo femenino y en lactantes. Consideramos necesario insistir con las medidas de prevención de la desnutrición, así como políticas de seguimiento cercano de pacientes desnutridos.

63. Pancreatitis aguda complicada con pseudoquiste pancreático

Valdez M, Campercholi R.
Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñu"

Introducción: La pancreatitis es un proceso de autodigestión ocasionado por la activación precoz de las proenzimas que activan las enzimas digestivas dentro del páncreas. El pseudoquiste pancreático es una secuela infrecuente de la pancreatitis aguda o crónica, los pseudoquistes son sacos revestidos de una pared fibrosa en el epiplón menor. Pueden aumentar de tamaño o extenderse en casi cualquier dirección y dar lugar a una enorme diversidad de síntomas. Suelen manifestarse con dolor, náuseas y vómitos, pero muchos pacientes están asintomáticos. Los signos más frecuentes son: masa palpable 50%, ictericia 10%. Otros signos: ascitis y el derrame pleural izquierdo. **Caso clínico:** Paciente femenina de 8 años de edad, consulta por dolor abdominal, de 24 hs de evolución, a nivel del hemiabdomen superior, vómitos incoercibles de 15hs de evolución. Ex físico: palidez, abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en hemiabdomen superior. Laboratorio: amilasa sérica 1438 U/L (60-160 U/L). TAC contrastada de abdomen muestra hallazgos compatibles con pancreatitis aguda asociada a colección intra y extra pancreática. Tratamiento recibido: ayuno, hidratación, analgesia y antibióticoterapia. Ecografía al alta: presencia de pseudoquiste de 109x45x56mm. Ecografía de control a la semana: pseudoquiste de 82x40x56mm. A los 2 meses: Imagen quística a nivel de cola pancreática de 45x53 mm. Ante persistencia del pseudoquiste se realiza drenaje percutáneo dirigido por ecografía. **Discusión**: Coincidente con la literatura ante persistencia de colección peripancreática >4 semanas se consolida un pseudoquiste pancreático, el cual se resuelven sin cirugía, mediante el drenaje percutáneo dirigido por ecografía.

64. Patrones de ingesta de líquidos: un estudio epidemiológico en niños y adolescentes escolarizados de Paraguay.

Sanabria M[1], Aguilar G[2], Sanabria G[2], Kawabata A[2], Estigarribia G[2], Rolón R[1], Ríos P[2], Munoz S[3], Feferbaum R[4].
[1]Universidad Nacional de Asunción. [2]Universidad Nacional de Caaguazú. [3]Universidad de la Frontera, Chile. [4]Universidad de Sao Paulo, Brasil.

Introducción: Investigaciones en Brasil y Argentina han reportado un incremento en el consumo de bebidas azucaradas en la población infantil. No hay estudios previos en Paraguay sobre patrones de consumo de líquidos en niños. **Objetivo:** Evaluar el patrón de consumo de líquidos en niños y adolescentes escolarizados, en Asunción, Central y Caaguazú y la asociación con malnutrición por exceso. **Material y Métodos:** Muestro probabalístico, estratificado por edad (7-19 años) y por conglormerados (escuelas de Asunción, Central y Caaguazú). Tamaño muestral: 2.300 sujetos. Se realizó recordatorio de 24 hs de muestras repetidas. Medición de peso y talla según estándares internacionales (OMS 2007). Requerimientos de energía FAO/UNU 2004/ INAN. MSP y BS. Análisis ANOVA y T Test. Significancia: $p< 0,05$. **Resultados:** Ingresaron 2.300 sujetos (7 a 19 años). Mediana 11 años. Estado Nutricional: Estado adecuado 54,5 % (N=1.247). Sobrepeso 27 % (617) y Obesidad 18,5 % (423). El patrón de consumo de líquidos fue: Volumen. Mediana 1950 ml (RQI 1450-2600): Agua 766 ml (RQI 491-1191); Leche y derivados: 362 (RQI 255-471), Infusiones 200 (RQI 141-450), Jugos naturales: 425 (RQI 300-600), Jugos artificiales 300 (RQI 200-500), Néctar 200 (RQI 200-350), Bebidas carbonatadas 416 (RQI 300-616). % Consumo adecuado de agua según edad: 18,4 % Consumo

adecuado de leche y derivados: 7,5 %, Consumo de bebidas carbonatadas: 85 % , de Néctar 18 %, de Bebidas artificiales: 50 %. Calorías/día aportadas por bebidas azucaradas: 413 Cal/día en promedio, que corresponden al 28 % de los requerimientos de energía por edad y sexo. **Conclusión:** El patrón de consumo de líquidos en niños y adolescentes de nuestro país se caracteriza por un menor consumo de lácteos y un mayor consumo de bebidas azucaradas. La prevalencia de malnutrición por exceso es alta en este grupo de escolares.

65. Hábitos de merienda en escolares de un colegio privado.

Giménez M, Hernegard S, Vega R, **Delgado E**, Garcete G, Valdez L, Rojas M, Martínez O, Salinas Y.
Hospital de Clínicas. Medicina Familiar.

Introducción: La OMS, considera la Obesidad una epidemia global. En niños escolares se observa un aumento de la prevalencia de la obesidad, Si bien la obesidad es multifactorial, uno de los factores son los hábitos alimentarios durante la merienda escolar. Los hábitos adquiridos en la edad escolar son el molde que se reproducirá en la edad adulta. **Objetivo:** Conocer los hábitos alimentarios en escolares que asisten a un colegio privado. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo de corte transversalSe evaluó a través de una encuesta alimentaria de los últimos tres días, los hábitos de merienda de los niños de 6 a 12 años. Los resultados se expresan en porcentajes. **Resultados:** La edad media fue 9 años. Características de la merienda: En 91 escolares (66,18%) fue sándwich de jamón y queso, 37 (27,20%) consumen hamburguesas, 29 (21,32%) sándwich de milanesa, 28 (20,5%9) pancho, 30 (22,06%) barra de cereales, 35 (25,7%,) empanadas al horno, 38 (27,9%) pizza y 28 (20,59%) papas fritas. Frutas 42 (30,8%) .En cuanto al consumo de lácteos, 42 (30.8%) respondieron yogurt. Bebidas consumidas durante la merienda fueron: jugos envasados 107 (78,6%), gaseosa 55 (40,4), agua 54 (39,7%), chocolatada 39 (28,68%) y jugo natural 30 (22,06%) El consumo de golosinas fuen 84 niños (62%), siendo los chupetines, chicles y caramelos los más consumidos. **Conclusión:** Las características de la merienda de los niños escolares se caracterizó por mayor consumo de alimentos altos en energía y grasa y azúcares simples. Se precisan fortalecer las estrategias de recreo saludable y aumentar el consumo de frutas y lácteos.

66. Perfil de consumo de yodo en escolares y adolescentes del Paraguay y disponibilidad de sal adecuadamente yodada en sus hogares

Acosta J, Sánchez S, Masi C, Morínigo G, Galeano M, Coronel J, Ayala C, Barreto P, García M, Mendoza L.
Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición-Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Introducción: En Paraguay, por su mediterraneidad, la yodación de sal es obligatoria para prevenir y erradicar los desórdenes por deficiencia de Yodo. Es fundamental monitorear su consumo. **Objetivo:** Determinar el consumo de yodo según los niveles de yodo en orina en escolares y adolescentes; y evaluar la disponibilidad de sal adecuadamente yodada en sus hogares. **Material y Métodos:** Estudio observacional analítico transversal. El tamaño muestral se estimó a partir de la proporción de sal yodada disponible en hogares del año anterior y se aplicó un muestreo aleatorizado trietápico (distritos, escuelas y sujetos), para evaluar consumo de yodo se dosaron muestras aisladas en orina(Método de Amonio Persulfato) y se clasificó según criterios OMS/UNICEF/ICCIDD. Se determinó niveles de yodo en sal de hogares de los sujetos (Método volumétrico-Tiosulfato). **Resultados:** Fueron incluidos 1.920 sujetos, edad promedio 10,2±2,5 años (5,6-18,9 años); 53,1% mujeres; 50,2% pertenecientes al área rural. La mediana de yoduria fue 284,5 μg/L (51-646 μg/L), fue mayor en zona urbana (300 vs 256 μg/L, Mann-Whitney p=0,0001). Según yoduria, el 4,7% presentaba ingesta insuficiente (<100 μg/L), fue adecuada en el 16,6% (100–199 μg/L), mayor a necesidades 32% (200-299 μg/L), 46,7% en exceso (>300 μg/L). El déficit de consumo fue mayor en área rural (6,3% vs 3,1%, χ^2 p=0,009) y mayor en urbana (53,1 vs 40,1%, χ^2 p=0,001). En sal, el yodo en 59,9%, fue adecuado (20-40 mg/kg), deficitario 14,3%, negativo 0,5%, excesivo 25,2%. El 40% presentó ingesta excesiva de yodo cuando la sal contenía exceso de yodo (>40 mg/k) vs 28% cuanto el contenido de yodo en sal fue adecuado (χ^2, p=0,001). **Conclusión:** El consumo deficitario de yodo fue mínimo y excesivo en 1 de cada 4 escolares/adolescentes, la ingesta fue mayor en área urbana. La sal disponible estuvo adecuadamente yodada en dos tercios de los hogares y con exceso de yodo en un cuarto. Hubo mayor proporción de ingesta excesiva de yodo cuando la sal de consumo contenía yodo por encima de lo recomendado.

67. Perfil nutricional de embarazadas adolescentes que asisten a servicios públicos de salud en el Paraguay

Masi C, Sánchez Bernal S, Morínigo G, Zelada J, Irazusta J, Mendoza L.
Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición-INAN. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Paraguay

Introducción: El embarazo en las adolescentes supone un alto riesgo para ellas y sus hijos, situación que empeora si además hay desnutrición o deficiencia de micronutrientes. **Objetivo:** Describir el perfil nutricional de embarazadas adolescentes de 15 a 19 años, que asisten a servicios públicos de salud del Paraguay según antropometría y presencia de anemia. **Material y Metodos**: Diseño transversal, descriptivo. Se analizaron datos antropométricos registrados por el Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional – SISVAN en los Servicios Públicos de Salud de 18 Regiones Sanitarias en el 2015, de adolescentes entre 15-19 años. Para diagnóstico nutricional se utilizó la Curva Rosso-Mardones. Se valoró presencia de anemia, según datos de hemoglobina registrados en los servicios de salud, según criterios establecidos por la OMS/UNICEF/UNU. **Resultados**: Se incluyeron 2.208 embarazadas adolescentes cuya edad promedio fue de 17,4±1,3 años. Provenían de zona urbana el 58,2% (n=1284), 78% (n=1723) refirieron contar con pareja. El 43,8% (n=966) presentó bajo peso, 10,2% sobrepeso y 14,5% obesidad. El bajo peso fue mayor en zonas rurales (47,2% vs 41,3% χ^2p<0,05) y la obesidad zonas urbanas (17,5% vs 10,3% χ^2p<0,05). La mediana de hemoglobina fue de 11,8 g/dL (6,5 a 14,3 g/dL) y fue similar en área rural o urbana (11,7 vs 11,8 g/dL; Mann-Whitney, p=0,15). El 17,7% (n=391) presentó anemia (<11g/dL), sin diferencias por zonas (17,3% urbana vs 18% rural, χ^2p=0,6). Hubo mayor proporción de anemia en mujeres con bajo peso (20,1 vs 15,9%, χ^2 p=0,01). **Conclusión:** La prevalencia de bajo peso en embarazadas adolescentes es alta, principalmente en zona rural. En tanto que la prevalencia de anemia es leve aunque es mayor en las que tienen bajo peso. Esta constituye una situación preocupante para la salud materna e infantil y merece un enfoque prioritario.

68. Prácticas alimentarias en niños/as de 6 meses a 2 años, que acuden a servicios públicos de salud del Paraguay

Canela R, Sánchez S, Schapt N, Riveros F, Gómez M, Martinetti S, Martínez N, Bobadilla L, Mendoza L.
Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición, Paraguay

Introducción: Para realizar recomendaciones de alimentación para niños pequeños, es importante conocer las principales prácticas y costumbres, para preservar las adecuadas o proponer cambios que fueren necesarios. **Objetivo:** Caracterizar las prácticas alimentarias de niños/as <2 años que acuden a servicios de salud (SS) públicos del Paraguay. **Material y Métodos:** Estudio transversal, observacional, descriptivo. Se aplicó encuesta semiestructurada a madres/cuidadores de niños/as sanos de 6 a 24 meses. Se evaluó lactancia materna (LM), lactancia materna exclusiva (LME), alimentación complementaria (AC), consumo de alimentos, agua, infusiones, edulcorantes (naturales, artificiales) y bebidas azucaradas. **Resultados:** Participaron 598 niños/as; edad 14,8±5,4meses. 47,4% fueron niñas; 58,3% de zona urbana. 95,3% realizó LM, 92% refirió LME con duración promedio 3 meses (0,01-8 meses) pero al sexto mes fue 30,2%, sin diferencias por zona (χ^2, p=0,35). Causas de suspensión de LME: poca leche 49%, trabajo 18,7%, destete espontáneo 10,2%, enfermedad 7,1%, entre otras. Inicio de infusiones/agua: 4 meses (0,01-15 meses). Inicio de consumo de lácteos (leche de vaca, yogur, queso): 6,4±2,9 meses. Inicio de AC: 5,3±1,3 meses (1-12 m), 41% antes de 6to.mes. Carnes vacuna/pollo: 7,1±2,4 meses (demás tipos de carnes 9,5±3,2 meses), huevo: 9 meses, legumbres: 9,3±3,2 meses. Hortalizas: 6,6±2,1 meses; frutas: 7,1±2,4 meses; tubérculos: 7±2,4 meses; cereales/derivados: 7,3±2,3 meses; azúcares/dulces: 9,3±3,2 meses; bebidas azucaradas/gaseosas: 9,6±3,2 meses. El 79% consumía azúcar, el 7,5% edulcorantes artificiales, el 44,2% bebidas gaseosas y el 44,7% jugos artificiales, antes de los 2 años de edad. **Conclusión:** Un tercio tuvo LME al sexto mes de vida. La principal causa de abandono de lactancia fue la creencia de leche insuficiente. 6 de cada 10 lactantes inicia la alimentación complementaria en tiempo adecuado. Aproximadamente el 80% de los niños consume azúcar y casi la mitad de los niños bebidas azucaradas antes de los 2 años. Es necesario fortalecer las estrategias educativas en nutrición con los cuidadores de niños pequeños.

69. Prevalencia de anemia en niños de 6 a 59 meses de la ciudad de Concepción

Núnez N[1,2], Sanabria M[3], Aguilar G[4], González L[3], Olivares M[5].

[1]**Universidad Nacional de Concepción, Concepción Paraguay;** [2]**Hospital Regional de Concepción, Concepción, Paraguay;** [3]**Universidad Nacional de Asunción, Paraguay,** [4]**Universidad Nacional de Caaguazú Coronel Oviedo, Paraguay;** [5]**Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA), Universidad de Chile, Chile**

Introducción: En países en desarrollo la anemia por deficiencia de hierro (ADH) es particularmente elevada en el grupo de niños <5 años. **Objetivo:** Evaluar la prevalencia de ADHen niños de 6 a 59 meses que acuden al Hospital Regional de Concepción. **Material y Métodos:** Estudio analítico, realizado en 202 niños (54,5% femenino)de 6 a 59 meses que acudían al consultorio externo del Hospital Regional de Concepción. Se evaluó el estado nutricional utilizando los indicadores Desnutrición Global (zPeso/Edad), Desnutrición Aguda (zPeso/Talla), Desnutrición Crónica (zTalla/Edad) (OMS 2006, ANTHRO), se midieron parámetros bioquímicos (hemoglobina –Hg-, índice hematimétricos (VCM), ferritina, PCR y parasitosis intestinal), adicionalmente se recolectó información referente a la madre (edad, números de hijos, escolaridad), y saneamiento del hogar (agua segura, tipo de baño). **Resultados:** En promedio los niños tenían 25,8±15,3 meses (54% <24 meses).El promedio de Hb fue 10,4±1,2 g/dl, los casos de anemia se distribuyeron en 37,1% leve, 30,7% moderada y 1% grave. De los niños que se encontraban con anemia, 10,8% presentaban DG, 6,5% DA y 20,1% DC. 22,3% tuvo VCM por debajo de lo normal, 32,6% presentó niveles bajos de ferritina, 15,3% PCR positivo y 22,5% presentó parasitosis. La edad materna promedio fue 26,9±6,8 años (11,4% adolescentes), 73,8% tenían ≤3 hijos y la escolaridad fue de 8,7±3,8 años (2,9% analfabetas y 45,1% enseñanza básica no concluida). El 50,5% de los hogares tenía agua segura y 69,6% utilizaban letrinas. El estado de anemia se asoció significativamente con la DG (*TestFisher´s*, p=0,005), los niveles de ferritina (*Test Fisher´s*, p=0,022) y con la parasitosis intestinal (Chi^2, p=0,037) no así con las condiciones maternas ni las del hogar. **Conclusión:** En la población estudiada, la prevalencia de anemia representa un problema de salud pública importante, que requiere la implementación de acciones de intervención.

70. Situación nutricional de niños y niñas indígenas, entre 0 a 5 años de edad de la Comunidad Indígena Kenkuket y la Asociación de Parcialidades Indígenas (API), 2016.

Cáceres C, **Gómez F**, Molinas S, Villamayor A.

Universidad Privada del Este – Sede Asunción.

Introducción: La población indígena representa el 1,7 % de la población paraguaya. Los datos de la Encuesta a Hogares Indígenas (DGEEC, 2008) señaló que el 42 % de los niños indígenas menores de cinco años se encontraba con desnutrición crónica y el 9,8 % con desnutrición global. **Objetivos:** Determinar la situación nutricional de niños y niñas entre 0 a 5 años de edad, de la Comunidad Indígena Kenkuket y la Asociación de Parcialidades Indígenas (API), durante el periodo 2016. **Material y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal realizado entre junio y agosto del 2016. Tamaño muestral: 119 niños y niñas de 0 a 5 años, de la Comunidad Indígena Kenkuket y de la Asociación de Parcialidades Indígenas. Instrumentos, fueron pesados en balanzas mecánicas, para medir la altura, los mayores de dos años fueron medidos con tallímetro y los menores de 2 años con cinta métrica. Para la evaluación del estado nutricional se utilizó la curva de crecimiento de la OMS 2006. **Resultados:** Se observó que el 60% de los niños son eutróficos, el 20% presentó desnutrición crónica, 8% desnutrición aguda, 7% sobrepeso y el 5% obesidad. **Conclusiones:** La prevalencia de desnutrición crónica en niños, en la comunidad de la Asociación de Parcialidades. Indígenas y Kenkuket es menor que los índices de desnutrición crónica en comunidades indígenas a nivel nacional, Existe una doble carga de malnutrición: desnutrición y también sobrepeso y obesidad.

71. Asociación entre actividad física y sobrepeso y obesidad en adolescentes de 9 a 15 años en un colegio de San Lorenzo –Paraguay

Ruiz S, Mesquita M, Sánchez S.

Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñu". Universidad Católica "Nuestra Señora de la Asunción" (UCA).

Introducción: La actividad física es fundamental para lograr condiciones de salud ideal. Fomenta la sociabilidad y mejora el rendimiento escolar en niños y adolescentes. **Objetivo:** Determinar la asociación entre la actividad física y el sobrepeso y obesidad en adolescentes de 9 a 15 años de una escuela de San Lorenzo. **Material y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, de corte transverso, prospectivo, con componente analítico. Se incluyó a adolescentes de 9

a 15 años de edad, quienes llenaron el cuestionario de actividad física validado por INTA –Chile. Una de las investigadoras realizó la medición del peso y la estatura de forma estandarizada. El estado nutricional se calculó utilizando el índice Z con el software Anthro de la OMS. Los datos se analizaron con el SPSS v21 utilizando estadísticas descriptivas. Se consideró un error alfa inferior a 0,05. El protocolo fue aprobado por el comité de ética de la institución con consentimiento informado. **Resultados:** 466 adolescentes ingresaron al estudio en setiembre del 2015. El 56% realizaban actividad física, el 34% tenían sobrepeso y obesidad, 22% y 12% respectivamente. No hubo diferencias en el género en ambas variables. En el grupo de adolescentes con actividad física el 1,5% tenía sobrepeso y 0,4% obesidad, mientras que en el grupos sin actividad física el 20,4 % presento sobrepeso y el 11,6% obesidad, RR =0,05 (IC 95% 0,01–0,19) p< 0,0005. **Conclusión:** La actividad física constituyo un factor de protección de obesidad y sobrepeso en adolescentes de 9 a 15 años.

HEMATO-ONCOLOGIA

72. Adherencia al tratamiento de terapia de reemplazo enzimático con imiglucerasa en pacientes con Enfermedad de Gaucher

Samudio A, Zelada O, Mattio I, Servín J, **Figueredo D.**
Hospital de Clínicas. FCM UNA. Departamento de Hemato Oncología Pediátrica. (HOPe)

Introducción: La enfermedad de Gaucher (EG) es un trastorno autosómico recesivo causado por una deficiencia de la enzima glucocerebrosidasa lisosomal, que conduce a la acumulación patológica de glucocerebrosidasa dentro de los macrófagos de tejido en múltiples órganos, produce un espectro fenotípico de gravedad variable. La Terapia de reemplazo enzimático (TRE) con Imiglucerasa se realiza cada 14 días en infusión endovenosa, es de por vida y ha mejorado la calidad de vida de los pacientes con EG Tipo l. Múltiples factores pueden afectar la adherencia al tratamiento. Estudios recientes han demostrado que una baja adherencia al tratamiento o la suspensión del tratamiento en niños está asociada a recurrencia de la hepato-esplenomegalia, retraso en el crecimiento, y manifestaciones esqueléticas en muchos casos irreversibles. **Objetivo:** Analizar la adherencia al tratamiento de reemplazo enzimático TRE con Imiglucerasa en los pacientes con EG tipo I entre agosto del 2006 y junio del 2016 en el Departamento de Hemato-Oncología Pediátrica FCM–UNA. **Material y Métodos:** Estudio observacional, analítico, de corte retrospectivo. **Resultados:** En el periodo de estudio 12 pacientes fueron diagnosticados con Enfermedad de Gaucher tipo I. El número de infusiones de Imiglucerasa programadas varió entre 8 y 252 infusiones por paciente (promedio de 137 infusiones). El 66,7% (8/12) de los pacientes recibieron más del 80% de las infusiones programadas (entre el 81 y 100%), mientras que el 33,3% (4/12) recibieron menos del 80% (entre el 66 y 78%). **Conclusiones:** Se deben establecer estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento en nuestros pacientes. El paciente de menor adherencia al tratamiento no ha alcanzado la totalidad de las metas terapéuticas, como hemos reportado en un estudio previo

73. Anemia hemolítica inducida por Ceftriaxona: reporte de un caso

Morel Z, Martínez G.
Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñu"

Introducción: El uso de Ceftriaxona ha aumentado debido a su amplio espectro bactericida, y a la posibilidad de administración en una dosis diaria. En la última década ha habido una mayor incidencia de anemia hemolítica inmune inducida por fármacos relacionada con cefalosporinas de segunda y tercera generación Reportamos un caso producido por ceftriazona. **Caso clínico**: Niña de 3 años de edad, ingresa por reactivación de Leishmaniosis visceral (LV). Antecedente Patológicos: Hospitalización previa en diciembre 2015 por primer episodio de la enfermedad acompañada de síndrome hemofago-citico. Con seguimiento irregular después del alta. Examen físico: febril con Hepatoesplenomegalia. (hígado 6cm y bazo 16 cm) Laboratorio: G.blancos 1980/mm3, neutropenia (594/mm3); anemia (Hg: 8,2g%,) plaquetopenia (90.000/mm3). Inicia Ceftriaxona + Amikacina, por neutropenia febril y anfotericina B como tratamiento de la LV. Al quinto día de hospitalización, presento episodio de palidez marcada de piel y mucosas, sudoración, taquicardia e hipotensión. Hg: 2,5g%, reticulocitos de 4,51%. Coombs directo +; LDH 742 UI/L .Este evento se repitió a las 24 hs en coincidencia con la administración de Ceftriaxona (a los 45 y 30 min de respectivamente) y mejora al suspender la medicación y con trasfusión de sangre. **Discusión**: Los últimos diez años se han informado cinco casos pediátricos de hemolisis fatal asociada a la

administración de Ceftriaxona por vía endovenosa. Todos los pacientes tenían algún grado de inmunocompromiso. El mecanismo es la activación de complejos inmunes de anticuerpos inmunoglobulina M-droga que se une a la membrana del eritrocito y activan la cascada de complemento causando hemolisis intravascular.

74. Apropósito de un caso: Linfoma de Hodgkin en paciente escolar en el Hospital Regional de Luque

Barrios C, Moreno J.
Hospital Regional de Luque.

Introducción: Los linfomas en la infancia son un grupo heterogéneo de neoplasias que afectan al sistema inmune y derivan de los linfocitos en diferentes estados de diferenciación. Debido a que el tejido linfático circula a través de todo el cuerpo, el linfoma de Hodgkin puede iniciarse casi en cualquier parte del cuerpo y diseminarse a casi cualquier tejido u órgano del cuerpo Las células presentes para el diagnostico es de Reed-Sternberg. Los linfomas se dividen en dos tipos generales, linfoma de Hodgkin y linfoma no Hodgkin. **Caso Clínico**: Paciente escolar de 9 años de edad, de sexo masculino, conocido hiper reactor bronquial en tratamiento, ingresa a nuestro servicio el 27 de mayo de 2015, con historia de: Tos de 8 días de evolución Fiebre de 4 días de evolución. Dificultad respiratoria de 3 días de evolución Niega otros síntomas acompañantes. Examen físico llama la atención adenomegalias palpables. Los estudios complementarios (TAC DE TORAX) se observa proceso neoplasico intratoracico posterior, se realiza biopsia de ganglio supraclavicular, que informa Linfoma De Hodking, esclerosis nodular. **Comentarios:** Los linfomas son la tercera neoplasia más frecuente en la edad pediátrica, por detrás de las leucemias y los tumores del sistema nervioso central. Los retos para el futuro son la mejora de las tasas de curación y la disminución de los efectos secundarios.

75. Características clínicas y evolución de pacientes inmunosuprimidos con Fiebre Dengue (FD) en un hospital pediátrico

Benítez M, Noguera J, Talavera G.
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñú.

Introducción: El Dengue es una enfermedad endémica en el país y puede causar cuadro severo en pacientes con inmunosupresión con neoplasias malignas. **Objetivos:** Determinar características clínicas y evolución de pacientes con neoplasias malignas activas con diagnóstico de FD del Departamento de Oncología. **Material y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de corte trasverso. Se incluyeron historias clínicas de pacientes con neoplasias malignas en tratamiento, con diagnóstico de FD desde enero a junio de 2016. Variables: edad, sexo, procedencia, neoplasia, tiempo desde inicio de síntomas y diagnóstico, tiempo entre inicio de síntomas y última quimioterapia, síntomas, laboratorio, complicaciones, requerimiento UTI, requerimiento de transfusiones, días de hospitalización, estado al alta. Datos analizados con SPSSv21 utilizando estadística descriptiva, se consideró un error alfa <5%. Aprobado por el Comité de ética con liberación de consentimiento informado. **Resultados**: Fueron incluidos 7 pacientes con diagnóstico de FD, sexo femenino 57%(4/7), la media de edad fue 10,4±4,9años; la mayoría del área metropolitana. Neoplasias: Leucemia Linfoblastica Aguda (2/7), Linfoma de Hodgkin (2/7) Rabdomiosarcoma testicular (1/7), Tumor de células germinales (1/7).Tiempo desde inicio de síntomas y diagnóstico: Media 2±1,1días. Tiempo entre inicio de síntomas y última quimioterapia: media 5,8±2,7días. Síntomas más frecuentes: mialgias 100%(7/7), Fiebre 85% (6/7). Todos con NS1 y serología para dengue+. Leucocitos al ingreso: Media 2865±1063; neutrófilos 764±367; hematocrito 42±3,4; plaquetas 100000±27700. Complicaciones: fuga capilar 71,5%(5/7). Ningún paciente requirió UTI ni transfusión. Días de internación: media 5,4±0,9. Ningún fallecido. **Conclusiones**: Más de la mitad de los pacientes presentaron complicaciones pero ninguno requirió UTI ni trasfusiones y ningún paciente fallecido.

76. Eosinofilia en neonatos: causas probables

Delgado R, Rivarola M, Samudio G, Riveros M.
Servicio de Neonatología. Hospital Nacional de Itauguá.

Introducción: La eosinofilia es el aumento de eosinófilos por encima de 700 células/mm3. Las causas más comunes son las infecciones por helmintos y atopía. La eosinofilia se clasifica en leve, moderada y severa. **Objetivo:** Determinar la probable causa de eosinofilia en neonatos internados en el servicio de Neonatología del Hospital Nacional de Itauguá **Material y Método**: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transverso de enero a junio 2011. **Resultados:** La población neonatal fue de 388 pacientes, con eosinofilia en 60 (15,5%), predominio en sexo masculino 38 (63%), RNPT 40 (67 %), AEGl 15(25%), la mayoría presentó eosinofilia leve 32 (54%), el 62% tenían diagnóstico de infección, de los cuales 51%

correspondían a IACS, 43% a sepsis neonatal precoz, y 6% a Lues connatal, retornaron hemocultivos 22(59%) negativos y 15(41%) positivos. Los antibióticos fueron Vancomicina en 21 casos Ampicilina 11, Ciprofloxacina 10, Gentamicina 9, Meropenen 3, Cefotaxima 3, Penicilina 2 y Ceftazidima1.De los pacientes con patologías no infecciosas 78% presentaron Síndrome de Distrés Respiratorio. De los 5 neonatos restantes 3 fueron internados por prematurez (RNpT) y 2 por hiperbilirrubinemia. C**onclusión:** La prevalencia de eosinofilia fue del 15,5%.Los hallazgos asociados fueron patologías infecciosas,(Gram positivos) y uso de antibióticos. Las no infecciosas fueron síndrome de distrés respiratorio , malformaciones, nutrición parenteral y transfusión de glóbulos rojos concentrados. Se observó con más frecuencia en RNpT/AEG. La eosinofilia leve fue la de hallazgo más frecuente.

77. Hepatoblastoma: casos clínicos

Flecha Sosa L, Montoya C, Ayala E, Figueredo Thiel SJ.
Cátedra de Anatomía Patológica. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción.

Introducción: El hepatoblastoma es un tumor embrionario raro, es el tumor hepático maligno más frecuente en pediatría. En los EEUU se presenta 1caso/1.000.000/habitantes, correspondiendo al 1% de los tumores pediátricos. Su pico de presentación es en los primeros 2 años de vida. En su mayoría son esporádicos, aunque pueden asociarse a síndromes familiares, desordenes metabólicos y factores predisponentes como prematuros extremos y bajo peso al nacer. Con la resección completa del tumor, acompañado de quimioterapia neoadyuvante la sobrevida es del 70% a 5 años. **Objetivo:** Presentar dos casos de este tumor poco frecuente. **Casos clínicos:** Lactantes varones, de 10 meses y 1 año 8 meses con masa tumoral hepática, alfa feto proteína elevada en sangre, ambos con diagnostico anatomopatológico de Hepatoblastoma de tipo epitelial fetal en la primera biopsia. Son tratados con neoadyuvancia. El estudio del espécimen de resección posterior, en uno de los casos presento Hepatoblastoma mixto de tipo epitelial fetal y mesénquimal, y en el otro fue de tipo epitelial fetal puro, ambos con márgenes quirúrgicos comprometidos y reducción de la neoplasia de más del 70%. **Conclusión:** El hepatoblastoma es una neoplasia poco frecuente que debe tenerse en cuenta entre los diagnósticos diferenciales abdominales de la infancia, después del neuroblastoma y nefroblastoma. En estos casos se observó una gran reducción histológica de la neoplasia pos quimioterapia.

78. Leucemia Linfoblastica aguda-tipo T (segunda neoplasia) en escolar de 11 años con el diagnóstico de Linfoma de Hodgkin 7 años atrás. A propósito de un caso

Almada, N, Centurión Y, Lezcano V, Brizuela ES, Batista J.
Sala de Onco-Hematología Pediátrica del Hospital Central Instituto de Previsión Social Dr. Emilio Cubas

Introducción: Los pacientes tratados por enfermedad de Hodgkin tienen un riesgo aumentado de desarrollar mielodisplasia secundaria y leucemias agudas. Análisis actuales han indicado riesgo de desarrollar leucemia entre 2-11% en un plazo de 10 años. No se ha observado riesgo aumentado de leucemias en pacientes tratados con régimen de quimioterapia como ABVD. **Caso clínico:** Paciente escolar masculino de 11 años con Diagnóstico de Linfoma de Hodgkin variedad celularidad mixta estadío IIIA, en febrero del 2010(a los 4 años de edad) Recibió esquema ABVD 6 ciclos, sin radioterapia, dado de alta en septiembre del 2015, ingresa con historia de epistaxis, petequias y equímosis 24 hs antes del ingreso. Acude con facultativo donde le realizan estudios laboratoriales con retorno de hemograma GB: 145.000 Elementos jóvenes 80%, lo derivan para mejor manejo y tratamiento. Ingresa en buen estado general, lúcido Eupneico, Piel: se observan petequias de distribución universal. Ganglios: se palpan en región cervical lateral bilateral de 1cm de diámetro, no dolorosos. Resto del examen físico: sin particularidades. A las 24hs del ingreso, se realiza hemograma que informa: GB: 194.760 BLASTOS: 90% N: 8% L: 1% HB: 10 HTO: 29,9 PLAQ: 100.000.Informe de PAMO LLA (100% blastos) y citometría de flujo: Leucemia Aguda linfoblástica precursora T CD10 positiva. **Discusión:** Los pacientes que recibieron tratamiento para el linfoma de Hodgkin tienen más riesgo de padecer segundas neoplasias como efecto tardío secundario a la quimioterapia y radioterapia; en especial, cáncer de mama, cáncer de pulmón, leucemia mieloide aguda o linfoma no Hodgkin.

79. Leucemia mieloide crónica en paciente pediátrico. A propósito de un caso

Brizuela S, Almada N, Centurión Y, Lezcano V, Rivarola M, Batista J.
Servicio de Onco-hematología Pediátrica del Hospital Central Instituto de Previsión Social "Dr. Emilio Cubas"

Introducción: La leucemia mieloide crónica es un síndrome mieloproliferativo crónico de naturaleza clonal, originada en la célula madre, que resulta en

un excesivo número de células mieloides en todos los estadios de maduración. Fue la primera enfermedad maligna en que se demostró una anomalía genética adquirida. **Caso clínico:** Paciente adolescente de 15 años, previamente sana, acude para realización de estudios de inspección médica y ante hallazgo de hemograma con hiperleucositosis. Ingresa en buen estado general, lúcido, Al examen físico. Abdomen: globuloso, blando, se palpa bazo a 24 cm del RCI y diámetro transversal de 20cm, atravesando la línea media y se palpa hígado a 3cm del RCD. Resto del examen físico: sin particularidades. Se realiza HMG por hematología que informa: GB: 355.000 N: 17% L: 4% E: 6% B: 12% N en banda: 6% Metamieloc: 10% Mieloc: 16% Promieloc: 15% Blastos: 12% Proeosinófilos: 2% Hb: 8,4 Hto: 27,1 Plaq: 320.000. Se realiza PAMO y BOM,se envía material para citogenética y biología molecular. Y se inicia hidroxiurea y medidas antilisis tumoral. **Discusión:** La LMC es un trastorno clonal del tejido hematopoyético y representa el 2-3% de los casos de leucemias en la infancia, un 99% de las cuales presenta una translocación específica, t(9;22)(q34;q11)que se denomina cromosoma Filadelfia, que origina una proteína de fusión BRC-ABL. El diagnóstico debe sospecharse ante la presencia de cifras elevada de leucocitos en todos los estadios de diferenciación tanto en sangre periférica y médula ósea y se confirma con estudios de citogenética y biología molecular.

80. Leucemia mieloide crónica pediátrica en crisis blastica linfoide. Caso clínico

Benítez ML, Figueredo S.
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu. Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud

Introducción: La leucemia mieloide crónica es poco frecuente en pediatría (incidencia de 0,6-1,2/ millón de niños/ año), edad media de presentación de 11 años con recuento leucocitario alto. Presenta la translocación t(9;22)(q34;q11) o cromosoma Filadelfia y expresa el gen de fusión BCR-ABL1 en células leucémicas con sitio de rotura generalmente en los exones 13, 14 o 15 y proteína resultante P210. **Caso Clínico**: Femenino, 11 años con crecimiento abdominal, decaimiento generalizado de dos meses de evolución, fiebre de cuatro días y disnea. Hiperleucocitosis de 245.000 leucocitos/uL con presencia de hematopoyesis granulocítica precursora en sangre periférica sin blastos. Aspirado medular con hiperplasia granulocítica marcada y 57% de blastos con inmunofenotipo linfoblástico precursor B CD10+. Se realiza esquema quimioterápico correspondiente lográndose remisión de la crisis blástica. Persiste leucocitosis, a predominio granulocítico con presencia de formas precursoras, planteándose de diagnóstico de neoplasia mieloproliferativa crónica en crisis blástica. El estudio molecular para el transcripto BCR-ABL1 fue positivo para la isoforma b3a2 (p210), confirmando el diagnóstico de Leucemia Mieloide Crónica. Se continúa tratamiento agregando Imatinib. **Discusión:** Caso poco frecuente de presentación pediátrica de Leucemia Mieloide Crónica en crisis blástica linfoblástica y estudio molecular BCR-ABL+ isoforma b3a2 (p210) de base típico de Leucemia Mieloide Crónica. Otras leucemias como la linfoblástica aguda, la más frecuente en pediatría, pueden presentar esta translocación sólo en un 2-3% de los casos y se describe que comúnmente afectan el intrón 1 con la proteína resultante P190 en estos casos.

81. Lipoblastoma: el menos conocido de los tumores infantiles

Estigarribia R, Matsumura K.
Hospital Central IPS. Servicio de cirugía infantil.

Introducción: El lipoblastoma es una neoplasia benigna que afecta al tejido graso, infrecuente. Deriva del tejido adiposo embrionario y forma masas de consistencia blanda, lobulada rodeada por una capsula. Puede presentarse de forma localizada o difusa. **Caso Clínico:** Paciente de 4 años de sexo femenino, consulta por cuadro de 1 mes de evolución de distensión abdominal progresiva, disminución de la ingesta alimentaria, vómitos, constipación y decaimiento del estado general. Al examen físico presenta distensión abdominal, masa solida elástica, poco depresible, límites definidos, y atenuación de los ruidos hidroaereos. Ecografía abdominal que informa masa solida que ocupa gran parte del abdomen. La tomografía informaba formación intraabdominal, de aspecto lipomatoso, de 25 cm, con desplazamiento de órganos, sin compromiso de los grandes vasos. Se realizo laparotomía constatándose tumoración intraabdominal adherida al mesenterio, comprimiendo asas delgadas y colonicas, procediéndose a exceresis total de la tumoración. Informe anatomopatologico fue de tumor lobulado de estirpe adiposa, fina vascularización con vasos delgados, no se observa atipias ni mitosis rodeado en sectores por capsula de tejido conectivo delgado compatible con lipoblastoma de tipo clásico. Tuvo buena evolución postoperatoria. Alta al 6°dia. En seguimiento de 20 meses la paciente se encuentra asintomática, con una ecografía normal. **Discusión:** Teniendo en cuenta la baja frecuencia de esta afección y su inusual

presentación, se reporta el caso de la paciente, para considerarlo dentro del diagnostico diferencial de masa abdominal en un niño.

82. Logro de metas terapéuticas en pacientes con Enfermedad de Gaucher tratados con Imiglucerasa

Mattio I, Zelada O, Servin J, Aponte S, Bernal R, Figueredo D, Samudio A.
Departamento de Hemato-Oncología Pediátrica – Hospital de Clínicas - Facultad de Ciencias Médicas – U.N.A.

Introducción: La Enfermedad de Gaucher (EG), es un padecimiento crónico, progresivo y multisistémico Los pacientes con EG pueden presentar: esplenomegalia, trombocitopenia, anemia, alteraciones óseas, retraso del crecimiento, compromiso pulmonar y una calidad de vida disminuida. La Terapia de Reemplazo Enzimático (TRE) ha mejorado la calidad de vida de éstos pacientes, debiendo ser realizada de por vida. Los objetivos principales del tratamiento son: incrementar los niveles de hemoglobina y el recuento plaquetario, reducir los volúmenes hepático y esplénico, eliminar el dolor óseo, evitar las crisis óseas y la osteonecrosis, mejorar la función física y la calidad de vida. **Objetivos:** Evaluar las metas terapéuticas logradas por los pacientes pediátricos con EG a los 12 meses de haber recibido TRE, en el Departamento de Hemato-oncología pediátrica del Hospital de Clínicas. **Material y Métodos:** Estudio observacional, analítico, retrospectivo, mediante la revisión de expedientes clínicos de doce pacientes con el diagnóstico de EG en los últimos 10 años (enero de 2006 a agosto de 2016). **Resultados:** En el periodo de estudio fueron diagnosticados 12 pacientes con Enfermedad de Gaucher. 11/12 pacientes son evaluables (por lo menos 12 meses de TRE). En cuanto a las metas hematológicas 9/11 pacientes lograron las metas hematológicas. 10/11 lograron las metas en cuanto a visceromegalias, 11/11 lograron la remisión del dolor óseo. **Conclusiones:** El logro de las metas terapéuticas se produjo en la mayoría de los pacientes. Se debe evaluar la adherencia al tratamiento en aquellos que no alcanzaron las metas terapéuticas.

83. Presencia del Gen MLL – AF4 como indicador de comportamiento en las Leucemias Linfoblásticas Agudas

Aponte S, Ayala A, Zelada O, Mattio I, Figueredo D, Servín J, Bernal R, Samudio A.
Departamento de Hemato – Oncología Pediátrica. Hospital de Clínicas. FCM – UNA

Introducción: La Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) es la neoplasia más común en niños. Constituye el 25% de todos los cánceres en la edad pediátrica, y el 75% de los casos de leucemia en la infancia. Actualmente el estudio de las distintas alteraciones genético-moleculares le confieren a esta entidad diferentes formas de presentación y respuesta al tratamiento, que reflejan su diversidad biológica. Aproximadamente el 5% de los pacientes con LLA y el 70% de los lactantes tienen reordenamientos en la región 11q23 (t 4;11) o Gen MLL-AF4, que va asociado a hiperleucocitosis y a un mal pronóstico (sobrevida del 10%). **Casos Clínicos:** Paciente N°1: femenino, 1 año de edad, con recuento de Glóbulos Blancos (GB) al diagnóstico de 50600/mm3, Médula Ósea (MO): 100% de blastos linfoides, Inmunofenotipaje: LLA pro B. Biología Molecular: detección del Gen MLL (t4;11). Categorización grupo de riesgo: Alto. Comportamiento: falla en la inducción. Actualmente en fase de Mantenimiento Final. Paciente N°2: femenino, 7 años de edad, GB al diagnóstico 70000/mm3, MO: 40% de blastos linfoides. Inmunofenotipaje: LLA pro B. Biología Molecular: detección del Gen MML (t 4;11). Categorización grupo de riesgo: Alto. Comportamiento: buena respuesta a la prednisona - Remisión en la inducción. Actualmente con Recaída temprana en MO. **Discusión:** La literatura describe la presencia de este reordenamiento genético típicamente en los menores de 1 año, sin embargo se ha detectado en estos pacientes con grupos etarios distintos, pero no difieren del comportamiento agresivo esperado en este grupo de leucemias.

84. Presentaciones agudas quiste de ovario en menores de 3 meses

Estigarribia R, Espinola C, Schaerer C.
Servicio de Cirugía Infantil IPS Central

Introducción: La formación de quistes abdominales en recién nacidos es relativamente común, la mayoría son pequeños y de resolución espontánea. El índice de malignidad es bajo. La cirugía debe ser conservadora. **Caso clínico 1:** Paciente de 1 día con tumoración en hemiabdomen inferior móvil. Ecografía imagen quística paaraovarica derecha de 9 cm de diámetro. Se realiza cirugía constatándose quiste de ovario torcido, procediéndose Anexoofo-rectomia derecha. Anatomía patológica informa Quiste Folicular Congénito. **Caso clínico 2:** Paciente de 3 días consulta por distensión abdominal y vómitos, abdomen distendido, tenso, doloroso, con diagnóstico: obstrucción intestinal se realiza laparotomía constatándose tumoración quística de ovario derecho,

12 cm, torcida, englobando segmento de asas delgadas necrosada. Se realiza Anexooforectomia derecha, resección intestinal, anastomosis yeyuno ileal. Anatomía patológica informa: Cavidad de pared fibrosa con áreas de calcificación distrófica y cambios de hemorragia reciente y antigua, infarto intestinal hemorrágico transmural. **Caso clínico 3:** Paciente de 3 meses consulta por vómitos incoercibles e irritabilidad. Radiografía con niveles hidroaereos. Ecografía: imagen de pseudoriñon. Se realiza cirugía constatándose tumoración en FII de 3 cm, solida, negruzca, de probable origen anexial. Se realiza excéresis de la tumoración. La anatomía patológica: Parénquima de trompa uterina izquierda con cambios vasculares secundarios a torsión. **Comentarios**: Los quistes de ovarios prenatales y neonatales generalmente regresan en forma espontánea, por lo que la conducta debe ser expectante, siempre teniendo en cuenta las posibles complicaciones.

85. Tumores orbitarios en pacientes pediátricos

Figueredo D, **Aponte S**, Zelada O, Mattio I, Ayala A, Samudio A.

Departamento de Hemato-Oncología Pediátrica (HOPe) – Hospital de Clínicas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción

Introducción: Los tumores orbitarios son poco frecuentes en pediatría. La mayoría son benignos, el porcentaje de tumores malignos reportados en la literatura varía entre el 10,6 % y el 24%. Estos pueden ser primarios de la órbita, infiltrarla por contigüidad o bien como metástasis de cánceres de otras localizaciones. Conocer los diagnósticos diferenciales, dada la considerable morbilidad que puede estar asociada a tumores de esta localización es importante para el pediatra para lograr un diagnóstico y tratamiento adecuado. **Objetivos:** Describir los tumores orbitarios diagnosticados en el Departamento de Hemato-Oncología Pediátrica del Hospital de Clínicas de la FCM de la UNA entre enero de 2008 y junio de 2016. **Material y Métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo de corte trasverso. **Resultados:** fueron diagnosticados 17 pacientes con tumores orbitarios. La edad media de los pacientes fue de 6 años. El tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico fue de 72 días. Proptosis fue el síntoma inicial en 12/17 pacientes. Fueron tumores orbitarios primarios 11 (64,7%) (5 Retinoblastomas extraoculares; 3 Rabdomiosarcomas, 2 Gliomas del Nervio Óptico; 1 Sarcoma de Ewing). Metástasis a distancia de tumores de otra localización 4 (23,5%). Mientras que fueron invasiones por contigüidad de la órbita 2 (11,8%). **Conclusiones:** Los tumores orbitarios pueden aparecer en cualquier etapa de la vida del niño. Mientras que en otras series de casos el Rabdomiosarcoma es más frecuente, la extensión a la órbita de los Retinoblastomas fue más frecuente en nuestros pacientes, resaltando la importancia del diagnóstico precoz.

86. Leucemias agudas en la sala de Hemato-Oncologia Pediátrica del Hospital Central del Instituto de Previsión Social desde abril 2011 hasta agosto del 2016

Brizuela S, Almada N, Garozzo O, Rivarola M, Batista J, Valdes L, Centurión Y, Lezcano V, Kim V, Lezcano E.

Sala de Onco-hematología Pediátrica del Hospital Central Instituto de Previsión Social "Dr. Emilio Cubas"

Introducción: Como sabemos la leucemia representa la primera causa de cáncer en el infancia representa aproximadamente al 37% de las neoplasias en niños menores de 15 años. Pueden clasificarse en Linfoblásticas (LLA) y Mieloblásticas, (LMA) de acuerdo con las características morfológicas, inmunofenotipicas y de genética de los blastos. Con este trabajo queremos mostrar la experiencia hasta la fecha en nuestro servicio. **Objetivos:** Mostrar la experiencia en leucemias en el Instituto de Previsión Social, determinar el sexo más prevalente y el grupo etario predominante. Clasificar los tipos de leucemias y la cantidad de casos en cada tipo. Determinar el abandono, los fallecidos, los que continúan en tratamiento así como los que se trasladaron. **Material y Métodos:** Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo, fueron analizados 77 niños de 0 a 15 años desde abril 2011 a agosto 2016. **Resultados:** Los resultados obtenidos son: número de pacientes 77 (100%) en el 2011 (17%), 2012 (11%), 2013 (22%),2014 (12%), 2015 (21%), 2016 (17%), el sexo más afectado es el masculino (66%); el grupo etario predominante, de 2 a 5 años (45%); de estos corresponden a pacientes vivos (73%) fallecidos (22%),trasladados (5%),abandono de tratamiento(1,2%) se diagnosticaron 70 casos de Leucemia linfoblastica aguda(91%) y 7 pacientes con Leucemia mieloide aguda (7 %). **Conclusiones.** La leucemia linfoblástica aguda es el tipo de cáncer más frecuente en la edad pediátrica y representa el 23% de los diagnósticos de cáncer en menores de 15 años según la literatura, Es muy importante la caracterización de los tipos de leucemia para establecer el tratamiento específico.

87. Prevalencia de Eosinofilia de hallazgo incidental en niños de comunidad rural

Desvars P, Avalos DS, Galeano A, Benítez Leite S, Campuzano A.
Hospital de Clínicas. FCM UNA.

Introducción: La eosinofilia, es una reacción inmunológica que se asocia clínicamente a infestaciones por parásitos helmintos, reacciones alérgicas, enfermedades del tejido conectivo y neoplasias. **Objetivo:** Describir la prevalencia de eosinofilia en sangre periférica en niños que viven en una comunidad rural expuestos a plaguicidas. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo, transversal, prospectivo como parte de una investigación más amplia para determinar si existe daño al ADN (a través del Ensayo Cometa y test micro-núcleos) y su relación a exposiciones a plaguicidas en niños de ambos sexos de 4 a 10 años que habitan la zona rural de la Colonia San Juan (Conacyt código:14INV 180); Departamento de Canindeyú (Py) En enero - 2016 se determinó el estado nutricional por proteninemia y peso y talla utilizando puntaje Z con el software Antro de la OMS; analítica sanguínea, perfil renal, hepático, tiroideo, colinesterasa plasmática, orina simple y heces seriadas. Se consideró anemia con valor menor a 11,5 gr de Hb. **Resultados:** incluidos 43 niños, promedio de edad: 8,1 ±1,6, el 62,8 %(27/43) masculino. Todos los niños estaban sanos al momento del examen. La prevalencia de Eosinofilia (>450 /mm3)=58,2 %(25/43), Mediana de 742 /mm3 (P25=230, P75=881). Eosinofilia >1500/mm3= 10,25% (4/43). La prevalencia de Eosinofilia no presentó diferencias entre niños con y sin parasitosis, 72,7 % y 50 % respectivamente (p=0,17; Test de Fisher). La Prevalencia de parasitosis 28,1%(11/39): *Hymenolepis nana* 5/39; Uncinarias 2/39; *Ascaris lumbricoides* 1/39; *Giardia lamblia* 4/39; un poliparasitado (*Hymenolepis nana y Giardia lamblia*). Talla/edad adecuados nutricionalmente y proteinemia normal en el 100% (43/43). El 2,3 % presentó desnutrición; 9,3 % Riesgo desnutrición; 79, 1 %Adecuado; 2,3 % Sobrepeso y 7,0 % Obesidad. Hemoglobina presentó media 12,6 ±0,7 g/dl. Anemia leve 4,7% (2/43). Perfil Tiroideo y colinesterasa plasmática normal. **Conclusión:** Este hallazgo muy llamativo, implica continuar la investigación sobre si existe o no persistencia de eosinofilia y fundamentalmente su causa, obligando además a una vigilancia de salud comunitaria.

88. Purpura trombocitopenica crónica. Experiencia en el departamento de hemato-oncologia pediátrica del Hospital de Clínicas. Periodo 2005 – 2015

Samudio A, Mattio I, **Bernal R.**
Hospital de Clínicas. FCM UNA. Departamento de Hemato Oncología Pediátrica

Introducción: La púrpura trombocitopénica inmune (PTI) es una enfermedad caracterizada por una disminución aislada de la cifra de plaquetas por debajo de 100.000/µl, en ausencia de una causa desencadenante de la trombocitopenia. Por definición el paciente con cuentas plaquetarias menores a 100 000/mm3 por más de 12 meses se clasifica como púrpura crónica. El tratamiento de las PTI crónicas es complejo y se plantean diferentes alternativas médicas o quirúrgicas. **Objetivo:** Determinar la prevalencia, clínica y respuesta terapéutica de pacientes con diagnóstico de Púrpura Trombocitopénica Crónica, en niños del Departamento de Hemato-oncología pediátrica del Hospital de Clínicas, desde enero de 2005 hasta enero de 2015. **Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo, de corte transversal. **Resultados:** Hubo 266 pacientes con diagnóstico de PTI; 232 (87,2%) fueron púrpuras agudas y 34(12,8%) púrpuras crónicas. Las opciones de tratamiento fueron: corticoides en el 100%. Los 34 pacientes (100%) recibieron Prednisona; 7 pacientes (20,5%) dexametasona; 7 pacientes (20,5%) Metilprednisolona; 8 pacientes (23,5%) Vincristina; 9 pacientes (26,5%) Inmunoglobulina; 6 pacientes (18%) fueron esplenectomizados; y 1 paciente (3%) recibió Rituximab.Con respecto a la respuesta terapéutica: 17 pacientes (50%) alcanzaron la remisión completa; 15 pacientes (44%) remisión parcial y 2 pacientes (6%) ausencia de respuesta. **Conclusión:** De los pacientes estudiados una minoría correspondió a purpuras crónicas y prevalece el tratamiento con corticoides. La respuesta terapéutica fue remisión completa en la mitad de los pacientes estudiados, otros tuvieron remisión parcial y unas pocas presentaron ausencia de respuesta.

89. Tumor de Células Germinales. Experiencia en un centro de referencia

Ocampo D, Figueredo D, Samudio A
Hospital de Clínicas. FCM UNA. Departamento de Hemato Oncología Pediátrica

Introducción: Los tumores de Células Germinales (TCG) son un grupo heterogéneo de neoplasias, que afectan a la infancia y adolescencia con una frecuencia de 0.5 a 3% de todas las neoplasias infantiles. **Objetivos:** Determinar las características epidemiológicas, clínicas e histopatológicas de los pacientes con diagnóstico de TCG. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo sobre los casos de TCG en menores de 18 años, registrados entre enero de 2008 y diciembre de 2015. Los datos que fueron analizados en Microsoft Excel.

Resultados: Se evaluaron 35 pacientes; relación hombre: mujer fue 1:1.3. Con presentación bimodal, de 0 a 5 años (43%) y de 11 a 18 años (34%). La localización primaria predominante fue la gonadal (69%). El diagnóstico histopatológico predominante fue la de teratoma seguido de seno endodérmico. La alfafetoproteína fue el marcador predominante, de preferencia en seno endodérmico. El tratamiento quirúrgico predomina para tumores gonadales. Las pacientes de sexo femenino con tumores gonadales se encuentran en remisión. De las seis pacientes con tumores extragonadales, tres se encuentran en remisión, una en tratamiento y dos no reciben tratamiento por decisión de la familia. En cambio, de los 10 varones con tumores gonadales, el 90% se encuentra en remisión y se registra un óbito de tipo seno endodérmico por recaída con metástasis abdominal; y de los 5 pacientes con tumores extragondales, dos se encuentran recibiendo tratamiento, de los cuales uno presenta recaída en SNC y el resto en remisión. **Conclusiones:** Los TCG son más frecuentes en el sexo femenino, con una presentación etaria bimodal. La tumoración abdominal junto con la tumoración testicular fueron los motivos de consultas más frecuentes en hombres y mujeres.. El tratamiento predominante fue la resección quirúrgica, en ocasiones combinado con quimioterapia (cisplatino, bleomicina y etopóside).

90. Estudio de marcadores moleculares como factores pronósticos en leucemias infantiles

Ayala-Lugo A[1,2], Zelada O[1], Figueredo D[1], Jolly V[2], Franco L[2], Mattio I[1], Irupé S[1], Servín J[1], Bernal R[1], Samudio A[1].

[1]**Departamento de Hemato Oncología Pediátrica (HoPE). Hospital de Clínicas-FCM–UNA.**

[2]**Laboratorio de Genética Molecular. Departamento de Genética. Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud (IICS). UNA.**

Introducción: La leucemia es el cáncer más común en pediatría. El tratamiento de estas enfermedades se fundamenta en la estratificación de los pacientes en grupos de riesgo de acuerdo a: 1. Parámetros clínicos y biológicos y 2. La respuesta al tratamiento. Entre los parámetros biológicos de mayor importancia se encuentra la presencia de anomalías genéticas y/o rearreglos génicos también llamados marcadores moleculares que se constituyen como uno de los factores pronósticos más consistentes y decisivos para el tratamiento del paciente. **Objetivo:** Estudiar los marcadores moleculares de las leucemias infantiles como factores pronósticos de riesgo. **Material y Métodos:** Fueron incluidos pacientes pediátricos que acudieron al Departamento de Hemato-Oncología Pediátrica FCM-UNA con diagnóstico de leucemia entre julio del 2014 hasta julio del 2016. El diagnóstico se realizó por citomorfología e inmunofenotipo. Para la detección de los marcadores moleculares se estudió la presencia de los rearreglos génicos TEL- AML1, BCR-ABL p190, MLL-AF4 Y E2A-PBX, PML-RARA, AML1-ETO, CBFB-MYH11, BCR-ABL p210 mediante la técnica RT-PCR. **Resultados:** 120 pacientes con diagnóstico de leucemia fueron estudiados. El 39 % de los pacientes presentó algún rearreglo génico. El 22% para TEL-AML1, 2% para BCR-ABL1p190, 3% para E2A-PBX, 2% para MLL-AF4, 4% PML-RARA, 2% AML1-ETO y 4% BCR-ABL1P210. **Discusión**: El presente trabajo es el primero en nuestro país que estudia marcadores moleculares en leucemias pediátricas. Esperamos que su desarrollo contribuya a la implementación de protocolos clínicos de tratamiento, donde la determinación de las alteraciones genéticas al momento del diagnóstico facilite el tratamiento del paciente.

INFECTOLOGÍA

91. A propósito de un caso Síndrome Compartimental por accidente ofídico

Baez L, Villalba J, Paniagua N, DaCunha E, Samudio G. Brizuela S

Postgrado de Pediatría. Universidad Católica Nuestra Señora De La Asunción. Servicio de Pediatría. Hospital General de Barrio Obrero.

Introducción: El ofidismo es un síndrome resultante de la inoculación de sustancias venenosas por parte de las serpientes; la evolución y gravedad dependen de las características del veneno, el inoculo, así como el tratamiento adecuado y oportuno. Estos accidentes constituyen eventos muy frecuentes en países tropicales como el nuestro y habitualmente son motivos de consultas e internaciones. El accidente ofídico representa una problemática en salud pública considerando la morbilidad que produce el grupo de personas afectadas y el costo de los SAO. **Caso Clínico:** Paciente adolescente de sexo masculino procedente de Caaguazú remitido del Centro de Emergencias Médicas con historia pre hospitalaria de tumefacción de miembro superior izquierdo posterior a mordedura de serpiente en

dorso de mano izquierda, que paciente reconoce como *Jarara*, de 24hs de evolución que posteriormente presenta edema y aparición de parestesia. Acude a centro de salud donde recibe SAO y es trasladado al hospital del trauma, donde es evaluado por cirugía vascular constatándose síndrome compartimental en mano izquierda por lo que requiere de una fasciotomía, la cual sumada a antibioticoterapia endovenosa, logran una muy buena evolución de la lesión. **Comentario:** Debido a la variedad de formas de presentación del cuadro clínico, se debería tener presente las diversas complicaciones, para un tratamiento oportuno y efectivo, evitando o disminuyendo así la morbilidad, secuelas e incluso la muerte.

92. A propósito de un caso "Encefalitis por Dengue"

Leguizamón E, Fariña E, Baruja F, Irala C.
Hospital Nacional de Itaugua, Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos.

Introducción: El dengue tiene un espectro de presentaciones clínicas, se acepta el carácter neurotrópico del virus, ocasionando encefalopatía inespecífica (cefalea, vértigo, somnolencia), encefalitis aguda específica (confusión, letargia, alteraciones del sensorio, convulsiones, meningismo) y encefalitis pos-infecciosa (SGB, síndrome cerebeloso, mielitis transversa, mono-neuropatía, poli-neuropatía, síndrome de hiperactividad). **Caso Clínico**: Preescolar de 2 años, masculino, procedente de Capiatá, refería fiebre, rinorrea, tos, inyección conjuntival de 3 días, diagnosticado con Dengue (NS1 positivo en sangre por ELISA) y tratado ambulatoriamente. Al 4to día presentó deterioro del sensorio con episodio convulsivo, recibió soporte respiratorio y fue remitido a nuestro centro. Presentó signos de shock, requirió fluido-terapia, drogas inotrópicas, sedación y ARM. Presentó hepatomegalia, transaminasas elevadas, por ecografía vesícula de paredes engrosadas y líquido libre en cavidad abdominal. Hematológicamente leucopenia y trombocitopenia. Resultados de RT-PCR DENV-1 en sangre al 4to día de enfermedad; IgM Dengue al 7mo día POSITIVO; LCR al 6to día de enfermedad con NS1 por ELISA POSITIVO/ RT-PCR DENV-1. TAC de cráneo con hipo-densidad bilateral a nivel de núcleos de la base y tálamo. Al alta con deterioro llamativo, hipertonía marcada de miembros, pies en equino, manos flexionadas, lenguaje ininteligible, mirada fija, conexión con el medio, tratamiento con fenobarbital, en seguimiento por neurología infantil, fisioterapia y estimulación. **Comentarios:** En el dengue grave, la encefalitis por el mismo virus debe ser descartada, a fin de optimizar el manejo de líquidos y evitar, en lo posible, el daño neurológico.

93. A propósito de un caso "Leptospirosis"

Leguizamón E, Aquino J, Alfonso J.
Hospital Nacional de Itaugua, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

Introducción: La leptospirosis es una zoonosis de mantenida vigencia sobre todo en países tropicales. Sus formas clínicas van de leve a severa, siendo potencialmente letal. Es una patología sub-diagnosticada, con múltiples manifestaciones clínicas, en la cual se piensa poco y para cuyo agente hay importantes reservorios en nuestro país. **Caso Clínico**: Adolescente de 15 años de edad, sexo masculino, procedente de Lambaré (zona de inundaciones), con antecedentes de Fiebre, Vómitos, Dolor abdominal e Ictericia de 6 días. Ingresó con signos de shock que respondió a fluidos, presentaba hepatomegalia, ictericia, enzimas hepáticas elevadas, amilasa y lipasa aumentadas, hiperbilirrubinemia a predominio de la fracción conjugada. Inició Ciprofloxacina y Metronidazol ante probable colangitis. Se realizó ecocardiografía (normal) y ecografía abdominal con hepatomegalia, vías biliares no dilatadas, vesícula biliar distendida con litiasis de 8 mm. Colangiopancreatografía retrograda endoscópica evidenció vía biliar de tamaño conservado, vías biliares intrahepáticas no dilatadas, drenaje de bilis clara. Se realizó pesquisa para Dengue, Hepatitis, Sífilis, Leishmaniosis, Enfermedad de Chagas, HIV y Citomegalovirus todos con resultado negativo. Atendiendo a datos clínicos, laboratoriales y socioeconómicos del paciente, se realizó Ac-Leptospira IgM POSITIVO. Recibió en ese contexto Amoxicilina+Sulbactan por 14 días presentando buena respuesta clínica y laboratorial. **Comentarios**: Ante un cuadro febril persistente en pacientes de situación socioeconómica baja, proveniente de zona de inundaciones, en países como el nuestro, debe plantearse un abanico de diagnósticos diferenciales de enfermedades tropicales, donde se hace necesario incluir la leptospirosis, ya que el diagnóstico temprano podría permitir acciones que prevengan o contengan brotes en la comunidad.

94. Absceso pulmonar en pacientes pediátricos inmunocompetentes. Reporte de casos

Samudio DG, Ortiz CLM, Coronel J, **Centurión I.**
Servicio de Pediatría Hospital General Barrio Obrero. Departamento de Pediatría Hospital Nacional de Itaugua. Posgrados de Pediatra de la Universidad Católica de Asunción. Posgrados de Pediatra de la Universidad Católica de Villa Rica

Introducción: El absceso pulmonar (AP) es una patología rara en pediatría pero representa un grave problema clínico, su incidencia y prevalencia no ha sido establecida. Existen pocos reportes en la literatura. **Objetivo:** Describir las características clínicas, tratamiento y evolución de los pacientes con AP. **Diseño:** Observacional, descriptivo, retrospectivo, multicéntrico de reporte de casos de enero del 2010 a enero 2016. **Material y Métodos**: Menores de 18 años internados con diagnóstico de AP confirmado por tomografía. **Resultados:** Fueron incluidos 9 pacientes, 6 varones; edad promedio de 6,3 años (1-15); síntomas: fiebre, tos, dificultad respiratoria y compromiso del estado general, 55% con ATB previo al ingreso. Leucocitosis 66,6% y PCR elevada en 44,4%. Localización: 8/9 afectaron pulmón derecho: 4 casos LSD, 3 casos LMD y LID, 1 LID y 1 LMI. En 8 casos se asociaron a neumonía, y en 5 de ellos, con derrame pleural y 1 pioneumotorax como complicación. El germen aislado fue Estafilococos aureus en 33,3%. Todos curaron con tratamiento médico exclusivo. La elección antibiótica incluyo en todos los casos cobertura para SA unido a cefalosporina de tercera generación. Estadía hospitalaria promedio de 30,7 días y desaparición de las imágenes cavitarias entre 1 y 3 meses**. Conclusión**: El AP es poco frecuente, tuvo evolución favorable con resolución clínica y radiológica solo con tratamiento médico. Resolución imagenológica en 1 a 3 meses. Debe cubrirse estafilococos aureus en pacientes con absceso pulmonar en edad pediátrica.

95. Aislamiento de BAAR en líquido gástrico en tuberculosis cavitaria de un lactante menor. Reporte de caso.

Ferreira J, Martínez G, Castro H.
Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñu"

Introducción: El diagnóstico de tuberculosis en la infancia se basa habitualmente en una fuerte presunción, que surge de una suma de elementos: antecedente de contacto con foco tuberculoso, prueba de tuberculina positiva y radiografía de tórax anormal. Pero la única manera de confirmar el diagnóstico es el hallazgo del bacilo tuberculoso, lo cual es muy poco frecuente en pacientes pediátricos. La tuberculosis pulmonar cavitaria suele observarse en niños mayores y adolescentes. **Caso Clínico:** Masculino, de 10 meses, indígena, consulta por tos con movilización de secreciones de siete días. Fiebre de 4 días, no graduada y dificultad respiratoria progresiva. Ex. Físico: hipotrófico, pálido, con esfuerzo respiratorio moderado, febril, a la auscultación, crepitantes en base derecha y sibilancias en ambos campos pulmonares. Laboratorios: GB:49.590/neut.37.190/linf.11.410/hg: 8,6; PCR: mayor 96. Rx de tórax: desvío de la tráquea a la derecha, condensación con broncograma aéreo campo pulmonar medio e inferior derecho. TAC: Lesión cavitaria de bordes gruesos de 3,7 cm. de diámetro en lóbulo inferior derecho y otras 3 imágenes cavilarías por delante de la misma. PPD negativo. Cultivo (líquido gástrico): M. Tuberculosis. Epidemiologia familiar (+) Al ingreso inicia tratamiento con Cefotaxima + Clindamicinal como neumonía necrotizante y posteriomente Isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol. **Discusión:** Sabiendo que el lactante no expectora, para obtener secreciones broncopulmonares se debe recurrir a la búsqueda de bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR) en contenido gástrico, que tiene un rendimiento bajo. En niños pequeños las cavitaciones se observan en el 1,7 a 3,5 % de los casos. La baja frecuencia de esta forma de presentación en pequeños puede inducir a pensar en otros diagnósticos, no obstante deben agotarse los medios para diagnóstico en niños que pertenecen a etnias por la gran frecuencia que tiene la enfermedad en los mismos.

96. Características epidemiológicas y clínicas en pacientes < 15 años fallecidos por dengue. Paraguay 2010 - 2013.

Martínez de Cuellar C[1-2], Lovera D[1], Merlo O[1], **González N,** Arbo A[1-2].
[1]**Instituto de Medicina Tropical.** [2]**Facultad de Ciencias Médicas – UNA.**

Introducción: El dengue es la más importante enfermedad transmitida por vectores en las Américas, y en el Paraguay, observándose en los últimos 10 años un incremento sostenido de casos ambulatorios, de hospitalizaciones y muertes por dengue, afectando a todos los grupos de edad. **Objetivo:** Identificar factores asociados a la mortalidad en niños < de 15 años con diagnóstico de dengue del 2010 al 2013. **Material y Métodos:** Los datos fueron obtenidos de los boletines de epidemiología del MSP, de donde se obtuvieron las características demográficas y clínicas de todos los casos de dengue en <15 años. **Resultados:** Durante dicho periodo, se

han reportado 57.483 niños < de 14 años, requiriendo hospitalización el 12,2% (7.029/57.483). La mayor frecuencia de hospitalización se observó en el <1 año (591/3475, 17%), significativamente mayor comparado con los grupos de 1 a 4 años (6,5%) y 5 a 14 años (5687/42455. 13.4%) (p<0.00001; RR=2,51; IC 95% 2,3 –2,7). La letalidad (Nº de muertes/ Nº de casos totales) en el periodo de estudio fue de 0.055% (32/57.483), variando la letalidad anual de 0,03%, 0,05%, 1,3% y 0,05%, respectivamente en los años 2010 al 2013 respectivamente. Al analizar factores asociados con mortalidad, no hubo asociación con el sexo masculinos/femeninos de 0,059% y 0,062%, respectivamente, (*RR=0,98; IC 95% 0,7–1,4*)] ni con el tamaño de la población del distrito de residencia (letalidad en municipios <100.000 habitantes y > de 100.000 habitantes de 0,064% y 0,058% respectivamente, RR=1,09; IC 95% 0,5–2,2).; mientras que la mortalidad observada fue significativamente mayor en los <1año (p<0.001; RR=6,22, IC 95% 3–12,9) y en pacientes con patologías de base (p<0.001; RR=86,32, IC 95% 38,2–194,8). **Conclusiones:** El presente estudio muestra el gran impacto del dengue en nuestro país en términos de morbilidad y mortalidad. La identificación de factores asociados a mortalidad puede contribuir a la detección oportuna de los grupos de alto riesgo, buscando disminución de la mortalidad.

97. Características microbiológicas de las infecciones relacionadas a dispositivos invasivos en una Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica. 2014-2015.

Garay Z[1], Espínola S [1], Franco O[2], Espínola MC[3], Vega ME[1].

Unidad de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias. [1]Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. [2]Departamento de Microbiología del [3]Instituto de Previsión Social- Hospital Central.

Introducción: El laboratorio de Microbiología juega un papel fundamental en el diagnóstico etiológico y orienta en la terapéutica antimicrobiana conforme al patrón de resistencia de las cepas aisladas. **Objetivo:** Determinar los microorganismos más frecuentes en infecciones relacionadas a dispositivos invasivos y sus resistencia antimicrobiana. **Material y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal. Se incluyen a pacientes con infecciones relacionadas a dispositivos invasivos en la unidad de terapia intensiva pediátrica durante el año 2014-2015. Los datos se obtuvieron de la base de datos de la Unidad de Control de Infecciones asociadas a la atención en salud**. Resultados:** Los microorganismos en ITS-CVC: S. aureus (24%), S. epidermidis (12%), S. hominis (12%), S. coagulasa negativa (9%), A. baumannii (9%), K. pneumoniae (6%), E. cloacae (6%), P. aeruginosa (6%), S. marcescens (6%). En NEU-ARM, fueron bacilos Gram negativos y 2 casos sin cultivo, con predominio de P. aeruginosa (35%), K. pneumoniae (24%), S. marcescens (12%) A. baumannii (6 %), Acinetobacter sp (6%), y S. maltophilia (6%).E. cloacae (6%). En ITU-CUP: P. aeruginosa (36%), K. pneumoniae (18%), Cándida sp (18%) y E. coli (9%). El 33% (20/61) de los microorganismos aislados en las 3 patologías fueron multi- resistentes, de los cuales el 75% de S. aureus fue resistente a la Oxacilina, el 44% de K. pneumoniae fueron BLEE. **Conclusiones:** Se ha observado resistencia elevada del S. aureus y K. pneumoniae.

98. Caracterización de los casos de Influenza B en un servicio de emergencia pediátrico. Análisis clínico y epidemiológico.

Más M, Sánchez Varela M, Bazzino F, Suárez R, Dall'Orso P.

Hospital Británico. Montevideo, Uruguay

Introducción: Las infecciones respiratorias agudas constituyen un importante problema sanitario. Cada año el 20 % de los niños del mundo contrae gripe. Uruguay dispone de Vacuna Trivalente. Durante años se centró la atención en la infección por el virus de la Influenza A por su capacidad para producir importantes daños a la salud. La enfermedad por el virus de la influenza B es menos conocida. Seguramente existen diferencias en la clínica, patrón epidemiológico y carga de enfermedad. **Objetivo**: Aportar evidencia en el conocimiento clínico, analítico y epidemiológico de las infecciones asociadas a Influenza B, en un servicio de emergencia pediátrica. **Material y Métodos**: Estudio descriptivo, retrospectivo. Población: casos confirmados de infección por Influenza B (IB) en menores de 15 que consultaron en emergencia entre el 1/1/15 y el 30/6/16. **Resultados:** n=49. Mediana edad 2 años y 7 meses. Distribución mensual: las consultas se concentraron en primavera 2015 y otoño 2016. Clínica: Fiebre 45, media 3 días (1-8d), rinorrea 43, tos 42, decaimiento 19, polipnea 5, tiraje 3, subcrepitantes 13, sibilancias 6. Síntomas digestivos 5, miositis 2. Se solicitó laboratorio a 9 niños. Radiografía de tórax: 20. Fueron hospitalizados 7 niños (edad-miositis). Ninguno soporte respiratorio. **Conclusiones:** En ésta serie se observó que los niños con Infección por Influenza B tienen mayor edad a los afectados por otros virus respiratorios. Deben considerarse también fuera de la época invernal. La fiebre y los síntomas respiratorios fue lo más

constante. A diferencia de otros agentes la falla respiratoria no constituyo el motivo de ingreso.

99. Casos clínicos de Citomegalovirus Connatal

Chirico M, Barrios U, **Medina N,** Benítez Leite S, Rolón R.
Cátedra y Servicio de Pediatría. Hospital de Clínicas, FCM-UNA, PY.

Introducción: La causa más frecuente de infección congénita en países en desarrollo es por el citomegalovirus. La primo-infección durante el embarazo ocurre en 2-3%, de éste el 40% se infecta y 10% es sintomático al nacimiento. La infección congénita por CMV genera niños con secuelas a largo plazo. El ganciclovir o el valganciclovir se utilizan en neonatos con infección congénita sintomática intentando disminuir las secuelas. **Caso 1:** Sexo femenino, de 10 meses de edad, tos húmeda de 1 semana y fiebre de 24hs, crepitantes en base derecha, perímetro cefálico 41,5cm (<-2DE). Ingresa con diagnósticos de NAC y microcefalia. Retorna serología IgG (135.8 UI/mL) e IgM (3.38 UI/mL) positivos para CMV, TAC con aumento de surcos fronto-temporo-parietales, ventrículos dilatados, sin calcificaciones. Fondo de ojo normal. PCR en orina positiva. Inicia tratamiento vía oral con valganciclovir. **Caso 2:** Lactante de 6 meses, sexo femenino, ingresa con dx de celulitis peri-orbitaria, al examen físico: microcefalia (-2 y -3DE). IgG para citomegalovirus +(131UI/mL), IgM +, cultivo en orina + para CMV. TAC con calcificaciones. Examen oftalmológico: macroftalmia izquierda, desprendimiento de retina bilateral. Otoemisión acústica normal. Se indica tratamiento. **Conclusiones:** La infección por CMV es causante de secuelas neurológicas permanentes, motivo por el que se debe investigar siempre y tratar oportunamente a modo de minimizar las posibles consecuencias de ésta.

100. Colecistitis acalculosa con toque renal por Leptospira. A propósito de un caso

Samudio G, Manavella F, Correa A, **Cardozo E.**
Posgrado en Pediatría Clínica. Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción. Hospital General Barrio Obrero.

Introducción: La leptospirosis se debe a espiroquetas del género Leptospira. La mayoría de los casos en humanos se debe a contacto laboral con agua o tierra contaminadas por orina, mordeduras de animales y, rara vez, directamente de persona a persona. En Paraguay tenemos seroprevalencia de 3,6% en población pediátrica. Pocos casos sintomáticos han sido reportados. **Caso Clínico:** Presentamos el caso de un adolecente de 13 años de edad de procedencia barrio la encarnación con residencia temporal en horqueta que ingresó por sangrado nasal más dolor abdominal con sospecha de dengue con signos de alarma. FC: 86 x´ FR: 20x´ PA: 90/70mmhg T: 37°C. Hemograma con neutrofilia y plaquetopenia urea 76mg/dl, Creatinina 2,57mg/dl BT: 6,3mg/dl BD: 5.7mg/dl, amilasa 386u/l. GOT: 50u/l GPT: 42u/l. Ecografía Abdominal: esplenomegalia, hepatomegalia con esteatosis hepática. IgM positivo para leptospira, IgG negativo. Fue diagnosticado como colecistitis alitiasica, con afectación renal ocasionado por Leptospira. Recibió tratamiento con cefotaxima por 10 días con buena respuesta y recuperación al alta. **Comentarios:** La colecistitis acalculosa es una forma rara de presentación de leptospirosis en la edad pediátrica, caracterizándose por bilirrubina elevada, amilasa alta, trombocitopenia e ictericia. La afectación renal puede presentarse hasta en un 50% de los casos. El índice de sospecha debe ser elevado y debe descartarse en los pacientes que se presentan con estas características.

101. Conocimientos, actitudes y prácticas respecto a la vacuna antigripal en el personal sanitario

Chamorro Z, Leguizamón G, Godoy L.
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.

Introducción: El personal de salud está incluido como grupo de riesgo en el que está indicada la vacunación contra la gripe. **Objetivo**: Determinar conocimientos, actitudes y prácticas respecto a la vacuna antigripal en el personal sanitario. **Material y Métodos:** Estudio prospectivo, observacional, descriptivo, de corte transversal. Se realizaron encuestas en el mes de Agosto de 2016 en personal sanitario de un Hospital Pediátrico. Los datos fueron analizados en el sistema SPSSv21 utilizando estadística descriptiva. Se consideró un error alfa menor a 5%. El trabajo fue aprobado por el Comité de ética del hospital con liberación de consentimiento informado. **Resultados:** Se incluyeron 103 funcionarios de blanco, predominó el sexo femenino: 88,3% (91/103); la edad promedio fue 31,2 ± 6,2 años (23-58 años). El 54,4% (56/103) eran licenciados, 41,7% (43/103) médicos y 3,9% (4/103) auxiliares de enfermería. El 85% (88/103) estaba vacunado y 76,7% (79/103) lo hace anualmente. El personal de enfermería tenía mayor porcentaje de vacunación en relación al personal médico 93%(56/60) versus 74%(32/43), p< 0,015. El 81,6% (84/103) respondió que conoce la composición de la vacuna, sin embargo el 33% (14/43) de los médicos

contestaron correctamente el tipo de vacuna versus 30% (18/60) de enfermería p> 0,05. El efecto colateral más citado fue fiebre (28/103). Recomiendan la aplicación de la vacuna 92,2% (95/103), no hubo diferencias significativas en la recomendación de la vacuna entre personal médico y enfermería. **Conclusiones**: un alto porcentaje de la población recibió vacunación, la mayoría lo hace anualmente, sólo un tercio de los médicos conocía la composición de la vacuna.

102. Continuo de atención de niños que viven con vih/sida. Cascada de Paraguay 2015

Ovelar P, Rolón R, López G, Samudio T, Arbo A.
Instituto de Medicina Tropical, Pronasida. Paraguay 2015.

Introducción: El manejo integral óptimo de la infección por VIH requiere diagnosticar tempranamente la infección por el VIH, vincular a la atención médica, iniciar tratamiento antirretroviral (TAR) oportunamente, retener en la atención médica, lograr una supresión de la carga viral (CV) y la adherencia terapéutica en los pacientes. La cascada de atención permite visualizar este proceso en sus distintas etapas para identificar cuáles son las áreas críticas. Como resultado, se pueden focalizar acciones para mejorar el impacto de la atención médica en niños con VIH. **Material y Métodos:** Se realizó el estudio sobre la totalidad de personas que viven con VIH < 15 años a Diciembre 2015. Los indicadores se calcularon en forma transversal para cada uno de los pilares. El primer pilar corresponde al N° estimado de personas con infección VIH < 15 años que están vivos, calculándose mediante el Software Spectrum Onusida. El segundo pilar corresponde a al N° de pts < 15 años diagnosticados con VIH que siguen vivas, el cual fue calculado mediante el conteo de personas registradas vivas < 15 años con VIH al 2.015. El tercer pilar corresponde a la Vinculación a la atención, el cual se calculó en base al N° de pts < 15 años en quienes realizó un CD4 y/o CV y/o retiro de antirretrovirales y/o consulta por lo menos 1 vez en el periodo de notificación. El cuarto pilar corresponde a la Retención en servicios de atención, calculado en base a ≥ 2 consultas de atención y/o ≥ 2 determinaciones de CD4 o CV y/o han retirado al menos tres veces antirretrovirales en el 2015. El quinto Pilar N° de pts que reciben TAR se calculó atendiendo los registros de servicios de atención integral (SAI) en VIH que siguen en TAR a finales del 2015. El sexto Pilar corresponde al N° de pts con CV<1000, el cual se obtiene del sistema del laboratorio-PRONASIDA. El denominador para cada uno de los pilares es el número estimado de personas con infección por el VIH que están vivos < 15 años (Software Spectrum). **Resultados**: Existe una brecha de < 15 años que no conoce su estatus serológico del 37,6%. Del total de personas estimadas que viven con VIH <15 años están 48,4% vinculadas a la atención, 36,2% retenidas en atención., 36,2% continúan en tratamiento ARV y 17,2% tienen CV suprimida. **Conclusiones**: Este análisis holística de la atención de los niños con VIH revela las dificultades en el diagnóstico precoz, las limitaciones en la atención sin discriminación, así como el desafío de lograr una adherencia y vinculación óptima en la población de los menores de 15 años con VIH.

103. Correlación del grupo etario con las características clínicas y laboratoriales en la Fiebre Dengue.

González N, Amarilla S, Araya S, Apodaca S, Martínez C, Lovera D, Arbo A.
Instituto de Medicina Tropical (IMT). Universidad Nacional de Asunción

Introducción. La fiebre dengue (FD) ha representado en nuestro país una de las causas más frecuentes de consulta en los últimos 7 años. **Objetivos.** Describir las características clínicas y laboratoriales de los pacientes con FD en la atención ambulatoria. **Material y Métodos.** Se incluyeron todos los casos de FD en <20 años asistidos en la consulta ambulatoria del IMT, en el período de Nov 2015 a Marzo 2016. En función a una base estructurada de colección de datos, se analizaron las características demográficas, clínicas y laboratoriales. **Resultados.** En el periodo de estudio fueron asistidos en el Ambulatorio 5.255 pts febriles sospechosos. De ellos, 1491 (28%) fueron casos de FD. La edad media fue de 12±5 años, correspondiendo 58 casos (4%) al grupo etario <2 años, 438 (29%) al grupo ≥ 2-9 años y 995 (67%) al grupo >9 años (p<0.001). La distribución de sexo fue similar (fem/masc 1.04:1), procediendo el 98% (1469 pts) de Asunción y el Departamento Central. Presentaron fiebre en la consulta los 58 pts (100%) <2 años, 415 (95%) de los pts ≥ 2-9 años y 926 (93%) de los pts (93%) > 9 años (p>0.5). Características relevantes según el grupo etario se muestran en la tabla:

	<2 años N=58	≥2-9 años N=438	>9 años N=995
Cefalea	No valorable	247 (56%)	791 (79%)**
Mialgias	No valorable	162 (37%)	683 (69%)**
Exantema	21 (36%)*	72 (16%)	123 (12%)
Vomitos	12 (21%)	120 (27%)	234 (23%)
Leucopenia (GB<5000)	9 (16%)*	170 (39%)	433 (44%)
Trombocitopenia	4 (7%)*	73 (17%)	364 (37%)
NS1 pos	22/27 (81%)	150/170 (88%)	281/346 (81%)
IgM pos	7/27 (26%)*	14/175 (8%)	32/355 (9%)
IgG pos	1/25 (4%)	8/160 (5%)	18/360 (5%)

*p <0.05 vs los demás grupos; *p <0.05 vs el grupo 2-9 años.

Conclusiones. El grupo etario predominante que consulta por dengue es el >9 años. Se identificaron variables clínicas (exantema más frecuente en lactantes y algias en niños >9 años) y laboratoriales (citopenias poco frecuente en lactantes) que dependen del grupo etario. La sensibilidad de la antigenemia ha sido similar en los grupos etarios.

104. Enfermedades más frecuentes registradas en niños de 0 a 15 años en refugios para víctimas de inundación en la ciudad de Asunción desde diciembre del 2015 a enero del 2016.

Núñez Y, Ovelar M, Martínez M, Zena N, Rolón R, Brizuela ES.
Servicio de Pediatría, Hospital General Barrio Obrero, Facultad de Ciencias de la Salud "Prof. Dr. Manuel Riveros" Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción.

Introducción: Paraguay es uno de los países más afectados por el fenómeno de El Niño. De diciembre 2015 a enero 2016 el nivel del río Paraguay se situó en 7, 84 metros en su paso por la bahía de Asunción, considerado como uno de los más elevados del último medio siglo. Estas alteraciones climatológicas trajeron como consecuencias daños socioeconómicos, ambientales y de salud. Por lo cual las víctimas fueron desplazadas a albergues temporales, algunos de los cuales fueron atendidos por funcionarios sanitarios del Hospital de Barrio Obrero para brindar sus servicios. **Objetivos:** Identificar las enfermedades más frecuentes en niños de 0 a 15 durante el periodo de inundación en refugios para víctimas de inundación en la ciudad de Asunción desde diciembre del 2015 a enero del 2016. **Material y Métodos:** Este es un estudio transversal retrospectivo cuya población de estudio constituye 264 niños de 0 a 15 años. **Resultados:** Los resultados obtenidos son que el sexo más afectado es el femenino (51, 8 %); el grupo etario predominante, de 0 a 5 años (52, 2%); las patologías más frecuentes, parasitosis (31,1%), infección de las vías aéreas superiores (11,1%) y faringitis aguda (9,5%). **Conclusiones:** Esta investigación demuestra con los datos obtenidos la importancia de la medicina extra muro para los niños víctimas de inundación que viven en refugios como población vulnerable.

105. Enteropatógenos en muestras diarreicas de pacientes pediátricos del Hospital Regional de Ciudad del Este, Paraguay (2014)

Mereles E[1,2], **Silvero M** [2], Segovia Coronel N[1,2], Ojeda L[1], Santacruz L[1], Giménez Ayala A[1].
[1]**Centro de Investigaciones Médicas, Minga Guazú, Paraguay.** [2]**Hospital Regional de Ciudad del Este, Paraguay.**

Introducción: Las enfermedades diarreicas son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años, y ocasionan la muerte de 760 000 millones de niños cada año. La diarrea puede durar varios días y puede privar al organismo del agua y las sales necesarias para la supervivencia. La mayoría de las personas que fallecen por enfermedades diarreicas en realidad mueren por una grave deshidratación y pérdida de líquidos. [1] **Objetivo:** Describir los enteropatógenos más frecuentes aislados de diarreas de pacientes pediátricos, del Hospital Regional de Ciudad del Este, Paraguay en el año 2014. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo. Los datos se obtuvieron los registros del laboratorio de bacteriología del Hospital Regional de Ciudad del Este desde Enero a Diciembre de 2014. **Resultados:** Fueron analizadas 620 heces diarreicas, de las cuales 70.0 % (n=435) pertenecían a la población pediátrica. Los Enteropatógenos aislados más frecuentemente fueron Shigella spp 2.75% (n=12), ETEC 2.52% (n=11), EAEC 1.60% (n=7) EIEC 0.91 % (n=3), ECEP 0.91% (n=3), Campylobacter 0.7% (n=3). **Conclusión:** Shigella spp. es el enteropatógeno causante de la mayoría de las diarreas en niños en el HRCDE.

106. Epidemiología de las Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) en niños por Influenza B, linajes Victoria y Yamagata en hospitales centinelas del Paraguay 2013-2015.

Battaglia S, von Horoch M, Ojeda M, Penayo E, Vázquez C, Cabello M.
Dirección General de Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud Pública y Bienestar social.

Introducción: Influenza B puede causar afecciones respiratorias agudas moderadas a severas, es conocida a nivel global la circulación de ambos linajes B/Yamagata y B/Victoria siendo de gran importancia discriminar patrones de circulación así como sus características en la población a fin de elaborar mejores estrategias de prevención y control. **Objetivo:** Describir y comparar las características clínico-epidemiológicas de niños y adolescentes con IRAG positivos a Influenza B según sus respectivos linajes. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo con componente analítico de datos del 2013-2015 de la Vigilancia de Infecciones Respiratorias Agudas Graves en hospitales centinelas del país. **Resultados**: Se obtuvieron del sistema de Vigilancia 172 niños y adolescentes con Influenza B durante el periodo de estudio; de éstos en el 64% (110) se determinó el linaje: B/Yamagata 40/110 y B/Victoria 70/110. Ambos linajes afectaron en su mayoría al menor de 2 años, (Victoria 32,8% vs Yamagata 30%) seguidos de 5 a 10

años en Victoria y 11 a 19 años en Yamagata. El sexo masculino (52.8%) predominó ligeramente en Victoria y ninguno en Yamagata. El 22.8% en Victoria vs. 25% en Yamagata presentaban algún factor de riesgo o comorbilidad. Ingresaron a UCI el 7.1% de Victoria vs 10% de Yamagata. No se registró mortalidad en ambos grupos. Ninguna diferencia fue significativa. **Conclusiones**: No se encontraron diferencias características ni de severidad en ambos linajes de Influenza B, circularon en forma simultánea durante los 3 años de estudio, para ambos los lactantes fueron los más afectados y un porcentaje no despreciable requirió cuidados intensivos.

107. Etiología de la sepsis neonatal en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en centros de Referencia de Asunción.

Aranda C, Baruja D., Fonseca R., Britez S., Castillo A, Nuñez R., Arbo A.

Introducción: Aunque los avances en el cuidado intensivo neonatal han permitido mejoría en la sobrevida, las infecciones adquiridas en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) representan una importante causa de morbimortalidad. **Objetivo:** Determinar los microorganimos causantes de sepsis en neonatos hospitalizados en UCIN de dos centros de referencia de Asunción y compararlos con la microbiología de sepsis en UCIN (EEUU). **Material y Métodos:** Estudio realizado en la UCIN de dos Hospitales Materno-infantiles San Pablo y Santísima Trinidad. De los casos con diagnóstico de sepsis se revisaron los microorganismos aislados de sitios estériles (sangre-punta de catéter) considerados causantes del cuadro infeccioso, en el periodo comprendido enero 2013-junio 2016. Se comparó con la microbiología de sepsis neonatal de la NICHD Neonatal Research Network (Pediatrics 110; 285). **Resultados.** Se identificaron 389 patógenos causantes de sepsis. Los cocos gram positivos representaron 43%, los bacilos gram negativos 48% y los hongos 8%. Entre los cocos gram positivos, Staphylococcus coagulasa negativos fue más frecuente (80%), S. aureus (9%). Entre los gram negativos, Klebsiella sp, Pseudomonas aeruginosa y Enterobacter sp predominaron (25%, 24% y 13%, respectivamente), seguido de bacilos gram negativos no fermentadores (14%). La resistencia de Pseudomonas sp y Klebsiella sp a ceftazidima fue 44% y 67%, resistencia a carbapenem 4% y 11%, respectivamente. Comparando con el perfil microbiológico (EEUU) la proporción de bacilos gram negativos en nuestro país fue significamente mayor (48% vs 17,6%, $p<0.05$) y la proporción de cocos gram positivos menor (43% vs 70.2%, $p<0,05$). **Conclusión.** El patrón de gérmenes causantes de sepsis neonatal en UCIN de Asunción revela predominancia de bacilos gram negativos, con elevado perfil de resistencia a antibióticos.

108. Infección de partes blandas por Micobacteria atípica

Zaracho Y, Martínez G, Castro H.
Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñu"

Introducción: Las micobacteriosis cutáneas se producen por la exposición de heridas a productos contaminados con micobacterias no tuberculosas (MNT). Es necesario mantener un elevado grado de sospecha ante lesiones cutáneas crónicas, con mala respuesta al tratamiento y con estudios microbiológicos convencionales negativos. Las MNT tienen un poder patógeno menor que M. tuberculosis y suelen mostrar cierta resistencia a los fármacos antituberculosos. **Caso Clínico**: Masculino de 12 años, consulta por tumefacción inflamatoria en arco plantar de pie derecho. Antecedentes: refiere traumatismo con clavo a través de calzado de goma hace 2 meses y tumefacción dolorosa a ese nivel de 2 semanas. Examen físico: tumefacción inflamatoria de 7 cm. en arco plantar de pie derecho, con puerta de entrada, sin salida de secreción. Rx. del pie normal. Tratamiento: Ciprofloxacina y control. A los 8 días acude por fiebre de 24 hs y tinte violáceo a nivel de la lesión. Internado con diagnóstico de osteomielitis probable. Tratamiento: Ceftazidima. TAC: normal. Drenaje: secreción purulenta abundante, se envía material para cultivo. Gram: bacilos Gram +, Zhiel-Neelsen: se observan BAAR. Se solicita Rx de Tórax: normal y Ecografía abdominal normal. Inicia Trimetropin Sulfametoxazol. Cultivo: Micobacteria NO Micobacterium Tuberculosis (Micobacteria Atípica). Inicia Claritromicina. Al mes la ecografía informa colección de 7 cc. Drenaje quirúrgico. Se solicita Quantiferon Gold (-) cultivo (-). **Discusión**: El diagnóstico de esta patología no *es* una tarea fácil. La mala evolución de la lesión condujo a la solicitud de otros estudios. Con la tinción de Zhiel-Neelsen y el cultivo se pudo llegar al diagnóstico e instaurar el tratamiento, con mejoría del paciente.

109. Infecciones respiratorias agudas bajas de origen viral en lactantes hospitalizados en el departamento de emergencias pediátricas

Guzmán O, Castro H, Mesquita M.
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.

Introducción: Las infecciones respiratorias agudas bajas (IRAB) de origen viral son frecuentes en la edad pediátrica y causa de hospitalización en el

departamento de emergencias pediátricas (DEP). **Objetivo:** Conocer las características clínicas y evolución de las IRAB de origen viral en lactantes ingresados al DEP. **Material y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, transversal. Se incluyeron lactantes hospitalizados con IRAB, según base de datos del DEP, en mayo del 2016.Variables: edad, sexo, procedencia, formas clínicas, comorbilidades, ingreso a unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP), virus, días de internación, estado al alta. Los datos se analizaron con SPSSv21. Se consideró un error alfa inferior al 5%. Estudio aprobado por el Comité de Ética con liberación del consentimiento informado. **Resultados:** En el periodo citado ingresaron al DEP 250 pacientes con IRAB, se analizaron 104. La mediana de edad fue 4 meses, 30,6% tenían ≤ 2 meses, 24% neonatos. Población urbana, predominancia sexo masculino (63,5%). Formas clínicas: Bronquiolitis (88.5%), Neumonía (11.5%). El 23% tenía comorbilidades (prematurez 8/24, cardiopatía 6/24). Ingresaron a UCIP 7,7%, con una estadía mediana de 6 días (1-40), todos requirieron asistencia respiratoria mecánica (ARM). Respecto a los virus: Virus sincitial respiratorio (VSR) 81.4%, Parainfluenza 1 3.8%, Influenza A 1%, Influenza B 1%, Parainfluenza 2 1%, Adenovirus 1%. Días de internación: mediana 3(1-52). Fallecieron 2,9% (3/104), todos del sexo femenino, 8.57% (3/35) $p < 0.05$ (test de Fisher). **Conclusión:** La forma presentación más frecuente fue Bronquiolitis, un cuarto de los pacientes fueron neonatos y tenían alguna comorbilidad, 1/8 pacientes necesitó ARM, el virus más frecuente fue VSR, fallecieron 2.9% todas niñas.

110. Leishmaniosis Visceral en niños: experiencia en un centro pediátrico de referencia.

Martínez F, **Benítez I,** Grau L, Ojeda B, Castro H, Canese A, Morel Z, Rodriguez M.
Servicio de Pediatría. Hospital Central del Instituto de Previsión Social.

Introducción: La Leishmaniasis Visceral (LV) es una zoonosis, con amplia distribución tropical. En nuestro país es considerada una enfermedad endémica y un problema de salud pública. La presentación varía de una infección asintomática a la forma grave y con complicaciones. **Objetivo:** Determinar las características epidemiológicas y clínicas de LV en un grupo de niños. **Material y Métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes menores de 16 años de edad, con diagnóstico de LV, internados en el Hospital Central del IPS de marzo del 2011 a marzo del 2016. **Resultados:** Se incluyeron 33 pacientes, sexo femenino: 58%. La media de edad fue de 43 meses (5 meses-15 años). El 91% procedía del departamento Central. El promedio de internación fue 22 días. El 100% presentó fiebre, con un promedio de 32 días, 97% esplenomegalia y 94% hepatomegalia. Además, el 85% tuvo Pancitopenia, 15 % bicitopenia y el 18% discrasia sanguínea. Se realizó Ag RK39 en todos, con resultado positivo en 16 casos (79%), PAMO en 13 pacientes con observación de amastigotes en 11 y se realizó PCR en 5 pacientes, todas positivas. El 46% presentó complicaciones, 11 pacientes con Síndrome de Activación de Macrófagos (SAM), 10 con infecciones y 1 paciente falleció. El tratamiento se realizó con: antimoniato de meglumina en 13 pacientes por 28 días, anfotericina B desoxicolato en 11 casos por 14 días y anfo liposomal en 9 pacientes por 7 días. La defervescencia ocurrió en promedio al 4° día de tratamiento. No hubo recaídas. **Conclusión:** Los casos de LV fueron más frecuentes en lactantes, con ligero predominio del sexo femenino, en su mayoría procedentes del departamento Central. Todos presentaron fiebre prolongada y en alto porcentaje esplenomegalia, hepatomegalia y pancitopenia. La detección de Ag RK39 tuvo una sensibilidad del 79%, la observación del parásito en MO 84% y la PCR 100%. La complicación más frecuente fue el SAM, con un óbito. El tratamiento con antimoniales y anfotericina fue exitoso, sin recaídas.

111. Linfangitis supurada como complicación de la vacuna de bacilo de Calmette-Guérin (BCG)

Duartez D, Castro H, Martínez G.
Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñu"

Introducción: La vacuna BCG está recomendada por la OMS en los países con elevada prevalencia de tuberculosis, salvo en niños inmunodeprimidos la vacuna suele ser segura. La adenitis regional es la reacción vacunal más común pero su incidencia es baja (0,73%). **Caso Clínico**: niña de 9 meses que consulta por tumefacción en región axilar derecha de 6 meses de evolución, con signos inflamatorios y aumento progresivo de tamaño. Fiebre no graduada de 12 horas. Vacuna BCG al primer día de vida. Consulta hace 2 meses en otro servicio donde solicitan PPD + 14 mm, aspirado de ganglio para BAAR (-). Examen físico: tumefacción en axila derecha de 3 cm aproximadamente, eritematoso, doloroso, fluctuante, con 2 orificios fistulosos, uno cicatrizado y otro con escasa salida de secreción. Hemograma GB 35.300 N: 48 L: 42 PCR 6 HIV No reactivo. Ecografía abdominal normal, radiografía de tórax normal. Diagnóstico: BCGítis probablemente sobre infectada. Se realiza extirpación del ganglio afecto y alta en buenas condiciones con Rifampicina y, Trimetoprim sulfametoxazol. Biopsia ganglionar:

proceso inflamatorio crónico granulomatoso de aspecto tuberculoso. Post vacunación? BCGitis. Control: buena cicatrización, sin signos inflamatorios. **Discusión**: las reacciones adversas, locales o sistémicas, a la vacuna BCG son poco frecuentes, sin embargo existe necesidad de incluirla en el diagnóstico diferencial de las adenitis axilares o supraclaviculares derechas. Se reconocen 2 formas, la adenitis simple y la supurativa que forma fistulas de lenta resolución. Con tratamiento o no la evolución natural es la regresión completa.

112. Osteoartritis tuberculosa post traumática en rodilla: reporte de un caso

Wentzel G, Castro H, Martínez G.
Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñu"

Introducción: La tuberculosis sigue siendo un importante problema de salud pública a nivel mundial. El compromiso osteoarticular comprende el 1 al 3% de la TB extra pulmonar. Se presenta un caso de localización atípica. **Caso Clínico:** Varón de 5 años, acude por impotencia funcional del miembro inferior derecho. Antecedente patológico: caída de su propia altura al año de edad a partir de la cual queda con tumefacción de la rodilla derecha. Hospitalizado 1 año después por artritis de rodilla con cultivo negativo de líquido sinovial. Interconsulta con reumatología se solicitó marcadores de artritis idiopática juvenil y PPD. Sin seguimiento, regresa 2 años después con empeoramiento de la sintomatología y resultado de PPD 12 mm. Ex. físico: tumefacción en rodilla derecha, sin signos inflamatorios, con atrofia muscular peri articular y dolorosa a la movilización, miembro inferior derecho en flexión continua. Rx de rodilla se observa fractura de fémur distal complicada con osteomielitis crónica. Se inicia antibiótico. Búsqueda de TBC en la familia positivo en un conviviente. Rx. tórax del paciente Normal. Se realiza prueba de Quantiferon Gold que retorna positivo y se inicia tratamiento anti bacilar. Actualmente buena evolución. **Discusión**: La afectación osteoarticular de la tuberculosis es una forma rara de presentación y muy pocos casos fueron reportados. Por orden de frecuencia la afectación osteoarticular, más frecuente es la espinal 50%, seguida de las caderas 12% y la rodilla 10%. La TBC debe estar entre los diagnósticos diferenciales de la afectación crónica de rodilla.

113. Otitis Media Aguda complicada con laberintitis y parálisis facial en pediatría. A propósito de un caso clínico

Galeano R, Moreno J, Benítez G.
Hospital Regional de Luque

Introducción: La otitis media aguda (OMA) es la enfermedad infecciosa más frecuente en el niño y uno de los principales motivos de consulta pediátrica, con afectación de la calidad de vida, económica y social para el paciente y su familia. **Caso clínico:** Paciente escolar, sexo masculino, 10 años de edad, con antecedentes de otalgia derecha, fiebre de 40°, vómitos, acompañado de sensación vertiginosa y obnubilación, por lo que acuden al Servicio de Urgencias. Quedo internado por 21 días, recibió cobertura antibiótica: Cefotaxima, Vancomicina y Metronidazol, además Dexametasona. Examen físico: signos de focalización cerebral, rigidez de nuca, nistagmus bilateral, desviación de la comisura labial, parálisis facial periférica. Se realizó punción lumbar, citoquímico de LCR patológico, cultivo de LCR no se aisló germen Presento evolución tórpida, picos febriles persistentes. Se realizó TAC de cráneo simple y con contraste con informe dentro de los parámetros normales. Resonancia Magnética Nuclear: alteraciones de la permeabilidad vascular de la meninge en relación a cambios irritativos meníngeos, y/o inflamatorios, notándose ocupación extensa de celdas mastoideas en el lado derecho así como la caja del tímpano de ese lado. Estas alteraciones son visibles igualmente en el lado izquierdo, en menor grado. Estuvo en seguimiento Otorrinolaringologico en el Hospital de Clínicas, donde el paciente fue derivado para intervención quirúrgica, continuar estudios y tratamiento. Permaneció internado en el Hospital de Clínicas 8 días, presento mejoría clínica posterior a la cirugía constatándose una OMC supurada colestematosa complicada con meningitis más mastoiditis. Fue dado de alta con seguimiento en el servicio de ORL. **Comentarios:** A causa de la OMA, el paciente presento varias complicaciones así como alteración en la audición, que a largo plazo interferiría en su aprendizaje, un diagnostico precoz podría haber mejorado la evolución clínica del paciente evitando complicaciones y compromiso de la calidad de vida.

114. Perfil actual de la epidemia de la Infección por el Virus de Inmunodeficiencia (VIH) en Niños en el Paraguay

Zárate C, Ovelar P, Aranda C, Samudio T, Arbo A.
Instituto de Medicina Tropical (IMT), Pronasida.

Introducción: A partir del 2000 se produjeron substanciales avances en el conocimiento y tratamiento de la infección del VIH, aunado a la introducción gratuita de la terapia antirretroviral y estrategia que promueven el diagnóstico lo más precoz posible. **Objetivo:** Determinar el perfil actual de la epidemia de la infección por VIH en niños ≤ 15 años diagnosticados en el periodo de 2013 a 2015 y que realizaban seguimiento en el centro de referencia de atención de niños con VIH del Paraguay el IMT. **Material y Métodos:** Estudio observacional en el que se incluyeron todos los niños ≤ 15 años diagnosticados en el periodo de 2013-2015, asistidos en el servicio de atención integral de VIH del IMT. El estadio clínico e inmunológico al momento del diagnóstico, fecha de inicio de tratamiento, presencia de seguimiento regular, abandono del tratamiento u óbito. **Resultados**: En el periodo de estudio fueron diagnosticados 50 niños ≤15 años. Hubo una ligera tendencia a un aumento en el N° de diagnosticados en el curso de los años; así en el año 2013 fueron identificados 15 niños (31%), 16 en el 2014 (32%) y 19 (38%) en el 2015. La gran mayoría (63%) procedieron de Asunción y el Departamento Central. No se observó predominio de sexo (relación masc/fem 1:11). La edad media al diagnóstico de los pacientes (pts) fue 6,4 años, de los cuales 17 (34%) fueron menores de 1 año, 13 (26%) fueron de 1 a 5 años y 20 (40%) >5 años. Al momento del diagnóstico una carga viral (CV) >100.000 copias se encontró el 94% de los niños < 1 año, en el 46% de los pts entre 1-5 años y en 30% en los pts > 5 años. El 30% del total de los nuevos diagnósticos se encontraban en estadio C3, siendo esta figura del 45,5% en los > 5 años. El 21% de los <1 año se encontraban asintomáticos. De los que iniciaron terapia antirretroviral (TAR) (88%), 76% fueron adherentes, 18% abandonaron el TAR y 3 (6%) fallecieron. **Conclusión:** La dinámica de la epidemia del VIH en niños en el Paraguay sigue invariable, con diagnóstico tardío, estando una cantidad considerable de niños en estadios avanzados de la enfermedad y elevada tasa de abandono del TAR. El diagnostico materno oportuno, la educación de la comunidad y la optimización del tratamiento integral deben reenfatizarse.

115. Persistencia de la Transmisión Vertical en la Población Infantil con Infección por VIH en un Centro de Referencia del Paraguay

Aranda C, Ovelar P, Zarate C, Samudio T, Arbo A.
Instituto de Medicina Tropical (IMT), Pronasida.

Introducción: Existen más de 2 millones de niños < 15 años en el mundo que viven con el VIH/SIDA. El incremento de las actividades destinadas a prevenir nuevas infecciones y a prestar ayuda a los niños que ya sufren las consecuencias del VIH/SIDA es primordial. **Objetivo:** Determinar los factores asociados a la transmisión de la infección por VIH en < 15 años diagnosticados en el periodo 2013-2015 y que realizaban seguimiento en el centro de referencia de atención de niños con VIH del Paraguay el IMT. **Material y Métodos:** Estudio observacional en el que se incluyeron todos los niños < 15 años diagnosticados en el periodo de 2013-2015, asistidos en el servicio de atención integral de VIH del IMT. Se analizó el tipo de transmisión, la fecha del diagnóstico de la infección por VIH materna (antes, durante o después de finalizar el embarazo), la profilaxis materna de la transmisión vertical durante el embarazo y en el recién nacido, el tipo de parto, y la lactancia materna. **Resultados:** 50 pacientes (pts) < 15 años fueron diagnosticados con infección por VIH. La trasmisión de la infección pudo determinarse en 48 casos (96%), siendo la vía vertical la causante de 41 casos (81%) y sexual 7 casos (14%). De los 41 casos de transmisión vertical, solo en 19 casos (45%) el diagnóstico se realizó antes o durante el parto, de los cuales en 9/41 casos (22%) el diagnóstico fue durante la gestación, y en 10/41 (23%) en el momento del parto. 54% (22/41) diagnóstico tardío. De las 9 madres en las que el diagnostico se hizo en la gestación, 7 (78%) iniciaron Tratamiento antirretroviral (TAR) >20 semanas. 19/41 niños (46%) nacieron por parto vaginal, habiéndose administrado AZT EV en solo 9/41 (23%) niños. Solo en el 42% de los casos se realizó profilaxis del RN con atirretrovirales y el 58% recibieron lactancia materna. 12% de los niños de esta serie son huérfanos. **Conclusiones:** Se evidencia rezagos en el diagnóstico oportuno de la infección por VIH durante la gestación, con la consecuente subutlización de TAR durante el embarazo y en el momento del parto. La alta frecuencia de nacimientos por parto vaginal, la subpótima utilización de profilaxis antirretroviral en RN expuestos y la elevada frecuencia de lactancia materna requieren intervenciones urgentes.

116. Presencia de genoma viral en LCR determinado por PCR en pacientes con dengue y manifestaciones neurológicas

Galeano F, Zarza V, Leguizamón E, Amarilla S, Vázquez C, Sanabria G, Arbo A.
Instituto de Medicina Tropical (IMT).

Introducción: El dengue tiene distintas presentaciones clínicas, incluyendo compromiso del SNC. Pocos estudios analizaron presencia de genoma viral en LCR de pacientes enfermos. **Objetivo:** Determinar presencia de material genético viral por PCR en LCR de pacientes con dengue y cefalea intensa u otras manifestaciones neurológicas. **Material y Métodos:** Estudio prospectivo, iniciado en enero 2016, durante la epidemia por virus del dengue serotipo 1; incluyéndose pacientes con dengue (por NS1 y/o serología), que tuvieron cefalea moderada/intensa (determinada por scores adaptados según edad) u otras manifestaciones neurológicas. Se obtuvo de cada paciente LCR previo consentimiento, realizándose detección del genoma del virus dengue mediante RT-PCR. **Resultados:** Hasta la fecha (08/2016) se reclutaron 19 pacientes, edad media de 10,4±11,6años; 13 del sexo femenino (68%) y 6 del masculino (32%). Todos tuvieron cefalea y 10(53%) pts presentaron trastornos del sensorio. Determinóse alteración en nivel de proteínas en LCR en 6/19pts (32%) y pleocitosis en 7/19pts (37%). De los 17 casos en los que pudo realizarse RT-PCR para dengue, en 3 pts (17%) se demostró presencia de genoma viral en LCR (2 con encefalitis). De los 3 casos con RT-PCRpositivo, uno obitó y otro tuvo secuelas neurológicas. De 10 pts con diagnóstico de encefalitis, 2 tuvieron RT-PCR positivo para dengue en LCR. Los 14 casos con síntomas neurológicos y RT-PCR negativo para dengue en LCR se recuperaron sin secuelas, excepto uno que desarrolló síndrome de Guillain Barré. **Conclusión:** Aunque el hallazgo de genoma viral del virus del dengue es infrecuente en pacientes con dengue y manifestaciones neurológicas; su presencia sería indicadora de mal pronóstico (mortalidad).

117. Prevalencia de infección por virus sincitial respiratorio en pacientes menores de 5 años en el 1º semestre del año 2016 en el Hospital Central de I.P.S.

Lampert E, Mongelos R, Battaglia S, Castro H.
Servicio de Pediatría del Hospital Central de I.P.S.

Introducción: Las infecciones respiratorias agudas en los niños son una de las causas más frecuentes de consulta médica, ausentismo escolar, hospitalización y mortalidad infantil. Los virus son los agentes patógenos más frecuentemente implicados en las infecciones respiratorias bajas agudas, entre ellos el virus sincitial respiratorio. **Objetivos:** Describir la prevalencia de infección por virus sincitial respiratorio en pacientes con cuadro de insuficiencia respiratoria aguda grave de vías aéreas inferiores, con su patrón clínico-epidemiológico y radiológico. **Material y Métodos:** Es un estudio descriptivo retrospectivo de corte trasversal, en pacientes menores de 5 años con Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) con detección de VSR previamente sanos, durante enero a junio del 2016. **Resultados:** De 402 pacientes con IRAG en lo que se tomó muestra respiratoria se detectó VSR en 142 casos (35,3%). Se observó que el 52% fueron del sexo masculino, la mayoría menores de 1 año (72,5%), las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron tos (98.6%), seguido de rinorrea, fiebre. La bronquiolitis fue el diagnóstico de ingreso en el 53.5%, y neumonía en 11,3% de los casos. 88,7% de los casos contaba con una imagen radiológica, de éstas el infiltrado intersticial fue el más observado 25,4% aunque también se encontró patrones normales. **Conclusiones:** En nuestro estudió se observó el importante rol del VSR en los lactantes y preescolares con Infecciones respiratorias, sobre todo en los menores de 1 año con sintomatología similar a la ya descrita en la literatura, así como las principales manifestaciones clínicas con patrones radiológicos compatibles con el cuadro clínico.

118. Primer caso reportado de Microcefalia asociada a Zika en Paraguay. Presentación de caso clínico

Gamarra L, Gini L, Samudio G, Valdez R, Vera L.
Servicio de Neonatología, Hospital General Barrio Obrero-Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción

Introducción: Primera confirmación causal entre el virus Zika y microcefalia en un RN en el Paraguay. **Caso Clínico:** Paciente RNPT/PEG, de sexo femenino en quien llama la atención microcefalia, TAC de cráneo con imágenes de calcificaciones cerebrales de distribución diseminada. Laboratorios del RN 1ra muestra (14/07/16): Suero IgG e IgM p/ ZIKV positivos. 2da muestra (18/07/16): Suero IgG e IgM p/ ZIKV positivos. 3ra muestra (23/07/16): LCR IgM p/ ZIKV positivo. Cultivo de LCR: negativo (24/07/16). Laboratorios de la madre: IgG ZIK V en suero positivo, IgM ZIKV en suero negativo (18/07/16). Eco-transfontanelar (15/07/16): Ecos puntiformes fronto-parietal, que podría corresponder a calcificaciones. Estudio de otoemisiones acústicas (13/07/16): No pasa la prueba. Fondo de ojo (26/08/16): ROT E. 1.

Comentarios: El virus del Zika, produce cuadros neurológicos y anomalías congénitas (microcefalia) asociadas a infecciones por este virus en el embarazo.

119. Resistencia a meticilina de Staphylococcus aureus de la comunidad en infección de piel y partes blandas en pacientes pediátricos.

Alló N. García C. Benítez I, Martínez, F, Velázquez, G, Espínola M C, Castro H, Rodríguez M.
Servicio de Pediatría Hospital Central IPS.

Introducción: Las infecciones de piel y partes blandas IPPB son producidas en su mayoría por *Staphylococcus aureus* (SA) y un motivo de internación frecuente en nuestro servicio. Por el aumento de SA resistente a meticilina (SAMR) en cepas de la comunidad hemos cambiado los esquemas empíricos iniciales en el año 2015. **Objetivos**: comparar la resistencia a meticilina en aislamientos de SA en IPPB de marzo del 2013 a febrero del 2015 y agosto del 2015 al 31 de agosto de 2016 y analizar la resistencia a clindamicina y TMP SMX en el último periodo. **Material y Métodos:** Estudio retrospectivo de corte transversal en cepas de SA aisladas en IPPB en pacientes internados de 1mes a 16 años de edad. **Resultados**: En el primer periodo analizado se incluyeron 118 aislamientos de SA. El 71% de las cepas fueron SAMR. En el segundo periodo se incluyeron 191 cepas de las cuales 72% eran SAMR, 18.7% son resistentes a clindamicina y 3% al TMP SMX. **Conclusiones**: se ha notado un aumento considerable de la incidencia de IPPB por SA en pacientes pediátricos. La frecuencia de resistencia a meticilina no ha variado, sigue siendo prevalente SAMR en 72% de los aislamientos. Sin embargo en el último periodo podemos notar resistencia clindamicina en más del 10% de las cepas analizadas lo que obliga a re evaluar el esquema empírico actual con este antibiótico.

120. Síndrome de Von Hippel Lindau. A propósito de un caso

Gamarra L, Almada N, Centurion Y, Brizuela ES.
Postgrado en Pediatría Clínica Hospital General Barrio Obrero. Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción
Hemato- Oncología, Hospital Central IPS

Introducción: La enfermedad de Von Hippel-Lindau (VHL) es un raro trastorno hereditario autosómico dominante que se caracteriza por la existencia de hemangioblastoma cerebelosos y retinianos, quistes y tumores pancreáticos y renales y de otros órganos. **Caso Clínico:** Adolescente de sexo femenino, con historia de parestesia de miembro superior derecho de 6 meses de evolución. RMN columna cervical con contraste EV (26/03/16): Lesión expansiva, de aspecto neoplásico, intramedular, solida, ovalada, se extiende desde la altura de la transición bulbo medular hasta c3- c4. Ecografía renal (23/04/16): Normal. TAC (01/06/16): Imágenes nodulares en hemisferio cerebelar derecho y proceso expansivo a nivel medular cervical. Formaciones quísticas en páncreas, formación quística en polo superior de riñón izquierdo. Fondo de ojo (04/06/16): Normal. Tratamiento: Excéresis tumoral subtotal más artrodesis cervical posterior, se envía material para estudio anatomopatológico. Dexametasona. Anatomía patológica: Proliferación neoplásica constituidas por células fusiformes sin atipia rodeada de numerosos vasos capilares y escasos macrófagos espumosos, compatible con un HEMANGIOBLASTOMA. Inmunohistoquimica 25/06/16: Anhidrasa carbónica: POSITIVO. CD31: POSITIVO en trama vascular. CD34: POSITIVO en trama vascular, NEGATIVO en células neoplásicas. **Conclusión:** La enfermedad de VHL está causada por una mutación en la línea germinal del gen VHL localizado en el brazo corto del cromosoma 3 que predispone al desarrollo de tumores altamente vascularizados incluídos los hemangioblastomas cerebelosos y retinianos, quistes pancreáticos, tumores renales y tumor del seno endolinfático.

121. Síndrome Hemofagocítico secundario a Leishmaniosis Visceral en niños.

Benítez I, Martínez F, Grau L, Ojeda B, Castro H, Canese A, Rodriguez M, Morel Z.
Servicio de Pediatría. Hospital Central del Instituto de Previsión Social.

Introducción: El Síndrome Hemofagocítico (SHF) es una patología del grupo de las histiocitosis, producto de la regulación alterada de los macrófagos. De acuerdo a su etiología, se clasifica en dos tipos: SHF primario o familiar relacionado con el gen de la perforina y SHF secundario a diferentes enfermedades, principalmente infecciosas y autoinmunes. La Leishmaniasis Visceral (LV) es una zoonosis, con amplia distribución tropical. La presentación varía de una infección asintomática a la forma grave y con complicaciones como el SHF secundario o Síndrome de Activación de Macrófagos (SAM). **Objetivo:** Determinar las características epidemiológicas y clínicas del SHF secundario a LV en pacientes pediátricos en un centro pediátrico de referencia. **Material y Métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes menores de 16 años con diagnóstico de SHF secundario a LV internados en Pediatría del Hospital Central del IPS

de marzo del 2011 a marzo del 2016. **Resultados:** Se incluyeron 11 pacientes con SHF secundario, lo que representó 33% de los casos de LV. Relación sexo H: M fue de 5:6. La media de edad fue de 37 meses (5 meses - 13 años). Todos los pacientes presentaron fiebre prolongada, esplenomegalia y hepatomegalia. Los datos laboratoriales fueron: pancitopenia en 9 casos y bicitopenia en 2 pacientes. Todos presentaron Fibrinógeno menor a 150, Triglicéridos mayor a 265 y Ferritina ≥ 500µg/l. Se realizó PAMO en todos los casos, observándose hemofagocitosis en 3 (27%). Afección del SNC en 1 solo caso. Óbito: 1 paciente. Se realizó tratamiento para la LV en todos los casos, y de los 11 casos con SAM, 9 requirieron tratamiento para el mismo (8 recibieron IGIV + Metilprednisolona con resolución, 1 paciente recibió IGIV + Metilprednisolona + Ciclosporina con desenlace fatal). **Conclusión:** El SHF secundario a LV fue más frecuente en lactantes en forma significativa, sin predominio de sexo. Todos presentaron fiebre prolongada, esplenomegalia, hepatomegalia, bicitopenia, hipertrigliceridemia, ferritina muy elevada. El tratamiento del SHF fue exitoso en 8/9 casos, lo que demuestra la importancia de su búsqueda, a fin de lograr el tratamiento adecuado en el tiempo indicado, destacando que no es frecuente encontrar hemofagocitosis en Médula Ósea (27% en nuestro estudio), ya que puede estar presente en otros órganos, como describe la literatura.

122. Sordera Aguda y ataxia de origen vestibular en paciente con meningitis por Meningococo Serogrupo C

Baez L, Centurión I, Nequi U, Larrosa E, Manavella F, Samudio DGC.
Postgrado en Pediatría Clínica. Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción. Servicio de Pediatría, Hospital General Barrio Obrero.

Introducción: Existe asociación entre meningitis bacterianas e hipoacusia; es menos conocida la asociación con ataxia, y es inusual la aparición de sordera y ataxia al inicio del cuadro. **Caso Clínico**: Adolescente femenina con Tos de 4 días, fiebre y cefalea de 2 días, holocraneal, opresivo, intermitente, más intensa en región occipital. Dolor corporal, más acentuado en miembros que no dificulta la marcha. Disminución de la audición de 1 día. Glasgow 13/15. Ubicada en tiempo y espacio, rigidez de nuca, Brudzinski y Kernig positivos, fotofobia, hipoacusia bilateral. Marcha atáxica. LCR: 800 GB/mm^3 predominio de neutrófilos, glucorraquia 5 mg/dl, proteínas 0,80 gr/dl. Gram sin gérmenes. Hemograma: leucocitosis y neutrofilia. Glicemia 242 mg/dl. Tratamiento: cefotaxima, vancomicina, corticoides y pentoxifilina. Profilaxis con ciprofloxacina a los familiares. PCR en LCR negativo para HVS y enterovirus, positivo para Menincoco Serogrupo C. Cultivos negativos. RMN: Imagen en hiper señal en difusión, puntiforme en hemisferio cereboloso derecho (no conclusiva). Paciente mejoró, con audiometría que pasó de sordera total bilateral a sordera derecha e hipoacusia a sonidos agudos del lado izquierdo. **Discusión**: La hipoacusia es una complicación frecuente de las meningitis pudiendo ser total o parcial, definitiva o transitoria. La ataxia es menos frecuente, y es estática pura y regresiva. Podrían ser por afectación de cóclea y vestíbulo en fases precoces de la meningitis. La presencia de sordera y ataxia en un paciente con probable infección del SNC puede deberse a bacterias o virus. Es importante realizar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos adecuados.

123. Toxoplasmosis y lesión ocular en una familia urbana de Caaguazú

García S, Godoy L, Cardozo O.
Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñu"

Introducción: La toxoplasmosis es una enfermedad adquirida fundamentalmente por dos vías de transmisión: Alimentaria y congénita. La toxoplasmosis es la principal causa de uveítis posterior, enfermedad que produce varias secuelas. **Caso 1:** Lactante masculino, 2 meses, procedente de Caaguazú, consulta por asimetría ocular desde el nacimiento. Antecedentes maternos: Madre, 28 años, segundo embarazo, controles prenatales insuficientes, VIH-VDRL: No reactivos (2º trimestre). Datos Neonatales: Peso: 3kg, Talla: 49cm, Perímetro cefálico: 32.5cm, Apgar: 08/09, Capurro: 39 semanas. Alta a las 24 horas. Evaluación oftalmológica: uveítis posterior, sospecha de toxoplasmosis congénita ocular activa. Laboratorio: serología para toxoplasmosis, madre: IgG/IgM: Positivo; Paciente: IgG: 1228, IgM: 0.5 (indeterminado). Ecoencefalografía: Calcificaciones lineales en Tálamo, Otoemisiones Acústicas, potenciales evocados auditivos y visuales normales. Tratamiento: Pirimetamina, Sulfadiazina, Leucovorina. **Caso 2:** Escolar, 10 años, masculino, hermano del paciente anterior, consulta por mancha blanca en la parte lateral del ojo de varios años de evolución, una semana antes de la consulta empeora, se acompaña de visión borrosa y cefalea de localización frontal, intermitente de moderada intensidad, cede con analgésicos. Fondo de Ojo: Lesión activa de vitreitis importante, no se visualiza retina. Ecografía Ocular: Vitreitis, Magma Retiniano en zona L9. Tomografía de Cráneo: Normal.

Serología: IgG: 0.1. IgM 0.0, ante lesiones oculares activas compatibles con toxoplasmosis se inicia tratamiento con Pirimetamina, Sulfadiazina, Leucovorina. **Comentarios**: Es importante realizar controles seriados de Toxoplasmosis en el embarazo, teniendo en cuenta que pueden dejar secuelas si no se detectan a tiempo, y hacer hincapié en las medidas higiénico-dietéticas para evitar la forma adquirida.

124. Tuberculosis diseminada en un adolescente inmunocompetente. A propósito de un caso.

Rolón P, Campuzano A, Ferreira J, Cabrera G, Semidei V, Esquivel I.
Cátedra y Servicio de Pediatría, Hospital de Clínicas FCM-UNA.

Introducción: La tuberculosis, constituye una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial[1]. Por lo general no afecta a pacientes inmunocompetentes y aun son más raras las formas extrapulmonares. Se presenta un adolescente con fenotipo marfanoide, inmunocompetente, con tuberculosis diseminada por afectación ósea, articular, ganglionar, pericárdica y pulmonar. **Caso Clínico:** varón de 16 años, procedente de San Lorenzo, consulta por fiebre y dolor de rodilla izquierda de 3 semanas. Requirió internación en otro centro asistencial, 5 meses antes, por neumonía complicada con derrame pleural bilateral, artritis infecciosa de rodilla izquierda. Al ingreso Llama la atención fenotipo marfanoide, palidez, polipnea tumefacción de rodilla izquierda; se encontró ruidos cardiacos alejados, murmullo vesicular disminuido bilateral, hepatomegalia y adenomegalias submaxilares. Radiografía de tórax con índice cardiotorácico aumentado, senos costodiafragmáticos velados e imágenes líticas en vertebras; los análisis laboratoriales de inmunodeficiencia y colagenopatias resultaron negativas. El barrido tomográfico reveló imágenes en sacabocados en D1, D2, D3, D4, y D9, cresta iliaca, cabeza de fémur; además líquido en pericardio, tórax, abdomen y rodilla. Durante su internación presentó taponamiento cardiaco, se extrajo 1500cc de líquido pericárdico serohemático. Se plantea por lo tanto Tuberculosis vs Neoplasia. Se tomaron biopsias ganglionar, pericárdica y de cresta iliaca. Retorna PPD negativa, interferon alfa positivo. En la muestra ósea y ganglionar se aisló micobacteriun tuberculosis, inicio tratamiento antibacilar con buena respuesta. **Comentarios**: La tuberculosis sigue siendo una de las grandes simuladoras, la dificultad del diagnóstico radica en la inespecificidad de los síntomas, por lo que siempre deber ser considerada como diagnóstico diferencial.

125. Tuberculosis Extrapulmonar un desafío para el pediatra. Serie de casos

Rolón P, Campuzano A, Ferreira J, Cabrera G, Blaires M, **Semidei V**, Riquelme A, Lezcano R, Esquivel I.
Cátedra y Servicio de Pediatría, FCM-UNA.

Introducción: Hasta en 25% de los casos de TBC existe afectación extra-pulmonar. Las localizaciones más frecuentes: ganglionar, pleural, osteo-articular y peritoneal. **Casos Clínicos: Caso 1. MC**, 11 años, fem, de Canindeyú, Ava-guaraní, fiebre prolongada, cefalea y convulsiones. Ingresa como Meningitis Subaguda, PL: tinta china (+) y se aísla Criptococo SP. Ante epidemiologia (+), desnutrición y fiebre prolongada se estudia TBC probable. Cultivo de LCR (+) para M. Tuberculosis (MT). PPD negativa. **Caso 2. PV**, 7 años, masc, procede de Canindeyú, Mby´a, fiebre prolongada y distención abdominal, Ingresa pálido con hepatoesplenomegalia ictericia y pancitopenia. Se plantea origen infeccioso vs neoplásico. RK 39 (-), PAMO hemofagocitos, ferritina aumentada e hipertrigliceridemia (Sx. Hemofagocítico). Ecografía abdominal: múltiples imágenes ganglionares y un área con plastrón del lado derecho. Por obstrucción intestinal va a laparotomía exploradora observándose caseum en todo el abdomen. PPD (-), Cuantiferon (+), cultivo de secreción abdominal: MT. **Caso 3. FL.,** 3 años, masc, de Canindeyú, Pai tavytera, fiebre prolongada y crecimiento abdominal, padres en tto anti-TBC. Ex físico: hepatomegalia importante pétrea y pancitopenia. Dx al ingreso: Neoplasia vs. Proceso infeccioso. Ecografía: imágenes nodulares vascularizadas en hígado; niveles altos de alfa-fetoproteina. Dx: Hepatoblastoma?, Epidemiologia de TB (+) Cuantiferon (+) y PPD (-). Dx: TBC. **Caso 4. UA**., 5 años, masc, de J. A. Saldívar, fiebre y dolor abdominal recurrente, Dx al ingreso: abdomen agudo quirúrgico vs medico (Parasitosis) Ecografía abd.: líquido libre en cavidad abdominal, sin otros hallazgos, se investigó TBC; padres en tto irregular anti TBC durante 6 meses. PPD (+). **Caso 5. CR**., 16 años, masc, de San Lorenzo, MC: dolor y tumefacción de rodilla izquierda, internación de 5 meses antes por neumonía y derrame bilateral. Fenotipo marfanoide ingresa pálido, polipneico rodilla izquierda tumefacta, ruidos cardiacos alejados, hipoventilación bi-basal, hepatomegalia y adenomegalias cervicales, Dx diferencial: proceso Infeccioso crónico, inmunológico vs Neoplásico. El barrido tomográfico: imágenes en sacabocado a nivel dorsal 1, 2, 3, 4, y 9, cresta iliaca, cabeza de fémur además de líquido en pericardio abdomen y rodilla, aislamiento de M. tuberculosis en la biopsia de un ganglio cervical y de la cresta iliaca. PPD (-),

Cuantiferon (+). **Comentarios:** 1. Las formas extrapulmonares de tuberculosis deben ser consideradas diagnósticos diferenciales a diversas entidades 2. Estas formas simuladoras de TBC presentan dificultad para su diagnóstico definitivo.

126. Estudio comparativo de las características clínicas de la infección por los serotipos 1, 2 y 3 del virus del Dengue (DENV) en niños.

Martínez de Cuellar C[1-2], Araya S[1], Galeano F[1], Avalos C[1], Navarro – Vergara A[1], Amarilla S[1], **González N[1]**, Apodaca S[1], Lovera D[1] y Arbo A[1-2].
[1]Instituto de Medicina Tropical (IMT), [2]Facultad de Ciencias Médicas – UNA.

Introducción: Paraguay es en un país hiperendémico de la infección por DENV, observándose en la última década epidemias por diferentes serotipos. Así en el año 2007 virtualmente todos los casos fueron por el DENV 3, en el 2012-2013 por el DENV 2 y en el 2016 por el DENV 1. Aunque varios factores pueden influir en la presentación clínica y la gravedad, el serotipo del DENV representaría uno de los más importantes. **Objetivo:** Describir comparativamente las características clínicas de la infección por los serotipos 1, 2 y 3 del DENV en niños. **Material y Método:** Fueron incluidos pacientes con dengue, ≤ 15 años hospitalizados en el IMT, periodo 2007-2016. Los datos fueron obtenidos de los expedientes clínicos. Para el análisis comparativo los pacientes fueron divididos en 3 Grupos según periodo de hospitalización: epidemia del 2007 (DENV-3), epidemia del 2012-2013 (DENV-2) y epidemia del 2016 (DENV-1). **Resultados:** Se incluyeron597 niños, 50 en la epidemia DENV-3, 471 en la epidemia DENV-2 y 76 en la epidemia DENV-1. No hubo diferencia en la edad media de los pacientes durante las epidemias por DENV-3, 2 y 1 (10,7±2,6, 10,1 ±4,1 y 9,1±4,9 años, respectivamente (p>0.5). No se observó que un sexo fuera más frecuentemente afectado, siendo la frecuencia en varones en las epidemias por DENV-3, 2 y 1; 52%, 51% y 46%, respectivamente. En la tabla se comparan las principales características clínicas:

Variables	DENV-3 (N=50)	DENV-2 (N=471)	DENV-1 (N=76)	P	RR
Exantema	20%	55%*	9%	<0,05	4,11
Mialgias	90%**	48%	39%	<0,05	1,94
Cefalea	88%**	64%	50%	<0,05	1,41
Vómitos	46%	68%	71%	NS	-
Dolor abdominal	60%	76%*	63%	<0,05	1,23
Sangrados	50%**	28%	24%	<0,05	1,85
Choque	4%	75%*	1%	<0,05	31,57
UTI	0%	12%*	3%	<0,05	7,6

*>en infección por DENV-2 (p<0.05); **>infección por DENV-3 (p<0.05)

La media de días de internación fue de 2,9; 5,1 y 4,6 días respectivamente, para los 3 grupos. Todas la muertes (N=3) se observaron en la epidemia por DENV-2 (letalidad 0,6%). **Conclusiones:** El serotipo DENV impacta significativamente en las manifestaciones clínicas y severidad del dengue. La mayor frecuencia de choque, requerimiento de hospitalización en UCI, nº de días de hospitalización y mortalidad en la epidemia por DENV 2 refleja la severidad de la infección por este serotipo.

127. Factores pronósticos de mortalidad en niños con meningitis bacteriana aguda (MBA)

Lovera D[1,2], **Amarilla S[1]**, Araya S[1], González N[1], Aranda C[1], Galeano F[1], Ávalos C[1], Apodaca S[1], Arbo A[1,2].
Instituto de Medicina Tropical (IMT)[1] y Universidad Nacional de Asunción (UNA)[2] Asunción, Paraguay.

Introducción: La meningitis bacteriana aguda (MBA) es una infección severa responsable de una elevada mortalidad y secuelas discapacitantes. **Objetivo**: Identificar factores pronósticos de mortalidad en Meningitis Bacteriana Aguda (MBA) en población pediátrica. **Material y Método**: Estudio observacional, descrioptivo, retrospectivo que incluyó a pacientes <16 años hospitalizados en el periodo 2005-15 por MBA, con confirmación microbiológica, distribuyéndose en dos grupos según que hayan fallecido o sobrevivido durante la hospitalización. Se compararon variables demográficas, clínicas, laboratoriales, y evolutivas. Se realizó análisis univariado y multivariado. **Resultados**: Durante el periodo de estudio se hospitalizaron 88 pacientes con MBA, (edad media 40±54 meses) de los cuales fallecieron 32 pts (mortalidad del 36%). Streptococcus pneumoniae, Neisseria meningitidis y Haemophilus influenzae b representaron el 60%, 17% y 11,5% de los aislamientos. La presencia al ingreso de un puntaje de Glasgow ≤ 12(p=0,00006, RR0,3 IC0,2-0,6) y choque (p=0,0003, RR0,3 IC0,1-0,6) se asociaron a mortalidad. Durante la hospitalización, el riesgo de morir se correlacionó con la necesidad de ARM (p=0,000007, RR0,3 IC0,1-0,5), la presencia de SIRS (p=0,03 RR0,7 IC0,5-0,9), requerimiento de inotrópicos (p=0,000001 RR0,1 IC0,04-0,2) e hipertensión endocraneana (p=0,0006 RR0,3 IC 0,16-0,6). Laboratorialmente la presencia de GB ≤ 5000 (p=0,002; RR0,1 IC0,05-0,57), hiperalbuminorraquia ≥250 (p=0,03 RR0,4 IC0,2-0,9), pleocitosis ≤200(p=0,01 RR0,4 IC0,2-0,8) fueron factores que se asociaron significativamente a mortalidad, no así la glucorraquia ≤20 mg/dl (p>0,05). De los sobrevivientes 34%(19 pts) egresaron con secuelas

neurológicas. El 62 % de los neumococos fueron serotipificados, siendo los serotipos más frecuentes el 14, 1, 5 y 6B, (31%, 13%, 10% y 10%), no hallándose asociación entre serotipos y mortalidad. **Conclusiones:** La mortalidad en MBA es significativa. Se identificaron condiciones predisponentes, variables demográficas, clínicas, de gabinete y evolutivas que son altamente predictivos de mortalidad.

128. Implementación del consultorio de febriles en el contexto de una epidemia de dengue

Figueredo N, Gómez Y, Godoy L, Alfieri P.
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu

Introducción: El dengue representa en la actualidad un importante problema de salud pública para nuestro país. Debido al alto flujo de casos febriles, se implementó el consultorio externo de febriles, como medida de contención a la epidemia del dengue. **Objetivo**: Describir las características demográficas y evolución de los pacientes del consultorio de febriles en el contexto de una epidemia de dengue. **Materiales y Métodos**: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, de corte transversal. Se revisaron historias clínicas de pacientes que consultaron en el Consultorio de febriles desde diciembre de 2015 hasta abril de 2016. Variables: edad, sexo, procedencia, internación, diagnóstico, nº de consultas, Los datos fueron analizados con SPSSv21 utilizando estadística descriptiva, se consideró un error alfa menor a 5%. El trabajo fue aprobado por el Comité de ética con liberación de consentimiento informado. **Resultados:** se incluyeron 2011 historias clínicas de pacientes que consultaron en el consultorio de febriles del hospital pediátrico. Sexo masculino 50,8%(1020/2011). Procedían de San Lorenzo 55%. La edad media fue de 9,2 ±4,8 años (mínimo 1 mes máximo 20 años). Tuvieron dengue como diagnóstico final 87,3%(1757/2011), por laboratorio compatible, 84,7%(1704/1757), por serología 2,6%(53/1757). Requirieron hospitalización 12% (241/1757). La media de número de consultas por paciente fue 1,8 ±0,9 (mínimo 1 máximo 7). 103/241 pacientes se hospitalizaron el 1er día de consulta y ninguno requirió ingreso a terapia intensiva. **Conclusión**: El consultorio de febriles tuvo gran afluencia de pacientes, la mayoría escolares, procedentes de zonas cercanas al hospital. En alto porcentaje el diagnostico final fue Dengue y permitió la detección precoz de signos de alarma evidenciado por el alto porcentaje de hospitalización en los dos primeros días de consulta.

129. Frecuencia de colonización y sensibilidad de Staphylococcus Aureus en un grupo de niños sanos en Asunción

Benítez I, Velázquez G, Alfonzo K, Giménez P, Martínez F, Rodriguez M, Canese J, Morel Z.
Cátedra de Microbiología. FCM-UNA.

Introducción: La portación nasal de Staphylococcus Aureus (SA) en individuos sanos constituye una fuente potencial de infección, su adquisición se ha relacionado con patologías atópicas y como causa de infecciones recurrentes. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de la portación nasal por SA y su susceptibilidad antimicrobiana en una población de escolares en Asunción y evaluar factores de riesgo asociados a la colonización. **Material y métodos**: Estudio prospectivo analítico en niños de 5 a 16 años en dos escuelas públicas y una privada de Asunción realizado de junio a julio del 2016. Las muestras se obtuvieron por hisopado de narinas y la susceptibilidad antimicrobiana se realizó por el método de Kirby Bauer, la sensibilidad a vancomicina por tiras de E-Test. Se realizó un cuestionario para identificar factores de riesgo. **Resultados:** Fueron estudiados 344 niños, 92 estaban colonizados por SA. Edad promedio 10,3 años, 53% eran escolares y 47% adolescentes, 58% de sexo femenino, 88% procedentes de Asunción, 90% asistía a colegio privado. Con un promedio de 5 habitantes y 2 mascotas en el hogar. EL 63% tuvo factores de riesgo: enfermedades previas 15%, internación en los últimos 6 meses 16% , procedimientos invasivos 12%, medicación crónica 12% y uso reciente de antibioticoterapia 36%, infecciones recurrentes de piel 4%, y convivencia con personal de salud 12% . De las cepas aisladas de SA el 3% fue resistente a meticilina, 12% a eritromicina y clindamicina, 2% para rifampicina Todas fueron sensibles a TMP-SMX y vancomicina. **Conclusiones:** La prevalencia de portación nasal por SA en el grupo estudiado fue del 27%. Un alto porcentaje presento factores de riesgo asociados siendo el uso reciente de antibióticos el más frecuente e importante. El 97% de los aislamientos fue sensible a meticilina.

130. Experiencia del uso del bisturí armónico en las hepatectomías en pacientes pediátricos

Arias S, Guggiari F, Escauriza J, **Silva S,** Caballero E.
Hospital de Clínicas – San Lorenzo

Introducción: La cirugía hepática ha presentado importantes avances en los últimos 20 años, ya que se han desarrollado instrumentos específicos para éste procedimiento. Uno de los hitos más destacados en cirugía hepática fue la publicación de la división anatómica vascular del Hígado de Couinaud en 1957, donde se detallan los 8 segmentos según las estructuras del pedículo hepático. La resección hepática es un reto para los cirujanos debido al riesgo de sangrado masivo durante el procedimiento, antes de 1980 la resección hepática estaba asociada a una mortalidad del 10-20%, en la actualidad gracias a la reducción de las pérdidas anguíneas debido al uso de instrumentos específicos para éste procedimiento como lo es el bisturí armónico y la trasfusión perioperatoria hubo una reducción de la mortalidad a un 5%. **Casos Clínicos y Comentarios: Caso 1.** Paciente de sexo masculino de 1año 7meses con el diagnóstico de Hepatoblastoma en el Segmento IV, fue sometido a Segmentectomía IV con preservación de la vesícula biliar. Se utiliza el bisturí armónico con lo cual se reduce el tiempo quirúrgico y la pérdida de sangre durante el procedimiento. **Caso 2.** Paciente de sexo masculino de 1 año 6 meses con el diagnóstico de Hepatoblastoma en Segmento IV, fue sometido a cirugía utilizando el bisturí armónico con lo cual se reduce la pérdida de sangre intraoperatoria pero requiere de mayor tiempo quirúrgico por la extirpación de la vesícula biliar. **Caso 3.** Pacientes siameses de 6 meses de edad que fueron sometidos a la separación hepática con bisturí armónico.

131. Factores que intervienen para la detección y notificación oportuna de los eventos supuestamente atribuidos a la vacunación o inmunización en el personal de salud. México 2015

Carrión V, Gómez C, **Santibañez A.**
Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. CENSIA-México.

Introducción: El Programa de Vacunación Universal en México, tiene la responsabilidad de responder a la preocupación pública relacionada con la calidad de las vacunas, brindando al personal de salud información actualizada sobre vacunación segura que incluye la vigilancia y notificación oportuna de los eventos supuestamente atribuibles a la vacunación o inmunización (ESAVI) por el personal médico y de enfermería mediante un sistema de vigilancia activa. **Objetivo:** Identificar los factores que intervienen para la Detección y Notificación de los Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización. .**Material y Métodos**: Estudio transversal, observacional; con muestreo no probabilístico convencional, se incluyó 32 entidades federativas, 80 Jurisdicciones, 170 unidades, 672 personal de salud. Se aplicaron 672 encuestas de conocimientos estandarizados y se realizó análisis de frecuencias simples. **Resultados**: El tipo de personal encuestado fue: directores 40%, epidemiólogos 17.8%, responsables del programa 16.6%, personal de enfermería: 25.2%. Con relación al resultado de la encuesta de la identificación y notificación oportuna de los ESAVI el conocimiento del personal fue: Directores: 4.7; Epidemiólogos: 5.3; Responsables del programa: 8.5; Personal de enfermería: 8,5. Observando que el personal gerencial se involucra eminentemente en lo financiero y no en los procesos. **Conclusiones:** Entre los factores que intervienen para la notificación oportuna de los ESAVI, es que el personal de salud gerencial y operativo tenga conocimiento del seguimiento de los ESAVI, capacidad de identificación, ¿qué notificará, como, cuando y a quién?, son los pasos para la notificación oportuna y de calidad.

132. Lesiones oculares por toxoplasmosis en pacientes pediátricos

Cardozo O, Mesquita M.
Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñú".

Introducción: El compromiso ocular en la Toxoplasmosis se ve en el 7 % de los niños con infección congénita y en 93% de los que presentan enfermedad adquirida. En Paraguay no existen estadísticas actualizadas de los niños con toxoplasmosis. **Objetivo:** Describir las características de lesiones oculares atribuibles a toxoplasmosis. **Material y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, con componente analítico. Se incluyeron pacientes de 0 a 18 años que acudieron al consultorio de oftalmología de un hospital pediátrico, desde enero 2011 a mayo de 2014, con lesión ocular compatible con toxoplasmosis y aquellos remitidos con serología positiva para toxoplasmosis. Variables: datos demográficos, serología para toxoplasmosis, tipo de lesión ocular, localización de la lesión, compromiso unilateral o bilateral, presencia de complicaciones oculares. **Resultados:** En dicho periodo fueron

detectados 101 casos. Mediana de edad: 36 meses (P 25 4.5, P50 36 y P75 114 meses). Eran neonatos 11%, lactantes 36,7% y 52,3% mayores de 2 años. Sexo masculino el 50.5%. El 57,4% (58/101) fueron remitidos para evaluar lesión ocular por toxoplasmosis y el 42,6% fueron hallazgos al examen ocular. Presentaron lesiones compatibles con toxoplasmosis el 72,3% (73/101). Lesiones activas en el 12,3% (9/73). Las lesiones en el fondo de ojo fueron retinitis central en el 50,5 %, periférica 4%, ambas en 17,8% y 33% unilaterales. Se observó uveítis en el 5%. Presentaron complicaciones 43% (estrabismos y desprendimiento de retina). Serología positiva para toxoplasmosis en 50,5%. Se confirmó toxoplasmosis congénita en 15%. **Conclusión:** Las lesiones oculares por toxoplasmosis afectaron preferentemente la retina central, el 15 % fueron por infección congénita. La mayoría de las lesiones se diagnosticaron tardíamente.

133. Malformación vascular medular. A propósito de un caso

Cabañas B, Quiroga C, Ortiz CLM, Balbuena B.
Departamento de Pediatría. Hospital Nacional de Itauguá. MSP y BS.

Introducción: Las malformaciones vasculares espinales constituyen un amplio grupo de anormalidades y son una causa importante de mielopatía. Éstas incluyen las malformaciones y fístulas arteriovenosas subdurales, malformaciones cavernosas y telangiectasias capilares. Las imágenes de RM pueden ser orientadoras para el diagnóstico, mientras que la arteriografía digital puede confirmarlo y utilizarse como medio terapéutico. **Caso Clínico:** Paciente de 16 años. Historia de dolor lumbar de 12 horas moderado a intenso que no irradia, pérdida de la función motora y sensitiva de miembros inferiores. Niega antecedentes de traumatismo, fiebre y otros síntomas. Examen físico: reflejos motores superficiales y profundos disminuidos en Miembros Inferiores, pérdida de la sensibilidad y descontrol de esfínteres. RMN de columna dorso lumbar: sangrado medular a nivel de D5. Arteriografía cerebral medular, malformación vascular de tipo capilar a nivel de D2 y D3. Biopsia: tejido nervioso con áreas de hemorragia, hemosiderofagos y tejido de granulación (malformación vascular). No atipias. **Discusión**: Las malformaciones vasculares no regresan espontáneamente y persisten a lo largo de la vida, pueden evidenciarse después de traumatismos, procesos infecciosos, cambios hormonales. Es un fenómeno poco frecuente en la infancia y/o adolescencia. La prevalencia de malformaciones vasculares del cordón espinal es alrededor del 16%. Las manifestaciones clínicas de las Malformaciones Arterio Venosas espinales se expresan como déficits neurológicos agudos, causados principalmente por sangrado; o subagudos, que se caracterizan por una mielopatía en forma de paraparesia de instauración aguda o progresiva, asociada a trastornos sensoriales y disfunción urinaria, intestinal, y sexual, dependiendo del sitio de afección, que puede ser desde los segmentos cervicales hasta los lumbares.

134. Síndrome de Burnout en residentes de pediatría de un hospital pediátrico

Mereles S, Martínez G.
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñú.

Introducción: El Síndrome de Burnout es un problema de salud cada vez más frecuente en médicos. Se torna importante por las repercusiones directas que puede tener sobre la salud, tanto de profesionales como de sus pacientes, especialmente en pediatría. **Objetivo:** Diagnosticar el Síndrome de Burnout (SB) en residentes de pediatría. **Material y Método:** Estudio observacional, descriptivo de corte transversal, prospectivo, aplicando el test Maslash Burnout Inventory (MBI) a residentes de los 3 años de pediatría en diciembre de 2015. Variables: edad, sexo, datos familiares (hijos, convivencia), año de residencia, sala de rotación, guardias extrahospitalarias, actividades recreativas. Se analizaron los tres componentes del SB: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. Datos analizados en SPSSv21, utilizando estadística descriptiva, se consideró un error alfa <5%. Aprobado por el Comité de ética del hospital, con consentimiento informado. **Resultados:** Se incluyeron 44 residentes, edad media 27,6±2 años, sexo femenino 34/44, viven solos 13/44, tienen hijos 11/44, realiza alguna actividad recreativa 40/44, realizan guardias extrahospitalarias 8/44. Se encontró SB en 36,3%(16/44). El 100% presentó algún grado de agotamiento emocional y despersonalización y 50% baja realización personal. No hubo diferencias significativas en cuanto a edad, género, presencia de hijos, actividades recreativas, guardias extrahospitalarias, rotación actual, aunque fue mayor en los que rotaban por urgencias. Presentaron SB 5/6 que vivían en pareja ($p< 0,05$). **Conclusión:** Un tercio de los residentes presentaron SB. Todos tenían algún grado de agotamiento emocional y despersonalización. En mayor porcentaje los que viven en pareja.

135. Pancreatitis de origen litiásico: caracterización de pacientes pediátricos en 5 años en un Hospital Público

Ríos C, Arza H, Barrientos B.
Hospital Nacional de Itauguá.

Introducción: La Pancreatitis Aguda (PA), es la inflamación del parénquima del páncreas; proceso reversible originado por la activación de sus propias enzimas. Una entidad poco frecuente en niños. Numerosos artículos señalan una tendencia creciente en el diagnóstico de PA en este grupo etario. **Objetivo:** Describir las características clínicas de la pancreatitis aguda de origen litiásico en niños y adolescentes. **Material y Método:** Diseño descriptivo transversal. Se incluyeron a niños y adolescentes menores de 18 años con diagnóstico Pancreatitis Aguda de origen litiásico, ingresados en un Hospital Público de enero del 2009 a julio del 2014. Se midieron variables sociodemográficas, cuadro clínico, parámetros laboratoriales, hallazgos ecográficos, tomográficos, complicaciones pancreáticas. **Resultados:** Se registraron 22 casos, promedio de edad de 15,1 años (± 2,8), el 90,9% correspondieron al sexo femenino. Todos los casos presentaron dolor abdominal, seguido de náuseas y vómitos en el 91%. La alteración de amilasemia y/ó amilasuria se observó en el 91%. 2 pacientes con antecedente de colecistectomía al momento del diagnóstico de la PA. La ecografía evidencia presencia de cálculos en vesícula en el 86.4% y en el 13.6% coledocolitiasis. 6 pacientes con criterios de Gravedad según Protocolo de Atlanta fueron sometidos a estudios de Tomografía computarizada. En el 59% debuta con otras manifestaciones clínicas de la litiasis biliar como: la Ictericia obstructiva, Colangitis, Litiasis coledociana y Colecistitis aguda. **Conclusiones:** La casuística evidencia una alta frecuencia de casos en el periodo de estudio, el diagnóstico sigue siendo clínico, laboratorial e imagenológico. Se presentó una baja tasa de complicaciones pancreáticas.

136. Porcentaje de niños sin cedulación en el Hospital General de Barrio Obrero de enero a marzo del 2016

Alfonso M, Cantero L, Trinidad S, Brizuela.
Postgrado en Pediatría Clínica. Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción. Servicio de Pediatría, Hospital Barrio Obrero.

Introducción: El derecho a la identidad es un derecho fundamental e irrenunciable, reconocido por la Constitución Nacional y por el Estado por medio de la Ley No 57/90 "Que aprueba y ratifica la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño", de la Ley No 1680101" Código de la Niñez y la Adolescencia". **Objetivos:** Conocer el porcentaje de niños sin cedulación que acude al nosocomio y proponer solución a la problemática. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo y transversal de 129 pacientes de 3 a 15 años de edad, ingresados en el Servicio de Pediatría del Hospital General de Barrio Obrero desde enero hasta marzo de 2016. Datos extraídos de historias clínicas. **Resultados:** El total de niños sin cedulación fue (24,8%), en donde predominaron el sexo masculino (59,3%) y la edad comprendida de 3 a 6 años (56,2 %), seguidos por los de 7 a 12 años (34,3%). El distrito con mayor porcentaje de niños sin cedulación fue La catedral con el 68,7%. **Conclusiones:** La mayoría de los niños sin cedulación procedió de zonas de pobreza. El sexo masculino prevaleció sobre el femenino. Desde el hospital proponemos garantizar el derecho a la identidad sin discriminación de todos los niños del país.

137. Experiencia en el diagnóstico, tratamiento y complicaciones de la enfermedad de Hirschsprung en un hospital público

Recalde A, Arza H.
Hospital Nacional de Itauguá. Departamento de Pediatría. Servicios de Cirugía Pediátrica.

Introducción: La enfermedad de Hirschsprung es un defecto congénito, se caracteriza por la ausencia de células ganglionares en el plexo de Auerbach y Meissner, a nivel del recto o de otros segmentos del intestino. **Objetivo:** Analizar el diagnóstico, tratamiento y complicaciones de la enfermedad de Hirschsprung registrados en un hospital público. **Material y Método**: Se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo, retrospectivo de corte transversal con componente analítico. En el periodo de tiempo comprendido entre enero del 2008 hasta diciembre del 2014 realizado en un hospital público. **Resultados:** De los pacientes estudiados que fueron 21, resalta la procedencia de Itapúa y Central. La relación género fue de 4:1 masculino y femenino. La mediana de 20 meses, con un mínimo 0,27 meses y un máximo de 174 meses. Entre los signos y síntomas clínicos la distención abdominal, 9 (43%), seguida por estreñimiento 5 (24%), obstrucción intestinal 4 (19%) y fecaloma 3 (14%). En cuantas patologías asociadas tuvimos al Síndrome de Down, agenesia renal derecha, Ductus arterioso venoso permeable y laringotraqueomalasia. El diagnóstico, la biopsia rectal, en el 100 %, con resultados de anatomía patológica: aganglionosis 20 (95%), hipoganglionosis 1(5%), seguida por el colon por

enema demostrados segmento corto 19 (90,5%) y segmento ultracorto 2(9,5%).En la técnica quirúrgica realizada resalta la de Mondragon 13 (61%), Soave 5(24%), Georgeson 2 (10%), y Rebhain 1 (5%). Entre las complicaciones la dehiscencia de sutura 4 (67%), oclusión por bridas 1 (17%), y descenso insuficiente 1 (16%). **Conclusión:** En cuanto a la procedencia resalta los departamentos de Itapuá y Central. Referente a los signos clínicos más frecuente fue la distención abdominal y menos frecuente el fecaloma, entre los medios auxiliares de diagnóstico: la biopsia rectal fue relevante para el diagnóstico y tratamiento al igual que el colon por enema. Los operados según la técnica quirúrgica. De la Torre Mondragon tienen menor porcentaje de complicaciones comparado con otras técnicas. Las complicaciones quirúrgicas se obtuvieron en mayor porcentaje la dehiscencia de sutura.

138. Impacto de la salud bucal sobre la calidad de vida de los niños de 11 a 14 años de tres escuelas nacionales de asunción

Arrúa M[1], Cáceres J[1], Giménez M[1], Mujica C[1], Toledo Y[1], Acosta A[1], Riquelme A[1], Kegler K[2], **Méndez M**[2], Segovia B[2].

[1]**Alumnos del 1er año de la Facultad de Odontología de la Universidad del Pacífico.** [2]**Docentes de la Cátedra de Preventiva de la Facultad de Odontología de la Universidad del Pacífico.**

Introducción: La cavidad bucal no es sólo una parte importante de nuestro sistema digestivo, es un lugar cargado de emociones desde el inicio de la vida. Todas las personas deberían contar con una salud bucal que permita cumplir con sus funciones físicas y emocionales. La calidad de vida y la salud bucal están estrechamente relacionadas. **Objetivo:** conocer el impacto de la salud bucal de los niños de 11 a 14 años en su calidad de vida. **Material y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo y de corte transverso. Realizado en niños de tres escuelas nacionales de Asunción en el año 2016, donde se utilizó el cuestionario de auto- percepción (CPQ 11-14) del impacto de las condiciones bucales en su versión corta en español. Los datos fueron procesados en el programa Excel. **Resultados:** Fueron encuestados 133 niños. El 63% de los encuestados tiene una autopercepción de REGULAR en cuanto a la salud de sus dientes. El 37% respondió haber tenido problemas en sus actividades diarias por causa de sus dientes. El 43% manifestó tener una sintomatología Oral (empaquetamiento dentario 67,2%,, dolor dentario (50,4%), sangrado en las encías (48,6%) y problemas para dormir por dolor (28%), el 26% reportó una Limitación Funcional. La hipersensibilidad fue la limitación con mayor frecuencia (53%), seguido por problemas para comer cosas duras (28%). El 18% presentó afección en el Bienestar Emocional y el 10% en el ámbito Bienestar Social. **Conclusión**: En la evaluación de necesidad de salud bucal percibida se concluyó que los encuestados necesitan asistir al dentista para una evaluación, pues existe impacto físico y emocional en la calidad de vida de los encuestados.

139. Caracterización clínica, etiológica y evolutiva de las infecciones osteoarticulares en los niños hospitalizados en un centro de referencia

Navarro A, Sanabría G, Arbo A.

Instituto de Medicina Tropical. Servicio de Pediatría.

Introducción: Las infecciones osteoarticulares (IOA) son una patología pediátrica infecciosa, en general de etiología bacteriana, relativamente frecuente y potencialmente severa. **Objetivo**: Determinar las características clínicas, etiológicas y evolutivas de las infecciones osteoarticulares en los niños hospitalizado en un centro de referencia. **Materiales y Métodos**: Estudio observacional, retrospectivo de corte transversal. Se revisaron las historias clínicas de todos los niños de 1 mes a 15 años de edad hospitalizados en el servicio de Pediatría entre el 01/01/2010 a 31/12/2015 con diagnostico al egreso de Osteomielitis, Osteoartritis o Artritis séptica. **Resultados**: En el periodo de estudio se hospitalizaron 59 pacientes (pts) con diagnóstico de IOA, de los cuales 31 (52%) fueron casos de artritis séptica, monoarticular (n=25) o poliarticular (n=6), 21 (36%) fueron casos de osteomielitis y 7 (12%) osteoartritis. La media de edad fue 8,9 $\pm$ 3,8 años, y 40 pts (67,8%) fueron varones. El dolor y la impotencia funcional fueron los síntomas más frecuentes. La localización más frecuente fue en miembros inferiores (47 casos, 79,6%). Fue identificado el microorganismo causal en 45 casos (76%), siendo el *Staphylococcus aureus* el más frecuente (n=35, 78%), seguida de bacilos gram negativos (n=5, 8%) y otros en 5 pts. El 51% del S. aureus aislado fue resistente a meticilina. El 29% de los pts egresaron con secuelas y 2pts (3%) fallecieron con choque séptico a punto de partida articular. **Conclusión:** Las IOA siguen siendo una patología de alta morbilidad en nuestro medio. Afectan con más frecuencia los miembros inferiores así como a los niños varones en edad escolar, siendo el S. aureius el principal agente etiológico. La tasa de secuelas es significante y la mortalidad no es despreciable.

140. Calidad de vida en pacientes pediátricos con diálisis peritoneal y hemodiálisis en un Hospital de Hidalgo

Baltazar RM, Gálvez Y, Pérez E, Guevara RM.
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Introducción: La insuficiencia renal crónica ha incrementado en los últimos años, y está entre las primeras 10 causas de mortalidad. En los niños con patología renal, cada vez es mayor la necesidad de recurrir a procedimientos de diálisis peritoneal o hemodiálisis, siendo los niños más vulnerables a alternaciones en su función física, social y emocional. **Objetivos:** Determinar la Calidad de vida en pacientes pediátricos con diálisis peritoneal y hemodiálisis en un hospital de Hidalgo. Identificar cuáles son las determinantes de Calidad de Vida en este grupo de pacientes. **Material y Método:** Estudio cuantitativo, transversal, descriptivo, n=25, se utilizó el instrumento TECAVNER (Test de Calidad de Vida Especifico para Niños con Enfermad Renal Crónica, con un alphaCrombach de 0.70, evalúa tres dimensiones el estado físico, emocional y el bienestar social. **Resultados:** Edad de 10 a 16 años, el 56% sometidos a hemodiálisis, el 44% a diálisis, el 55% con Hipertensión arterial, estado de ánimo de malo a regular el 52%, rechazo al tratamiento en un 24% .El 76 % muestra tristeza, enojo y apatía ante la limitación de sus actividades. De los cuidados del catéter solo una cuarta parte incluido al familiar se realizan el lavado de manos. **Conclusiones:** En relación al tipo de tratamiento más de la mitad están sometidos a tratamiento sustitutivo de función renal, y casi el total de los niños refieren emociones negativas lo que repercute en su bienestar emocional.

141. Factores de riesgos para el desarrollo de complicaciones cardiovasculares en pacientes pediátricos con enfermedad renal crónica (ERC).

Núñez N, Martínez M, Troche A.
Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Servicio de Nefrología. Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción.

Introducción: La supervivencia de los niños portadores de ERC está determinada por las complicaciones cardiovasculares, que son la primera causa de muerte en adultos con esta patología. Los factores de riesgos para el desarrollo de las mismas ya están presentes en los niños con ERC. **Objetivos:** Determinar las complicaciones cardiovasculares y sus factores de riesgos en relación al estadío de la ERC en la que aparecen. **Material y Método:** Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, retrospectivo basado en datos recolectados de fichas de clínicas de pacientes menores de 18 años portadores de ERC, con componente analítico (EpiInfo 7). **Resultados:** Se estudiaron 40 pacientes con ERC en estadío II al V. De la población de estudio fue más frecuente en varones 22/40 (55%). Presentaron alteraciones ecocardiograficas 8/40 (20%); las alteraciones encontradas fueron: hipertrofia concéntrica del VI, insuficiencia mitral y tricuspídea, cámaras cardiacas dilatadas, insuficiencia tricuspídea, todos en estadio V (p: 0.0018). Como factores de riesgos presentaban anemia 4/8 (50%); HTA 4/8 (50%); hiperparatiroidismo 6/8 (75%); aumento del producto fosfocalcico 4/8 (50%); dislipidemia 5/8 (62.5%) y en cuanto al IMC encontramos con bajo peso 4/8 (50%), con sobrepeso 1/8 (12.5%) pacientes con alteraciones cardiacas. **Conclusión:** El hallazgo del análisis determino que la mayoría de los pacientes con ERC no presento alteración cardiaca, todos ellos en el estadío V; el hallazgo predominante fue hipertrofia del VI hallazgo coincidente con la literatura mundial.

142. Infección Urinaria (IU) en niños y adolescentes sometidos a trasplante renal (TR): nuestra experiencia en el HCIPS

Gómez N, Troche A, Martínez Pico M.
Servicio de Nefrología. Unidad de Nefrología Infantil. Hospital Central- Instituto de Previsión Social. Postgrado de Nefrología Pediátrica, Facultad de Medicina, UCA.

Introducción: El TR es el tratamiento de elección para los pacientes con Insuficiencia Renal Terminal. Si bien la sobrevida de los pacientes es alta, la del implante depende de factores inmunológicos y no inmunológicos (como la HTA y las IU), que pueden llevar a la pérdida del injerto. Las IU post trasplante, son una de las principales causas de morbimortalidad en trasplantados renales, causando aproximadamente el 60% de las bacteriemias. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de IU en pacientes pediátricos trasplantados renales en HCIPS. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo de corte transverso con enfoque retrospectivo. Se evaluaron el 100% de los pacientes con TR que realizan seguimiento en la Unidad de Nefrología Infantil del HC-IPS desde diciembre del 2006 hasta Agosto del 2016. **Resultados:** De un total de 17 pacientes, 8 (47%) presentaron IU. 8 eventos (16,3%) fueron en los primeros 3 meses post trasplante, y 29 (59,1%) luego

del año. Los gérmenes más frecuentes fueron: EscherichiaColi 26 (54,1%) siendo BLEE 6 (23%); KlebsiellaPneumoniae 7 (14,5%), de los cuales 3 (42,8%) fueron BLEE. El 50% de los que tuvieron IU a repetición, tienen como diagnóstico primario vejiga neurogénica. **Conclusiones:** La prevalencia IU es de casi la mitad de los pacientes, esta se presenta más bien en el post trasplante tardío, el aislamiento de gérmenes BLEE es alto, el principal factor de riesgo es el diagnóstico de base, en el contexto de la inmunosupresión. Es recomendable conocer la sensibilidad de las bacterias para preservar el espectro antimicrobiano y así, disminuir la incidencia de germenes multirresistentes.

143. Litiasis Renal en el Consultorio de Nefrología Pediátrica

Lezcano F, Martínez M, Troche A.
Hospital Central Instituto de Previsión Social. Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción- Paraguay.

Introducción: La incidencia de Litiasis Renal en Pediatría se encuentra en ascenso, su conocimiento ayuda a una mejor rutina diagnóstica y terapéutica, por ende a mejorar la calidad de vida del paciente litiásico. **Objetivo:** Determinar las características clínicas, laboratoriales e imagenológicas de la litiasis renal en el Servicio de Nefrología Pediátrica durante el periodo Enero-Agosto 2016. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, prospectivo, corte trasversal, con muestreo no probabilístico de casos consecutivos. Se incluyeron 40 pacientes de 0 a 17 años de edad, que consultaron en el periodo de estudio. Se excluyeron pacientes con historia clínica incompleta. **Resultados**: Edad promedio: 8,1 años (2 meses - 17 años). Varones 65%, mujeres 35% (relación 1,8:1); 82% no tenía antecedentes familiares de litiasis, el 95% tenía orina simple normal. Se dividieron los pacientes en 3 grupos etarios, grupo A < de 5 años, grupo B de 6 a 10 años, grupo C >11 años, el grupo más afectado fue el B con 58%, el grupo A 22%, y grupo C 20%, 72% de los cálculos medían 3 a 5 mm, 50% fueron cálculos únicos y 50% múltiples, Ubicación: 80% pelvis renal, 17% uréter y 3% vejiga, Etiología: 62% hipercalciuria, 5% hipocitraturia, 2,5% hipomagnesuria. **Conclusión**: La litiasis fue más frecuente entre los 6 a 10 años de edad, el sexo predominante fue masculino, la mayoría de los cálculos midió 3-5mm, ubicados en la pelvis renal y el trastorno metabólico más habitual fue la hipercalciuria.

144. Nivel socioeconómico y gastos de niños que asisten a un Hospital público, para tratamiento sustitutivo renal

Alvarez J, García V, Franco M, Fretes J, Gotz S, Peiró A, Florentin de Merech L
Departamento de Nefrología Pediátrica- Hospital de Clínicas FCM UNA

Introducción: la hemodiálisis (HD) en entes públicos de nuestro país, se efectiviza gracias a los insumos proveídos por el estado. Aún así, la asistencia al hospital y los medicamentos indicados generan gastos a considerar en el contexto socioeconómico familiar, para garantizar un tratamiento efectivo. **Objetivos:** General: determinar el nivel socioeconómico de niños en HD y los gastos que generan su asistencia al servicio. Específicos: a. Indagar datos demográficos, constitución familiar, educación y vivienda del niño. b. Determinar los gastos generados por el tratamiento. **Material y Método:** estudio prospectivo observacional, descriptivo, de corte transversal, con evaluación de niños en HD crónica del Dpto de Nefrología Pediátrica Htal de Clínicas FCM UNA y entrevista personal a los padres. Resultado: total 8 niños evaluados y 9 padres entrevistados (7♀y 2♂): $\bar{x}$ edad 11a (R 9-16). Sexo ♀ : 4/8. Procedencia: interior 5/8, Central 3/8. Familia: disfuncional 5/8 (solo ♀ 3/5, solo ♂ 2/5), funcional 3/8. Padres: educación primaria 4/8, básica 3/8, universitaria 1/8. Niños: deserción escolar 4/8, primaria 3/8, escolar media 1/8. Trabajo informal 4/8 (<sueldo mínimo), formal 2/8(sueldo mínimo), desocupación 2/8 (ayuda de parientes), ayuda eventual (fundaciones, gobernación) 5/8. Vivienda propia 5/8, albergue 2/8, alquiler 1/8. Gastos del tto: medicación: $\bar{x}$ 500.000gs (R 300.000 - 700.000), transporte: $\bar{x}$ 400.000 Gs (R 200.000 - 600.000), viático $\bar{x}$ 400.000Gs (R300.000–500.000). Total gastos: $\bar{x}$ 650.000Gs. Conclusiones: en su mayoría escolares de ambos sexos, del interior del país, con padres de bajo nivel de educación e ingresos económicos, inestabilidad laboral, familias disfuncionales y deserción escolar. Los gastos del tratamiento hospitalarios son elevados para las características socioeconómicas de la población estudiada. Por ello se requiere de ayuda externa, pero ésta al ser irregular no garantiza el estricto cumplimiento terapéutico.

145. Síndrome de Cascanueces, como causa de proteinuria intermitente. A propósito de un caso

Basabe M, Martínez Pico M, Troche A.
Hospital Central Instituto de Previsión Social. Unidad de Nefrología Pediátrica. Asunción, Paraguay

Introducción: El síndrome de cascanueces es causado por la compresión de la vena renal izquierda entre la aorta y la arteria mesentérica superior. Se caracteriza por la presencia de dolor lumbar y varicocele izquierdos, hematuria micro o macroscópica y proteinuria ortostática. En este reporte se presenta el caso de un adolescente con síndrome de cascanueces, manifestado principalmente por proteinuria intermitente, y hematuria microscópica. **Descripción del Caso Clínico**: Adolescente sexo masculino de 13 años, con antecedente de pérdida de peso, dolor lumbar izquierdo y hallazgo de proteinuria, por lo cual es remitido a nuestro servicio. Al examen físico se constató índice de masa corporal de 16 kg/m2 y varicocele izquierdo. El exámen de orina mostró proteinuria ortostática, y hematuria. Perfil renal normal y perfil colagénico negativo. En ecografía renal con doppler se constata dilatación de la vena renal izquierda, hasta nivel de la pinza aorto-mesentérica, lo cual permitió sospechar el diagnóstico de síndrome de cascanueces. En éste caso se demostró la anomalía vascular por tomografía (angiotac) y se decidió una conducta espectante. **Discusión.** No existen muchos casos de síndrome de cascanueces reportados en la literatura por lo que en todo paciente con historia de dolor lumbar izquierdo, proteinuria ortostática, hematuria macro o microscópica, y varicocele izquierdo, especialmente aquellos con bajo índice de masa corporal (ya que en éstos se favorece la ptosis viceral y por consiguiente la disminucion del angulo aorto-mesentérico de la vena renal izquierda), debemos tener un alto índice de sospecha. para así evitar estudios invasivos y tratamientos innecesarios.

146. Características epidemiológicas de niños que acuden a un centro Nefropediátrico público

García V, Franco M, Fretes J, Gotz S, Peiró A, Álvarez J, Florentín de Merech L.
Departamento de Nefrología Pediátrica, Hospital de Clínicas FCM UNA.

Introducción: El conocimiento epidemiológico de niños que requieren atención médica especializada, puede evidenciar falta de acceso a salud integral en zonas rurales del país y sugerir estrategias para optimizar recursos. **Objetivos:** conocer características epidemiológicas de pacientes que requieren consulta de Nefrología Pediátrica de un Hospital General. Caracterizar de pacientes: edad, sexo y días de evolución hasta la consulta, procedencia geográfica y distancia recorrida hasta el hospital. **Material y Método:** Estudio descriptivo observacional, retrospectivo, corte transversal. Muestreo no probabilístico de casos consecutivos del Dpto de Nefrología Pediátrica, Hospital de Clínicas FCM UNA, desde 08/2012 a 08/2016. Cálculos: Planillas Excel. **Resultados:** 1150/1333 casos reúnen criterios de inclusión. ♀ 584/1150 (50,8%). Edad: mediana 61meses R0–242 meses: escolares 349/1150(30.3%), lactantes 316/1150(27.5%), adolescentes 238/1150(20.7%), preescolares 196/1150(17%), neonatos 52/1150(4.5%). Evolución de enfermedad: mediana 5,2 meses R1-6m. Procedencia: Central 693/1150(60%), de los cuales: San Lorenzo 167/693(24%), Luque 95/693(13.7%), Capiatá 79/693(11.4%), Ñemby 68/693(9.8%), Fdo. de la Mora 65/693(9.4%), Lambaré 43/693(6.2%), Limpio 42/693(6%), MR Alonso 23/693(3.3%), Ypané 21/693(3.03%), Areguá 20/693(3%), J.A Saldívar 19/693(2.7%), Itauguá 13/693(1.9%), San Antonio 12/693(1.7%), otros 26/693(3.7%). Asunción 122/1150(10.6%), San Pedro 52/1150(4,5%), Cordillera 49/1150(4,3%) y Caaguazú 48/1150(4,3%). Distancia entre residencia y hospital: $\bar{x}$ 72,4km R1-480km. **Conclusiones:** Más pacientes escolares acudieron a consulta especializada, sin diferencias de sexo. El tiempo de evolución de la enfermedad hasta la consulta fue prolongado. La mayoría proviene de Central. En general, recorren largas distancias para llegar al Hospital. La creación de centros satélites nefropediátricos en zonas rurales, facilitaría la atención especializada.

147. Complicaciones quirúrgicas en trasplante renal pediátrico. Experiencia de la Unidad de Nefrología Infantil, Hospital Central, Instituto de Previsión Social.

Adorno T, Martínez M, Troche A, Romero M, Ayala R, Mayor M, Jara P, Schaerer C, Teixeira E, Filizzola R, Franco O.
Unidad de Nefrología Infantil, **Servicio de Nefrología y Trasplante. Servicio de Cirugía Vascular, Servicio de Terapia Intensiva Pediátrica. Hospital Central, Instituto de Previsión Social (HC/IPS). Universidad Católica de Asunción.**

Introducción: El trasplante renal es el tratamiento ideal en niños con Insuficiencia renal terminal, ya que mejora el desarrollo neurológico, psicológico y la calidad de vida con relación a diálisis. Los nuevos

tratamientos inmunosupresores han disminuido la incidencia de rechazos agudos, que anteriormente producían pérdida del injerto, no así, las complicaciones quirúrgicas (vasculares, urológicas y del lecho operatorio) que inciden en la sobrevida del riñón trasplantado. **Objetivo:** establecer la prevalencia de las complicaciones quirúrgicas en pacientes trasplantados en edad pediátrica, del Servicio de Nefrología del HC/IPS, del 2006 al 2016. **Materiales y Métodos:** Observacional, descriptivo de corte transversal, retrospectivo, con muestreo no probabilístico de casos consecutivos. **Resultados:** se estudiaron 19 pacientes (femenino: 12, masculino: 7) Complicaciones quirúrgicas: 10 (52,6%). Urológicas: 6 (60%), diagnosticados por ecodoppler, el tratamiento fue: 3 (50%), quirúrgico; 2 (33,3%) conservador, 1 (16,6%) corticoides. El 100% presentó alteración de la función renal (FR), con mejoría del 66,6%. Vasculares: 4 (40%), diagnosticados con ecodoppler, siendo el tratamiento: 1 (25%) por cateterismo con embolización y colocación de stent, 1 (25%) angioplastia, 1 (25%) conservador, 1 (25%) la trasplantectomía por necrosis del injerto. La FR estaba alterada en el 100%, con mejoría en un solo caso. Lecho operatorio: ninguno. **Conclusiones:** La prevalencia de las complicaciones quirúrgicas en trasplantados renales fue del 52.6% y todos cursaron con alteración de la FR; de ellas, las urológicas son predominantes, y tienen mejor pronóstico funcional renal. Todos fueron diagnosticados por ecodoppler, método de bajo costo, no invasivo, cuyo uso debe aumentar, de forma a detectar precozmente las complicaciones y optimizar los tratamientos en pos de mejorar la sobrevida del injerto renal.

148. Disfunción miccional en niños. Un enfoque pediátrico de la consulta especializada

Fretes J, García V, Franco M, Gotz S, Peiró A, Álvarez J, Florentín de Merech L
Departamento de Nefrología Pediátrica,Hospital de Clínicas FCM UNA.

Introducción: los trastornos miccionales son motivo frecuente de consulta pediátrica. La observación de la micción, estudios de laboratorio e imágenes orientan el diagnóstico de patologías orgánicas subyacentes y la urodinamia que detecta alteraciones funcionales. **Objetivos:** General: determinar la edad de inicio, el momento de la consulta médica especializada y las formas clínicas de presentación de la disfunción miccional DM en niños. Especificos: indagar sobre las patologías asociadas, estudio urodinámico y tratamiento específico. **Material y Métodos:** Estudio observacional descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, en niños con DM de consulta ambulatoria, Dpto de Nefrología Pediátrica, Hospital de Clínicas FCM UNA, desde 07/12 a 07/16. **Resultados:** Total de consultas nefrológicas 1330; presentaron DM 130/1330(10%). Sexo♀ 87/130(67%). Inicio de síntomas: $\bar{x}$4 años y de consulta nefrológica: $\bar{x}$6 años. Con manifestaciones clínicas al diagnóstico: 109/130 (84%), siendo las más frecuentes Infección urinaria recurrente ITUR(28%), Urgencia miccional(19%) y Polaquiuria (12,5%). Patologías asociadas más frecuentes a la DM 70/130(54%): MMC 42/130(32%) y reflujo vesicoureteral RVU 17/130(13%). Con estudio urodinámico 55/130(42%): hiperreflexia vesical 20/55(36%) y disinergia 28/55(50%) entre las más frecuentes. Tratamiento: educación miccional y/o anticolinérgicos todos con mejoría. **Conclusión:** la DM constituye la décima parte de las consultas, con inicio de los síntomas en edad de madurez miccional pero con retraso en la consulta especializada. La ITUR fue la expresión clínica más frecuente. Algunos niños con vejigas neurogénicas por MMC fueron remitidos directamente a la consulta, aun sin manifestaciones. Las anomalías más frecuentes asociadas a la DM fueron MMC y RVU. Buena respuesta al tratamiento en todos.

149. Nefropatía asociada a infección vírica. Caso clínico

Gotz S, García V, Franco M, Fretes J, Peiró A, Álvarez J, Florentín de Merech L.
Departamento de Nefrología Pediátrica,Hospital de Clínicas FCM UNA.

Introducción El síndrome nefrótico SN en el primer año de vida es poco frecuente. Considerado como patología diferenciada del SN clásico, que se presenta entre los 2 y 6 años de edad. Estas formas de SN de aparición precoz, se denominan congénitos cuando aparecen en los tres primeros meses de vida, e infantiles si lo hacen antes del año. **Caso Clínico:** Lactante femenina, de 3 meses de edad, procedente de Luque. Controles prenatales insuficientes. Cesárea electiva. Periodo neonatal sin complicaciones. Niega antecedentes patológicos personales y familiares. Historia de un mes de evolución con edema de párpados, abdomen y vulva. Ingresa en anasarca, aparentemente sin disminución de la diuresis. Laboratorio: HB 7,6 Hto 32% albúmina 0,7mg/dL, Ca 7,8mg/dL, colesterol 276mg/dL, TSH 10mg/dL, proteinuria 141mg/kp/24horas. Indicación: dieta hiposódica, normoproteica, normocalórica, volumen en mantenimiento, espironolactona durante la internación, bolos de albúmina, que requirió 12 días. Serología: IgG e IgM para CMV (+). CMV IgG e IgM

maternas (+), resto de serologías negativas. Sin signos de infección en otros órganos. Recibió valganciclovir durante 2 meses, con remisión del cuadro nefrótico. En el seguimiento, evolución favorable, crecimiento conservado, proteinuria significativa persistente con función renal normal. Se agrega enalapril. **Comentarios**: la infección por CMV es causa poco frecuente de SN, cuyo manejo se basa en el tratamiento antiviral y en medidas generales, estando contraindicados los corticoides. Mediante estos casos, al pediatra solidifica sus conocimientos en los distintos tipos de síndrome nefrótico en la infancia, y sobre todo a establecer, en base al diagnóstico, el tratamiento específico.

150. Prevalencia de Infección urinaria post resolución quirúrgica, en niños con Uropatías Congénitas (CAKUT)

Franco M, García V, Gotz S, Fretes J, Peiró A, Álvarez J, Florentín de Merech L.
Departamento de Nefrología Pediátrica. Hospital de Clínicas FCM UNA.

Introducción: Las uropatías congénitas (CAKUT), predisponen a comorbilidades e IU recurrentes por alteración de la arquitectura renal y enlentecimiento del flujo urinario. Su resolución quirúrgica intenta prevenir cicatrices pielonefríticas y daño renal. **Objetivo:** General: Determinar la prevalencia de ITU post resolución quirúrgica de CAKUT. Específicos: Caracterizar edad y sexo de pacientes, tipo de CAKUT y cirugías realizadas, gérmenes causales de ITU, antibioticoterapia y quimioprofilaxis empleadas y complicaciones intercurrentes. **Material y Método:** Estudio observacional descriptivo, retrospectivo, corte transversal, en pacientes con ITU posterior a resolución quirúrgica de CAKUT, del Dpto. de Nefrología Pediátrica FCM UNA, de agosto/2012 a agosto/2016. **Resultados:** 39/1330 pacientes presentaron CAKUT con corrección quirúrgica: estenosis pieloureteral (EPU): 20/39 (51%), ureterocele: 6/39(15%), válvula de uretra posterior(VUP): 6/39 (15%), RVU gradoV: 4/39 (10%) Megauréter obstructivo: 3/39 (9%). Media de edad: 4,7años (R:22DDV-15a). masculino 26/39 (66,6%). ITU post cirugía: 10/39 (26%), sin ITU: 29/39 (74%). ITU recurrente: 7/10, episodio único:3/10. Gérmenes hallados en Urocultivos/sensibilidad/tto: E. Coli/ cefotaxima: 9 episodios. En ITU recurrente: E.Coli BLEE/meropenem: 4 Pseudomona/ceftazidi-ma: 2, C.tropicalis/fluconazol: 1, Enterobactercloacae /ampicilina:1. Todos en quimioprofilaxis con TMP.SX. Uropatías/cirugías: VUP/fulguración: 4/10, ureterocele/drenaje: 3/10, EPU/pieloplastia: 3/10. Otras complicaciones: ERC5/10, reemplazo renal 2/5 (VUP), vesicostomía 1/10, 2da fulguración 1/10, 2da pielopaplastia 1/10. **Conclusiones:** Una cuarta parte de pacientes con CAKUT, repitió ITU post cirugía, aun estando con quimioprofilaxis. La cirugía correctiva no evitó en todos los casos nuevas ITU. Estas fueron en su mayoría severas, recurrentes, con internación y tratamiento endovenoso, aún con E. Colimultisensible. A pesar de las medidas implementadas, en algunos no pudo evitarse el desarrollo de ERC. Las indicaciones quirúrgicas de las uropatías deben ser valoradas de acuerdo al riesgo/ beneficio de cada paciente y en forma multidisciplinaria.

151. Sobrevida del Injerto en Trasplante Renal (TR) Pediátrico. Experiencia del Instituto de Previsión Social.

Martínez Pico M[1], Troche A[1], Jara P[2], Nuñez N[1], Adorno T[1], Basabe M[1], Mayor M[2].
[1]**Unidad de Nefrología pediátrica,** [2]**Unidad de Trasplante Renal, Servicio de Nefrología, HCIPS.**

Introducción: El TR es el tratamiento de elección para la Insuficiencia renal terminal (IRT) en niños. Además de restablecer la función renal, mejora el crecimiento, el desarrollo neurológico y la calidad de vida. Inciden en la sobrevida del injerto: tipo de donante, edad al trasplante, tratamiento dialítico previo, rechazos agudos, presencia de complicaciones vasculares o urológicas, recidiva de la patología primaria. **Objetivo:** Conocer la prevalencia de factores de riesgo y determinar la sobrevida del injerto en pacientes pediátricos que recibieron TR en el HCIPS entre Agosto 2006 y agosto 2016. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional descriptivo, de corte trasverso, con componente analítico y enfoque retrospectivo. **Resultados:** 19 pacientes fueron trasplantados, masculino 6 y femenino 13 (relación: 1:2,1). Fueron excluidos 2 (menos de un año de trasplantados). N=17. Donante: vivo 9/17 (53%), cadavérico 8/17 (47%). Etiología de la IRT: uropatía 11/17 (65%), desconocida 3/17 (18%). Diálisis previa 13/17 (76%). Esquema inmunosupresor: 100% triple terapia con micofenolato y prednisona, además de ciclosporina 7/17 (41%) o Tacrolimus 10/17 (59%). Inducción con basiliximab 11/17 (65%). Complicaciones urológicas o vasculares 9/17 (53%). Rechazo agudo 2/17 (12%). Diálisis previa 13/17 (74%). La sobrevida del injerto al año fue 82%, a los 3 años 67% y a los 5 años 60%. **Conclusiones:** los pacientes con TR fueron en su mayoría de sexo femenino. La cantidad de donantes vivos y cadavéricos fue similar. La etiología de la IRT fue principalmente uropatías. Presentaron

complicaciones quirúrgicas la mitad de los pacientes. La sobrevida del injerto es ligeramente inferior a la mencionada en la literatura, esto podría deberse a la alta ocurrencia de complicaciones urológicas y vasculares.

152. Uropatías y daño renal en pacientes pediátricos

Peiró A, García V, Franco M, Fretes José, Gotz S, Álvarez J, Florentín de Merech L.
Departamento de Nefrología Pediátrica-Hospital de Clínicas F.C.M. U.N.A.

Introducción: Uropatías como reflujo vesicoureteral severo (RVU), válvulas de uretra posterior (VUP), estenosis pieloureteral (EPU)y otras, aumentan el riesgo de daño renal y desarrollo de enfermedad renal crónica (ERC). **Objetivos:** General: describir las uropatías presentes, su prevalencia y la prevalencia de daño renal crónico en dicha población. Específicos: describir la edad de diagnóstico de la uropatía y ERC. Material y método: descriptivo observacional, retrospectivo, corte trasverso, de ptes .con uropatías del Departamento de Nefrología Pediátrica, Hospital de Clínicas FCM UNA, neonatos hasta 18 años, desde 07/2012 hasta 07/2016. Resultados: total 1.330 consultas, uropatas 146/1330(11%), incluidos 89/146(61%). ♂ 51/89(57%). Dx de uropatía: prenatal 30/89(34%), <2años25/89(28%), > 2años11/89(12%). Sindatos 23/89(26%). Uropatías: RVU34/89(38%), EPU14/89(16%), VUP10/89(11%), Ureterohidronefrosis 9/89(10%), Doble sistema colector 8/89 (9 %), Megaureter y ureterocele con RVU 2rio 6/89 (7%), otros 1/89 (1%). Uropatas con ERC 11/89 (9,8%). Edad de dx de ERC: $\bar{x}$ 5,4 años. Estadio de ERC en 1ra consulta: E III 6/11, E V 4/11, E II 1/11. Conclusiones: uropatas menos de 1/3, prevalecen RVU moderado a severo, VUP y ureterohidronefrosis. Predominio de varones, más del tercio tuvo dx prenatal, el resto evidenció retraso dx importante de la uropatía. ERC presente en el 10%, preferentemente VUP y detectada tardíamente en la mayoría. Ninguno de los crónicos tuvo dx prenatal de la uropatía. El retraso en el dx y consulta especializada influyeron negativamente en la sobrevida renal.

NEONATOLOGÍA

153. A propósito de un caso Hernia diafragmática derecha en un lactante

Leguizamón E, Alfonso J.
Hospital Nacional de Itauguá, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

Introducción: La Hernia Diafragmática Congénita (HDC) es un defecto del diafragma de etiología desconocida, con una incidencia de 1 por cada 2400 nacidos vivos. Se presenta generalmente con distress respiratorio en el periodo neonatal con morbimortalidad importante, debido a grados variables de hipoplasia e hipertensión pulmonar. Los casos de presentación tardía oscilan entre 5 a 25% y se asocian a mejor pronóstico. **Caso Clínico:** Lactante menor de 1 mes, sexo femenino, antecedentes perinatales de gestación única, sin complicaciones ni datos de infección, nacimiento de término, cesárea debido a desproporción cefalopélvica, alta médica en buen estado a las 48hs de vida. Acudió con antecedentes de secreción purulenta en oído derecho y fiebre de 5 días de evolución, se constató al ingreso dificultad respiratoria. En la radiografía se constató hernia diafragmática derecha por lo que fue remitida a nuestro centro. Ecocardiografia con anatomía cardiaca normal, PSP 30mmHg, función contráctil preservada. Ecografía abdominal normal. Se realizó corrección quirúrgica del defecto con colocación de tubo de drenaje pleural y drenaje del lecho operatorio que fueron retirados a las 48hs. Requirió 5 días de ARM convencional con parámetros intermedios, inotrópicos 1 día, culminó esquema antibiótico cubriendo cuadro infeccioso de base. Luego de 14 días de internación con buena evolución y en buen estado se decidió alta. **Comentarios:** La HDC es una patología de baja incidencia, pero de elevada letalidad. Su identificación antenatal es esencial para programar el parto en un centro hospitalario que permita brindarle tanto a la madre como al RN una asistencia integral.

154. C.A.L.O.T.O.: Un instrumento para la evaluación de indicadores básicos de atención del recién nacido en la primera hora de vida

Arrechea A, **Bareiro G**, Fonseca R, Espinola N.
Hospital Materno Infantil San Pablo. Asunción – Paraguay.

Introducción: La aplicación de indicadores básicos de calidad en la atención neonatal en la primera hora de vida ha demostrado un gran impacto en la sobrevida de los recién nacidos (RN); con el objetivo de asegurar la efectividad de lactancia materna, con todos los beneficios que ello implica a corto, mediano y largo plazo, además de beneficios en la

prevención de la anemia, de infecciones y otros. C.A.L.O.T.O. es un instrumento creado en el Hospital Materno Infantil en el afán de esquematizar la atención en la primera hora de vida. (**C**: clampeo oportuno. **A**: apego precoz. **L**: lactancia en la primera hora. **O:** Ocular profilaxis**. T:** control **T**érmico. **O:** Ombligo / higiene). **Objetivo:** Evaluar la aplicación del esquema C.A.L.O.T.O. en la atención del RN en la primera hora de vida por el personal de salud. **Materiales y Métodos:** Análisis prospectivo descriptivo de casos consecutivos de la implementación del CALOTO desde enero 2014 a agosto 2016. El registro fue realizado por el personal de blanco asignado a la atención inmediata del RN. **Resultados**: En el periodo de estudio se registraron 8428 nacimientos (Año 2014: 3341; Año 2015: 2980; Año 2016: 2107). Los RN que se vieron condicionados por aspectos del nacimiento a no recibir C.A.L.O.T.O.: 274 (8.2%); 215 (7.2%) y 233 (11%) respectivamente por año. De los RN que poseían las condiciones clínicas de recibir C.A.L.O.T.O. se observó en el primer año de implementación la aplicación en el 73.5 % (2254/3067) de los RN sanos; en el año 2015: 78.5% (2174/2765) y en el año 2016 se constató la aplicación en el 97.06% (1833/1874) de los RN sanos. **Discusión**: Se constató un incremento progresivo de la aplicación del instrumento que ha colaborado a unificar indicadores básicos de la atención inmediata del recién nacido en su primera hora de vida, con un costo operativo prácticamente nulo.

155. Características clínicas y manejo de recién nacidos con onfalocele

Rodas C, Álvarez E, Paredes M, Genes L, Mir R, Lacarrubba J.
Departamento de Neonatología, Hospital de Clínicas. San Lorenzo.

Introducción: Onfalocele, defecto ventral del anillo umbilical resultante de la herniación de las vísceras abdominales, 1 en 3.000 a 10.000 nacidos vivos, presentan morbimortalidad significativa y se asocian a malformaciones. **Objetivo:** Presentar las características clínicas y el manejo de los recién nacidos (RN) con onfalocele tratados de enero 2013 a junio 2016 en la UCIN. **Material y Métodos:** Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo, basado en historias clínicas de RN asistidos en la UCIN, seguidos desde su nacimiento hasta el alta hospitalaria u óbito. Excluidos RN con pentalogía de Cantrell y siameses toracoonfalópagos. **Resultados:** 19 RN con onfalocele; 7 RN excluidos (5 pentalogía de Cantrell y 2 siameses), 12 RN analizados (7 masculinos, 4 femeninos, 1 indeterminado), todos con diagnóstico prenatal y nacidos por cesárea, EG 36,3 semanas, peso promedio 2590 g, 90% onfalocele gigante, tamaño 8 cm (3-15), malformaciones asociadas en 75% (9), predominando las cardiovasculares y genitourinarias, en 25% (3) ninguna. Fueron operados 5 (41%): con cierre primario en 4 y confección de silo en 1; manejo conservador en 7 (58%), ayuno 8 días en promedio, nutrición parenteral total 17 días, ARM 10 días, internación 36 días en promedio, complicaciones quirúrgicas en 40% (2/5) (síndrome compartimentalintrabdominal y dehiscencia de sutura); complicaciones médicas en 75% (9/12) (sepsis a Gram negativos), mortalidad 33,3% (4/12). **Conclusión:** El cierre primario sería el tratamiento de elección, pero representa un reto ante onfaloceles gigantes, el manejo conservador para favorecer la epitelización de la membrana es igualmente efectiva, pero con más morbilidades debido al mayor tiempo de internación.

156. Caracterización de los pacientes en edad neonatal que usaron tigeciclina en el manejo de infecciones

Muzachi L, Samudio G, Estigarribia M, Miltos P.
Hospital Central del Instituto de Previsión Social.

Introducción: La emergencia y diseminación de mecanismos de resistencias en los patógenos ha generado la necesidad de desarrollar nuevos antibióticos. Tigeciclina es el primer miembro de una nueva clase, las glicilciclinas, un derivado semisintético de la minociclina, que exhibe un amplio espectro antibacteriano sobre patógenos productores de infecciones complicadas de la comunidad e infecciones nosocomiales, que puede ser beneficiosa para tratar gérmenes multirresistentes. **Objetivo:** Caracterizar a los pacientes en edad neonatal que usaron tigeciclina. **Material y Métodos**: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, transverso, enero 2013 a julio 2016. **Resultados:** Se encontraron 19 (diecinueve) pacientes de 0 a 28 días de edad que recibieron tratamiento con tigeciclina, 16 (dieciséis) fueron de pre término (36 semanas o menos). Todos los pacientes recibieron terapia antimicrobiana previa, varios esquemas, desde 4 a 10 antibióticos, antimicóticos y/o antivirales. El diagnostico de todos los pacientes fue sepsis nosocomial, con afectación del sistema nervioso central en 3 pacientes, 2 pacientes con afectación pulmonar y 14 con afectación sistémica. Se obtuvo aislamiento en 7 pacientes: Serratiamarcesens, Bacillussp, Staphylococcusepidermidis, Enterococcusfaecium, KPC, Klebsiellapneumoniae, Acinetobactersp,

Klebsiella BLEE, con tratamiento de 6-12 días. La totalidad de los pacientes recibieron por infección nosocomial, 15,7% por indicación de Infectología, 10,5% por uso compasional, 5,5% por epidemiologia de sala, 5,5% guiado por antibiograma, y 62,8% sin justificación. El sitio de infección primaria fue en 15,7% en sistema nervioso central, 10,5% pulmonar, el resto 73,8 % afectación sistémica. Mortalidad de 47%, 3 pacientes con menos de 1000 gramos. **Conclusiones:** Todos los casos tratados por infección nosocomial y compasional, con tratamiento antibiótico previos y alta prevalencia de mortalidad

157. Comparación de los óbitos neonatales pre y post unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional de Cnel. Oviedo, durante los años 2010 a 2014

González M, Borja M, Escandriolo B.
Hospital Regional de Coronel Oviedo, MSPyBS; Hospital Regional IPS de Coronel Oviedo; Universidad Nacional de Caaguazú.

Introducción: Las Unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN) se han desarrollado a partir de la última mitad del siglo XX. La evolución progresiva del conocimiento fisiología neonatal condujo las técnicas y equipos de avances lo que aumentó las tasas de supervivencia de los recién nacidos críticamente enfermo. **Objetivo:** Comparar los óbitos neonatales pre y post unidad de cuidados intensivos en el servicio de neonatología del Hospital Regional "Dr. José Ángel Samudio" de Coronel Oviedo, durante los años 2010 al 2014. **Material y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo de corte transversal con muestreo no probabilístico por conveniencia. Fueron consideradas variables neonatales tales como la edad gestacional, la talla, y la causa del óbito. El análisis se realizó con STATA v.14.0, los datos se expresan en medidas de tendencia central y dispersión, y tabla de proporciones. **Resultados:** Fueron incluidos 175 neonatos, la mortalidad antes del UCIN fue de 1,79% (65) de 3616 partos, después de UCIN fue de 1,82 (95) de 5360 partos. La mediana de edad fue de 35 semanas y estuvo comprendida entre 33 y 36 semanas. La mediana de talla fue de 42 centímetros y estuvo comprendida entre 39 a 48 centímetros. **Conclusión:** Posterior a la instauración de UCIN es mayor el número de óbitos, sin embargo la cantidad de neonatos atendidos es mayor por lo que ya no son derivados.

158. Dengue adquirido en un recién nacido

Ortiz H, Cabrera G, Alfonso A, Lacarruba J, Troche J.
Hospital Distrital de Capiatá. Universidad Nacional de Caaguazú

Introducción: El dengue es una infección viral endémica en Paraguay y muchos países tropicales. Es potencialmente mortal, afecta a personas de todas las edades. Se presenta un caso de dengue adquirido en un recién nacido. **Resumen:** Varón de 20 DDV, hijo de madre de 24 años, procedente de Areguá, prenatal adecuado, G01 P00 C00, VDRL/HIV no reactivos. Tipificación A+, nació en el HNI, el 17/02/16, vía cesárea, Apgar 8/9, 3280 gr, 37 sem; alta a las 48 hs con PM. Consulta a los 20 DDV por fiebre de 12 hs, 39,5°C, rechazo alimentario y rash exantemático. Refiere nexo epidemiológico (vecinos) pero tanto la madre como otros convivientes sanos. Ingreso con los diagnósticos: Sospecha de Sepsis Neonatal Tardía y Sospecha de dengue; con exantema, mucosas húmedas, buen llenado capilar, eupneico. Se le realizarón látex en orina negativo para estreptococo B, NS1 positivo. Inició HP 100 ml/kp/día, efotaxima/ampicilina por 5 días hasta retorno de cultivos negativos. Al 3er DDI ecografía abdominal con vesícula biliar distendida pared levemente engrosada, sin líquido libre en cavidad. Al 5to DDI presentó escompensación clínica: epistaxis, palidez, mala perfusión periférica y plaquetopenia; requiriendo expansión con SF, sin mejoría por lo que se traslado a la UCIN del HSL ,permaneciendo allí 48 hs, recibió expansiones con SF 0,9 %, con buena evolución, contrarreferido a nuestro servicio y dado de alta 2 días después en buenas condiciones. **Comentarios**: Es importante sospechar dengue ante todo paciente neonatal con cuadro febril sin foco como diagnóstico diferencial de la sepsis neonatal tardía.

159. Detección de cardiopatías congénitas mediante la oximetría de pulso

Ferreira M, Rojas G, Gómez C, Barrios B.
Hospital Regional Ciudad del Este, Alto Paraná.

Introducción: las cardiopatías congénitas ductus dependiente están entre las cardiopatías más graves por su alto índice de mortalidad. La detección precoz y/o la presunción de estar ante una de ellas es uno de los objetivos primordiales actualmente. El cierre precoz del conducto arterial con lleva el inicio de síntomas cardiológicos, que implicarían el óbito del RN. El cierre fisiológico se da aproximadamente a las 24 horas de vida, y el cierre anatómico hasta las 96 horas de vida del RN. **Objetivos:** Detención mediante la toma de oximetría de pulso pre y post ductal de algún tipo de cardiopatía ductus dependiente buscando hipoxia leve, se trata de una evaluación clínica realizada antes del alta del RN. **Material y Métodos**: Estudio descriptivo realizado en alojamiento conjunto entre los meses de abril del

2016 a agosto 2016. Equipo utilizado Saturometro de pulso neonatal marca More Filnes procedencia alemana, que cuenta con pantalla con onda de saturación y frecuencia cardiaca y sensor de muñeca. La persona a cargo de los registros, licenciada en enfermería, para lo cual fue entrenada previamente. **Resultados:** entre los meses de abril del 2016 a agosto del 2016 inclusive; a un total de 168 RN se les realizo la prueba de oximetría de pulso. De los cuales 86 sexos masculino y 82 femeninos, la edad gestacional promedio de 37 a 42 semanas, el peso de 2000gs a 4800gs, el nacimiento fue 86 cesáreas y 82 partos vaginales. La frecuencia cardiaca 98 a 158x minuto. Saturometria pre ductal (mano derecha) en el día del nacimiento vario entre 94% a 99%. Saturometria pos ductal (pies derecho o izquierdo) en el día del nacimiento vario entre 95% a 99%. A las 24 horas saturmetria pre ductal (mano derecha) 95% a 99%. A las 24 horas saturometria pos ductal (pies derecho o izquierdo) 95% a 99%. **Conclusión:** en la muestra abarcada no pudimos detectar ningún recién nacido con la probabilidad de tener algún tipo de cardiopatía congénita ductus dependiente, mediante la toma de saturación por oximetría de pulso. Un mayor tiempo de estudio seria la conducta ideal para la detección de estas malformaciones.

160. Distrofía miotónica tipo 1 de Steinert: Desafío diagnóstico en el recién nacido hipotónico

Borgi J, Ferreira J, Lezcano M, Genes L, Lacarrubba J, Mendieta E, Céspedes E, Mir R.
Departamento de Neonatología. Hospital de Clínicas – Universidad Nacional de Asunción.

Introducción: La hipotonía es un signo clínico en el recién nacido cuyo diagnóstico etiológico constituye un verdadero reto. La Distrofia Miotónica Congénita (DMC) es un trastorno hereditario con afectación multisistémica, siendo el severo compromiso del tono muscular, el rasgo distintivo y precoz. De herencia autosómica dominante; asociada al aumento del número de copias del triplete CTG en el cromosoma 19q13.3. **Caso Clínico:** Paciente femenino, ecografías antenatales con polihidramnios, comunicación interventricular. Nacimiento por cesárea, presentación podálica, extracción dificultosa, hipotónico, con ineficaz esfuerzo respiratorio, requirió intubación. Apgar 3/5/6. Evolución tórpida con dependencia de ARM y múltiples extubaciones fallidas. Llama la atención atrofia muscular marcada, persistencia de hipotonía, facies inexpresiva, pie equino bilateral, reflejos osteotendinosos ausentes y sialorrea. Neuroimágen no justifica el cuadro clínico. Pesquisa metabólica normal. Antecedentes familiares: hermano con retraso psicomotor y madre con bradilalia, bradipsiquia, ptosis palpebral, marcha lenta y miotonía, orientando etiología genética; planteándose el diagnóstico de DMC confirmada por genética molecular (Alelo 2 del gen DMPK ›50 repeticiones CTG). **Discusión:** La hipotonía neonatal se debe con mayor frecuencia a asfixia perinatal, sin embargo debemos considerar otras entidades etiológicas, como la DMC, asociada también con partos distócicos y depresión neonatal, haciendo del diagnóstico todo un desafío. En la DMC se describe el fenómeno de anticipación genética, la anamnesis familiar y la evaluación de la madre fundamentan el diagnóstico clínico.

161. Enfermedad de Kawasaki: Caso Clínico de presentación infrecuente

González M, **Fonseca R.**
Centro Médico Bautista.

Introducción: La enfermedad de Kawasaki es una enfermedad multisistémica que afecta vasos pequeños; si bien es frecuente en menores de 5 años; en lactantes menores es excepcional y de presentación atípica. El diagnóstico es clínico; por lo tanto el planteamiento diagnóstico es importante porque de ello depende el pronóstico. **Caso Clínico:** Lactante de sexo femenino de 4 meses derivada de otro servicio por fiebre y tumoración cervical de 7 días de evolución y rash cutáneo de 48 hs; había recibido tto con amoxilinasulbactan por 5 días sin evolución favorable. La pte continuo febril, con inapetencia, irritabilidad. En la exploración física: palidez, irritabilidad, sequedad de mucosas y aglomerado ganglionar en región cervical izq. Rx de tórax con trama perihiliar y ecografía de partes blandas: conglomerado ganglionar de aspecto inflamatorio sin signos de abscedación; ecografía abdominal no informa datos patológicos. Se realizaron análisis sanguíneos, hemocultivo y sedimento de orina. Se observa anemia (hb: 7.8 g/dl; hto: 24%), plaquetas: 277000, 19.400 leucocitos (71% neutrófilos, 5% granulaciones toxicas), PCR: 192 mg/dl. Se descarta infección reciente por dengue, chikingunya, citomegalovirus, toxoplasmosis, virus de Epstein-Barr. IgM para rubeola positivo que posteriormente se corrobora y se descarta. HMC y urocultivos negativos. Bajo la sospecha de adenoflemón y antecedente de punciones venosas periféricas múltiples se rota tto a cefotaxima – vancomicina. Se solicitó ecocardiografía: ligero aumento de la velocidad flujo pulmonar. A las 72 horas de ingreso (día 10 de fiebre) la pte sigue febril, exantema impresiona doloroso, con edema

indurado y eritema en pies y exantema facial. En la analítica destacaban: 847.000 plaquetas, velocidad de sedimentación globular 94 mm y PCR 192 mg/l., triglicéridos 329, LDH: 1657, gamma GT: 430. Ante tórpida evolución se plantea la sospecha de enfermedad de Kawasaki se repite ecocardiografía que informa: dilatación aneurismática de la arteria coronaria derecha, y la coronaria izquierda con paredes hiperrefringentes, bordes internos irregulares con ectasia. Se administra gamma-globulina intravenosa en dosis única de 2 g/kg y ácido acetilsalicílico a 80 mg/kg/día. La evolución es favorable, con normalización analítica a los 2 meses de seguimiento y ausencia de coronariopatía a los 6 meses de seguimiento. **Comentario:** Aunque el diagnóstico de enfermedad de Kawasaki es infrecuente en el lactante menor, dada la necesidad de diagnóstico y tratamiento precoces, el diagnóstico diferencial de esta patología debe plantearse ante todo lactante con fiebre persistente sin foco.

162. Estrategia con enfoque integrador refuerza la vigilancia de defectos congénitos en Paraguay

Ascurra M[1], Benítez C[1], Alvarez P[1], Samudio M[2].
[1]**Programa de Prevención de los Defectos Congénitos – Programa de Prevención de la Fibrosis Quística y del Retardo Mental - Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.**[2] **Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud – Universidad Nacional de Asunción.**

Introducción: Los defectos congénitos (DC) son anomalías estructurales o funcionales, presentes al nacimiento originadas por mutaciones genéticas, factores ambientales o por interacción de ambos. En Paraguay, estos constituyen la 2da y 1ra causa de muerte, en neonatos y menores de 5 años. El Programa de Prevención de los Defectos Congénitos inserto en el Programa de Fibrosis Quística y Retardo Mental (PPFQRM), a fin de disminuir el subregistro de los DC en abril del 2016 inició el Registro de DC en 15 hospitales y como estrategia para captar información en mayo incorporo preguntas sobre DC a la ficha del PPFQRM. Al mes se recibe un promedio de 7.500 fichas de los 1005 sitios de toma de muestra distribuidos en el país. **Objetivo**: El objetivo es presentar los resultados de esta estrategia que se integra al PPFQRM para reforzar la vigilancia de los DC. **Material y Método**: Revisión y análisis de la base de datos del PPFQRM. **Resultados**: De mayo a agosto se recibieron 29.973 fichas de RN y en 21.120 (70,5%) se tuvo información sobre DC. En el 0,5% se reportó la presencia de DC, de ellos el 88,7% (94/106) correspondió a un DC mayor y 11,3% (12/106) menor. **Conclusiones**: Se concluye que la incorporación de preguntas sobre DC a la ficha de detección neonatal constituye una estrategia que refuerza su vigilancia a nivel nacional, en especial en lugares sin otra forma de acceso a la información, al permitir la obtención de datos que se hubiesen perdido sin la misma, la derivación oportuna del RN con DC para una mejor atención y el inicio del asesoramiento a la familia.

163. Experiencia en el uso de surfactante en recién nacidos prematuros con diagnóstico de membrana hialina, en una terapia intensiva del interior del país.

Fernández L, Gómez M.
Hospital Regional de Coronel Oviedo.

Introducción: La terapia con surfactante constituye una importante ayuda en el manejo de recién nacidos prematuros con Enfermedad de la Membrana Hialina (EMH). **Objetivo:** Analizar la experiencia del uso de surfactante en el tratamiento del recién nacido con EMH, en el Hospital Regional de Coronel Oviedo (HRCO). **Material y Métodos:** Es un estudio retrospectivo, descriptivo, analítico, no intervencionista en el periodo de tiempo año 2014. Variables en estudio sociodemográficas (sexo, edad gestacional, peso), criterios de aplicación, número de dosis, evolución, efectos adversos. **Resultados**: Se estudiaron 20 recién nacidos con diagnóstico de EMH, 13 (65%) de sexo femenino y 7 (35%) masculino. La moda en la edad gestacional fue de 34 semanas 12 (60%), en cuanto al peso el límite inferior fue de 1.301 y el superior de 1.600 g. Recibieron una dosis de surfactante natural 18 (90%), y dos dosis 2 (10%). De estos pacientes, 15 (75%) recibieron la terapia como medida de rescate. En cuanto a la evolución, 14 (70%) sobrevivieron y 6 (30%) obitaron. **Conclusión:** La terapia con surfactante aplicada en la unidad neonatal del HRCO, en el tratamiento de recién nacidos prematuros con diagnóstico de EMH fue beneficiosa y exitosa pues se pudo resolver esta patología en el interior del país sin tener que remitirlas, con buenos resultados de sobrevida, no evidenciándose efectos adversos.

164. Fibromatosis de Colli

Sosa G, Román R.
Hospital Nacional de Itaugua. Servicio de Urgencias. Departamento de Pediatría.

Introducción: La Fibromatosis de Colli, afecta al recién nacido y lactante menor, con incidencia reportada de 1,3 a 1,9%. Causada por cambios fibróticos del músculo esternocleidomastoideo. Mas en varones (relación 3: 2) y un promedio de edad de 24 días. Es posible palpar un aumento de volumen

firme e inmóvil en el trayecto del músculo. **Caso Clínico**: Lactante masculino de 31 días de vida, alta sin problemas a los dos días de vida. A las tres semanas de vida, su madre nota un aumento de volumen en la región cervical derecha e inclinación de la cabeza hacia el mismo lado, sin manifestaciones aparentes de dolor, acude a facultativo. Al examen físico, se aprecia un aumento de volumen fusiforme, firme y fijo en el trayecto del músculo esternocleidomastoídeo derecho, sin alteraciones cutáneas asociadas y discreta inclinación lateral derecha de la cabeza. Se realiza ecografía cervical bilateral, para efectos comparativos se observa una masa que compromete los dos tercios distales del músculo esternocleidomastoideo del lado derecho, de aspecto fusiforme, que mide aproximadamente 33 x 12 mm, con un patrón fibrilar conservado, con bordes bien delimitados, sin colección u otra imagen ocupante. El músculo esternocleidomastoideo del lado izquierdo es normal. **Discusión:** Es una patología infrecuente, hay que pensar en ella para hacer el diagnóstico. Los hallazgos clínicos junto con los antecedentes, son característicos y hacen el diagnóstico de una tortícolis muscular congénita. La ultrasonografía constituye el examen de elección para el diagnóstico y seguimiento. El tratamiento consiste generalmente en terapias no invasivas.

165. Frecuencia de meningitis neonatal en pacientes con sepsis en el departamento de neonatología del hospital de clínicas de la Universidad Nacional de Asunción entre los años 2012 y 2014

Bracho C, Rolón R, Lacarruba J, Mir R.
Hospital de Clínicas. FCM UNA.

Introducción: La meningitis neonatal podría ser una complicación hasta en un cuarto de las sepsis. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de meningitis en pacientes con sepsis neonatal, la frecuencia teniendo en cuenta si es precoz o tardía, determinar principales patógenos causantes de dichos cuadros y evaluar la terapéutica empírica inicial. **Materiales y Métodos:** Trabajo descriptivo, de corte trasversal de revisión de historias clínicas. **Resultados:** Dos casos de meningitis por cada 1000 recién nacidos en el servicio, predominio en sepsis tardía, cultivos positivos solo en 19% de los casos. Mortalidad de 12% de los pacientes con diagnóstico de meningitis. **Conclusión:** En este trabajo se encontró una frecuencia de 19% de meningitis en pacientes con sepsis neonatal (16 casos de 84 diagnósticos durante los tres años de estudio), siendo en total de 2 por cada 1000 nacimientos (0,2%). Se realizó diagnóstico de meningitis en mayor número de pacientes con sepsis tardía, tal como se reporta en la literatura, aunque en esta serie se encontró mayor número de aislamientos de gérmenes Gram positivos que Gram negativos, al contrario de lo que se describe. Mortalidad de 12% en los pacientes con diagnóstico de meningitis neonatal, aumenta a 30% en pacientes con aislamiento de microorganismos en muestras de líquido cefalorraquídeo.

166. Hemocromatosis: causa de fallo hepático agudo neonatal

Borgi J, **Guillen M**, Mendieta E, Lacarrubba J, Céspedes E, Mir R.
Departamento de Neonatología. Hospital de Clínicas – Universidad Nacional de Asunción.

Introducción: El fallo hepático agudo (FHA) neonatal es una enfermedad grave, poco frecuente, de etiología variada. La principal causa es la hemocromatosis, caracterizada por coagulopatía severa y depósitos de hierro. Es de elevada morbimortalidad, aparentemente de base autoinmune, adoptando el nombre de hepatitis fetal aloinmune. La sospecha diagnóstica precoz es fundamental, la exanguinotransfusión y/o inmunoglobulinas podrían evitar el fallecimiento o el trasplante hepático. Tiene recurrencia en embarazos futuros, el tratamiento prenatal con inmunoglobulinas ha demostrado ser eficaz. **Caso clínico:** Madre de 46 años, con diagnóstico de enfermedad renal crónica (ERC), sexta gestación (2 abortos), CPN insuficientes. Antecedente familiar: hijo fallecido a los 12 años sin diagnóstico.RN masculino, Apgar 8/9, aspecto sindromático, 1.560 gramos, 35 semanas EG. Ingresa a UCIN con diagnósticos: RNpT/AEG, RCIU, sospecha de síndrome de Down. Inicia aporte enteral con tolerancia irregular, nutrición parenteral (NPT) por 13 días. Datos laboratoriales de colestasis hepática. 29DDV: distención y dolor abdominal, residuo gástrico, neutrófilos en banda. Sospecha de enterocolitis, recibe antibióticos, ayuno sin mejoría. 42DDV: empeoramiento clínico progresivo, insuficiencia respiratoria, anasarca, oligoanuria y sangrado activo; laboratorio: desequilibrio hidroelectrolítico, coagulopatía, hipoglicemia. Ecografía abdominal: datos de ascitis y hepatopatía crónica. Sin respuesta al tratamiento fallece a los 58DDV se realiza biopsia hepática. Se descartan infecciones y malformaciones estructurales, se estudian metabolopatías y enfermedades de depósito. Realizándose el diagnóstico anatomopatológico de hemocromatosis. **Discusión**: El diagnóstico etiológico de FHA es complejo, siendo hemocromatosis la causa más frecuente por lo que la sospecha precoz es fundamental a fin de

adoptar medidas generales de FHA y específicas de la enfermedad causal.

167. Ictiosis en el recién nacido. Presentación de caso clínico.

Cabrera G, Ortiz H, Alfonso A.
Hospital Distrital de Capiatá. Universidad de Caaguazú.

Introducción: La ictiosis hereditaria corresponde a un grupo heterogéneo de enfermedades que tienen en común la alteración en la queratinización epidérmica, originando descamación cutánea. **Caso Clínico**: recién nacida, hija de madre de 24 años, procedente de Capiatá, prenatal insuficiente, primer embarazo, VDRL y HIV no reactivo de fecha 24/11/15, parto vaginal, Apgar 8/9, 35 semanas, talla 49cm, PC 30cm, peso 2250g. Padres no consanguíneos, sin antecedentes de cuadros similares. Al nacer fue hospitalizada en la UCIM del HDC por SDR y por presentar piel eritematosa, apergaminada y descamada. Requirió oxigenoterapia por 24 hs, hidratación parenteral al ingreso y luego toleró aporte enteral. Recibió cefotaxima más oxacilina por 5 días, cultivos negativos. Al 2 DDV presentó ictericia hasta tronco, recibió luminoterapiapor 72 hs. Recibió correcciones del medio interno. Se atendió con precauciones de contacto, analgesia, instilación de lágrimas artificiales en los ojos, vaselina como emulsión y baño con jabón de ph neutro. Ecocardiografía: Foramen oval de 2 mm, resto normal. Dada de alta a los 11 DDI con mejoría del cuadro clínico. En seguimiento por dermatología, se realizó la biopsia posterior al alta confirmando la sospecha clínica de Ictiosis. **Discusión:** La ictiosis laminar es una forma de ictiosis verdadera muy poco frecuente, con un cuadro clínico característico de la enfermedad que permite el diagnóstico, abordaje y tratamiento precoz. La infección predominante de la piel es la morbilidad asociada más frecuente como complicación de la enfermedad, siendo la sepsis la manifestación más grave.

168. Lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida, a pacientes que acuden al Hospital Distrital de Hernandarias

Garcete O, Medina T.
Hospital Distrital de Hernandarias.

Introducción: Los beneficios de la lactancia materna exclusiva en niños desde el nacimiento hasta los 6 meses de vida y los factores como la información y capacitación de las embarazadas, el apego precoz y el nivel de educación son importantes en la implementación de la misma. **Objetivos:** Investigar la lactancia materna exclusiva en pacientes que acuden al Hospital. Indagar sobre la lactancia materna exclusiva. Informar las técnicas correctas de amamantamiento. Analizar las causales de abandono. **Material y Métodos:** Estudio de casos, con enfoque cuantitativo, exploratorio y descriptivo. Campo de acción: Lactantes hasta los 6 meses de vida (148 niños) y madres. Hospital Distrital de Hernandarias. Observación directa, encuestas y personalmente. **Resultados:** Recibieron información precisa sobre la lactancia materna exclusiva, 64% de las madres en los primeros 6 meses de vida. El 53% de las parturientas conocían las técnicas para lograr una buena lactancia materna. El 41% lograron dar pecho materno exclusivo. El trabajo representa el 51%, el motivo principal de la falencia. **Conclusiones:** Con la investigación sobre la lactancia materna exclusiva en pacientes que acuden al Hospital, se pudo indagar las falencias de las mismas y así poder elaborar un plan de contingencia contra la desinformación de las varias técnicas para el amamantamiento. Por medio del análisis de las causas de abandono de dicha práctica, se sugiere la elaboración de una campaña adecuada para lograr informar con eficacia lo esencial, para lograr resultados que beneficien a los neonatos.

169. Muerte neonatal: Resultados del primer año de vigilancia - Hospital Central Instituto de Previsión Social

von Horoch M, Galeano P, Cabral S, González A.
Departamento de Epidemiología, Hospital Central, Instituto de Previsión Social.

Introducción: A través de la Resolución ministerial nº 866 se implementa la Vigilancia de Mortalidad neonatal como evento de notificación obligatoria e inmediata. En el Hospital Central del Instituto de Previsión Social (HCIPS), el Departamento de Epidemiología implementa dicha vigilancia. **Objetivo:** Caracterizar la vigilancia de mortalidad neonatal en el HCIPS en su primer año de implementación (2015). **Material y Método:** Estudio descriptivo, de corte transversal. Se procedió a la revisión semanal del registro de certificados de defunción (CD) del Hospital para identificar las muertes neonatales, también a la revisión de las historias clínicas del Sistema Informático Hospitalario (SIH). Los datos fueron cargados en una planilla Excel y el análisis se realizó con Epiinfo 7. **Resultados:** Se registraron 118 muertes neonatales. El 46% (54/118) ocurrió pasado los 7 días de vida. La causa básica de defunción más frecuente fue la prematurez (46%), seguida de las anomalías

congénitas (40%). 38% fueron menores a 28 semanas, sin embargo se registró un 14% en neonatos de término. En los que se registró el peso de nacimiento (41), la mayor carga estuvo en los menores de 1500 gramos (56%), 19% ocurrió en mayores de 2500 gramos. **Conclusión:** Este estudio permitió describir el perfil de la muerte neonatal en el HCIPS, demostrando que la prematurez es la principal causa. Mejorar la calidad de la atención prenatal de la embarazada ofrece las mayores posibilidades para reducir la mortalidad neonatal.

170. Nevo de Jadassohn en recién nacido. A propósito de un caso

Riveros M, Valdez L.
Hospital Regional de Encarnación

Introducción: El nevo de Jadassohn es un hamartoma cutáneo que combina anomalías de la epidermis, folículos piloso, glándula sebácea, glándulas apócrinas y elementos mesenquimales de la dermis, se desconoce la etiología pero se asume que se trata de una malformación que afecta tanto al ectodermo como al mesodermo. La mayoría de las veces ya se presenta al nacimiento, su frecuencia es de 1.1000 nacimientos. La importancia en el diagnóstico radica en que es considerado como precursor o asiento de neoplasias como el carcinoma basocelular y en que pueden asociarsea malformaciones cerebrales según su ubicación. **Caso Clínico**: recién nacido de madre de 14 años procedente de Alto Vera sin controles prenatales, VDRL no reactiva, G0P0Abo0, bolsas integras. Va a cesárea por condilomatosis vaginal extensa. Nace recién nacido de termino, 38 semanas masculino, 3.200 gramos, T: 51 PC: 34 cm, buena adaptación, llama la atención lesión en cuero cabelludo zona parietal izquierda de 7 cm de largo por 3 cm de ancho de aspecto de placa con sobreelevaciones hipocromicas con relación al resto, alopecica aparentemente no dolorosa. Se realiza interconsulta con dermatología llegando al diagnóstico clínico de Nevo de Jadassohn, confirmándose con anatomía patológica. El niño es dado de alta en buenas condiciones y con seguimiento pediátrico y dermatología. **Comentario:** se presenta el caso por lo poco frecuente y por el riesgo potencial de malignidad.

171. Niveles de bilirrubina en neonatos que consultan en el departamento de urgencias de un Hospital Pediátrico

Domínguez CH, Godoy L, Mesquita M.
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñú.

Introducción: La ictericia es un síntoma muy común que afecta a aproximadamente el 60% de neonatos sanos y no requiere tratamiento alguno. Sin embargo entre un 8 a 11%, pueden desarrollar hiperbilirrubinemia severa. **Objetivo:** Determinar los niveles de bilirrubina en neonatos que consultan por ictericia en el departamento de emergencias (DEP) de un hospital pediátrico. **Material y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, de corte transverso. A partir de la base electrónica de datos, se incluyeron a neonatos que consultaron por ictericia en el DEP del Hospital Pediátrico Niños de Acosta Ñu entre abril del 2015 y Mayo del 2016 y que, a criterio del pediatra de urgencias, requirió dosaje de bilirrubina. Variables: edad postnatal, edad gestacional, sexo, procedencia, nivel de bilirrubina, presencia de incompatibilidad y necesidad de hospitalización. Los datos fueron analizados en el sistema SPSSv21 utilizando estadística descriptiva, se consideró un error alfa <5%. El trabajo fue aprobado por el Comité de Ética del hospital con liberación del consentimiento informado. **Resultados:** En el período de estudio consultaron 1370 neonatos, de los cuales 64 consultaron por ictericia. En 42/64 se realizó control de bilirrubinemia. La mediana de edad fue 6 días, (P25 4, P50 6 y P75 7,2 días), todos de termino. El 50% eran de sexo femenino, 54% procedían de San Lorenzo. La mediana de bilirrubina total fue de 14,6mg% (P25 12,6 ,P50 14,6 y P75 19,mínimo 8,3, máximo 23,26.) Presentaron incompatibilidad de grupo ABO 2/42 (4,8%). Requirieron hospitalización el 31% (13/42). **Conclusiones:** La mediana de bilirrubina fue de 14,6 mg/dl, cerca de un cuarto estaba en la zona de riesgo medio y alto de Buthani, un tercio requirió hospitalización y un pequeño porcentaje tenia incompatibilidad no diagnosticada previamente.

172. Opinión de las madres sobre el albergue materno

Aguilar L, Flores L, Zavala R, Galván L, Bareiro M.
Hospital Materno Infantil. Reina Sofía. Cruz Roja Paraguaya. Servicio de Neonatología.

Introducción: La familia es el entorno natural y fundamental donde el neonato se desarrolla. Los que permanecen internados deben mantener este vínculo familiar de demostrada importancia, por lo que es necesario contar con albergue materno (A.M). **Objetivos:** Conocer la opinión de las madres que utilizaron el A.M del Servicio de Neonatología del Hospital Materno Infantil Cruz Roja Paraguaya. Ayudar mejorar del programa A.M. **Material y Métodos:** Observacional, descriptivo, transversal,

cualicuantitativo. Mediante entrevistas y cuestionario, realizadas a 161 madres que utilizaron el A.M de enero a julio del año 2016. Variables sociodemográficas, opiniones de las madres sobre el A.M, relatos biográficos. Procesamiento de datos cuantificables en EpiInfo 6. **Resultados:** Fueron entrevistadas 98% de madres que utilizaron el A.M, la mayoría provenientes del Departamento Central (56%); la estadía promedio fue de 15 días, la disponibilidad de albergue fue socializada principalmente por personal de blanco (83%). Las opiniones más expresadas fueron: necesidad de permanecer más tiempo con sus neonatos, valoraron la atención recibida y la conformidad con el servicio del A.M, necesidad de capacitación sobre el manejo del neonato durante la internación y la preparación para el alta, y necesidad de implementación de talleres ocupacionales durante la estadía. **Conclusión:** La opinión de las madres sobre este A.M es muy buena, está difundida por el personal de blanco, alberga en mayor proporción a madres que viven fuera del área de atención del hospital. Permite desarrollar el vínculo madre-neonato. Requiere mayor acompañamiento del personal de blanco que brinde capacitación y se dote de talleres ocupacionales.

173. Pesquisa de retinopatía del prematuro a través de imágenes digitales: Experiencia de un programa piloto en nuestro país

Fonseca R[1,2], Margonari N[1], Vera L[1], Contreras V[1].
[1]**Fundación Visión,** [2]**Hospital Materno Infantil San Pablo.**

Introducción: La retinopatía del prematuro (ROP) es una morbilidad frecuente en los pacientes prematuros; es obligatoria la pesquisa; para esto constituye el gold estándar el examen a través de oftalmoscopia binocular indirecta (OBI); pero en países en donde la disponibilidad de retinólogos es limitada surge como alternativa válida la pesquisa por medio de imágenes digitales captadas por RetCam. **Objetivos:** Reportar datos preliminares del primer año de experiencia con la utilización de la RetCam. Comparar con datos del primer semestre del año 2015. **Material y Métodos:** Estudio multicéntrico, prospectivo; realizado en 5 Hospitales de referencia para la atención neonatal. Proyecto de 3 años de duración. El tamizaje se realizó a través de imágenes digitales captadas por RetCam por técnicos de Fundación Visión; analizadas, informadas y validadas por médicos retinólogos de FV. Se consideró para el análisis RN con PN $\leq$ 1850 gramos y/o con EG $\leq$ 34 sem; nacidos en el periodo: agosto 2015 - agosto 2016. **Resultados**: En el periodo de estudio fueron evaluados: 347 RN, se realizaron 1000 evaluaciones a través de la RetCam. Se constató un promedio de 3 evaluaciones por paciente, con un máximo de 16 evaluaciones y un mínimo de 1. En comparación a los datos del primer semestre del año 2015 proyectados a un año con pesquisa realizadas por OBI, con los datos de los exámenes por imágenes digitales se constató un aumento de la proporción del número de ptes evaluados en un 28%, 58%, 116%, 70% y 216% respectivamente. **Discusión:** Se constató un impacto positivo con la utilización para pesquisa de la RetCam considerando que permitió la evaluación a más ptes.

174. Prevalencia de casos de traumatismos en neonatos que acuden al departamento de emergencias pediátricas

Figueredo C, Mezquita M.
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.

Introducción: La mayoría de los reportes de traumatismos en recién nacidos son de origen obstétrico y diagnosticado en sala de parto. Hay escasos reportes sobre traumatismos neonatales en servicios de urgencias. **Objetivo:** Describir la prevalencia y características de los traumatismos en neonatos que acuden al departamento de emergencias pediátricas (DEP). **Material y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo a partir de la base de datos electrónica del DEP en el periodo de enero del 2014 a julio del 2016. Variables: edad postnatal, sexo, nivel de prioridad de atención, parto, motivo de consulta, diagnóstico, hospitalización y antecedente de prematurez. Los datos fueron analizados en SPSSv21 utilizando estadística descriptiva. El comité de ética libero el consentimiento informado. **Resultados:** en el periodo de estudio consultaron al DEP 3196 neonatos, en 24 de los cuales se diagnosticó traumatismo. La media de edad 11,7±6.8 (3 a 27 días), sexo femenino 50%, nivel II de triage el 62,5% (15/24), antecedente de prematurez el 12,5 %. Los motivos de consulta fueron: caída de altura (14/24), edema de miembro inferior 2/24, mordedura humana 1/24, mordedura de perro 1/24, e irritabilidad 1/24, fractura de clavícula al nacimiento 1/24, tumoración en región clavicular 1/24, traumatismo hombro 1/24. Los diagnósticos fueron fractura de clavícula 12/24, parálisis braquial 4/24, maltrato infantil 3/24, mordedura 2/24, traumatismo de cráneo leve 1/24, artritis séptica 1/24, quemadura 1/24. **Conclusión:** La prevalencia de los traumatismos fue 0.75%, llama la atención los traumas obstétricos no diagnosticados en sala de partos, y las lesiones sospechosas de maltrato infantil en este grupo etario.

175. Registro de defectos congénitos: Informe preliminar

Ascurra M, Valenzuela A, Rodríguez MS, Encina S, Insaurralde A.
Programa de Prevención de Defectos Congénitos. Programa de Prevención de la Fibrosis Quística y del Retardo Mental. Ministerio de Salud Púbica y Bienestar Social (MSPyBS).

Introducción: Los defectos congénitos (DC) constituyen una alta carga de morbilidad, mortalidad y discapacidad, se presentan con una frecuencia aproximada del 3% en recién nacidos (RN) vivos, pudiendo ser mayor en países con factores predisponentes como Paraguay. A pesar de que alrededor del 60% de las causas son desconocidas, un 50% de los DC puede ser prevenido con medidas de prevención primaria y secundaria. **Objetivo:** Presentar los resultados del Programa de Registro de Defectos Congénitos del MSPyBS, desde su inicio a la fecha. **Material y Método**: Revisión y análisis de la base de datos del programa. **Resultados:** Fueron revisadas todas las fichas que ingresaron del 1/04/16 al 31/08/16, de 12 de los 15 hospitales que envían sus fichas. De abril a agosto se informó un total de 8.490 nacimientos, fueron identificados 160 RN con DC, de los cuales 153 fueron reportados con uno o más DC de estructura y 7 RN con un DC de función. Los de estructura corresponden entre otros a DC mayores tales como defectos de cierre de la pared anterior y posterior (gastrosquisis y anencefalia), pie bot y Síndrome de Down y Edwars; menores como mamelón preauricular y polidactilia. Mientras que los de función a hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria y fibrosis quística. **Conclusión:** La implementación de un Programa de Registro de Defectos Congénitos nos permite determinar y monitorear la prevalencia de estos a nivel país; mejorar la calidad de vida de los afectados con la atención temprana y prevención del daño (prevención secundaria); así como contribuir en la prevención a través del asesoramiento genético, cambios en el estilo de vida y el consumo del ácido fólico antes de la gestación (prevención primaria).

176. Resultados perinatales en embarazos de término con corioamnionitis clínica

Godoy G, Rienzi R, Buena J, Duarte D, Crusfelat M, Centurión R, Maidana M, León L, Benítez C.
Hospital Nacional de Itauguá. Universidad Católica de Villarrica "Campus Guairá". Departamento de Pediatría. Servicio de Neonatología

Introducción: La corioamnionitis afecta de 1 a 13% de las embarazadas a término, y puede asociarse con resultados perinatales adversos tanto a corto como largo plazo. **Objetivos:** Describir las características clínicas de embarazadas con corioamnionitis; determinar la prevalencia de sepsis neonatal y evaluar la utilidad del score de Rodwell para el diagnóstico. **Material y Método:** Estudio observacional, descriptivo, longitudinal, se incluyeron 71 RNT de madres con corioamnionitis, nacidos e internados en el Servicio de Neonatología del HNI de enero 2013 a junio 2016. Excluidos los RN con STORCH, mortinatos, derivados a otros centros y los que no tenían hemocultivo. Se consideró RN con sepsis en caso de hemocultivo o cultivo de LCR positivo; y sospecha de sepsis con clínica y/o laboratorio compatible. **Resultados:** La edad materna fue 20 años (13-36), 32(45%) adolescentes; 57(80,3%) nulíparas, 52(73,2%) CPN suficiente y 16(22,5%) insuficiente o nulo. Nacieron por vía vaginal 46(64,8%) y cesárea 25(35,2%). De los RN, 40(56,3%) femenino y 31(43,7%) masculino; con 3150 (1950-4650) g. Desarrollaron sepsis 11 RN (15,4%); 10 fueron sintomáticos y 1 asintomático. Tuvieron síntomas al nacer 7, con $\leq$ 24 hs 1, y a las 48 hs 2. Síntomas preponderantes: depresión al nacer en 7; dificultad respiratoria en 7; cianosis en 3; y febrícula en 2. Primer score en 3,8±1,8 hs de nacer, positivo 1 caso; y segundo score con 4,5(14-48) hs, positivo en 3. VPP primer score 50% y VPN 85%, para el segundo score VPP 60% y VPN 87%. 3 sepsis confirmada por hemocultivo, 1 de ellos a E. Coli y 2 a estafilococo epidermidis. Un paciente considerado con meningitis por alteración del LCR. **Conclusión:** Las embarazadas con corioamnionitis fueron jóvenes, nulíparas. Los RN con sepsis neonatal fueron generalmente sintomáticos, deprimidos al nacer y con dificultad respiratoria. El score de Rodwell resultó poco sensible.

177. Siameses Heterópagos, a propósito de un caso

Leiva M, Centurión R, Rienzi R, Gómez M.
Hospital Nacional de Itauguá. Servicio de Neonatología.

Introducción: Los siameses asimétricos o Heterópagos son gemelos incompletos parásitos unidos a hermanos completos (autósitos). **Caso Clínico:** Madre de 18 años de edad, procedente de San Pedro, G0: 01, P: 01; AB: 00, C: 00. Control prenatal escaso. Parto institucional, vaginal, edad gestacional. 39 semanas, APGAR 9/9. Se desconoce otros datos de la madre y del recién nacido. Remitido a las 24 hs de vida a nuestro servicio. Ingresó a UCIN estable. Examen físico: malformación en miembros inferiores con presencia de miembros accesorios,

presenta miembros supernumerarios (2 piernas de formación completa y 2 brazos fusionados mal definidos) unidos al neonato a nivel de la pelvis. Requirió manejo multidisciplinario y tratamiento quirúrgico: exéresis de miembros accesorios. Es dado de alta a los 48 días de vida, con buena evolución clínica. **Discusión:** Los siameses constituyen un problema obstétrico, planteándose el manejo perinatológico con pronóstico reservado, ya que tienen muy baja supervivencia. Algunos requieren cirugía para su separación, dependiendo de la distribución de los órganos vitales y la existencia de malformaciones congénitas. En el caso de los siameses asimétricos autósicos cuyo gemelo parásito forma parte de esbozos rudimentarios el tratamiento quirúrgico es el de elección, con pronóstico favorable.

178. Siameses toracoonfalópagos. Desafío Terapéutico y Ético

Alvarez E, Paredes M, Lacarrubba J, Genes L, Céspedes E, Mir R.
Departamento de Neonatología. Hospital de Clínicas – Universidad Nacional de Asunción.

Introducción: Los gemelos unidos constituyen un reto terapéutico. Su prevalencia es de 1 en 50.000 a 100.000 nacimientos vivos, siendo mayor al considerar abortos y mortinatos. Destaca la elevada mortalidad. **Caso Clínico:** Madre 25 y padre 26 años, estudios terciarios, sin consanguinidad. Gestación múltiple diagnosticada a las 14 semanas, monocorial, monoamniótica. Ecografías y RMN: fusión de ventrículos cardiacos, hígado y vasos umbilicales. Cesárea programada: masculinos, peso global 5500 g, EG 36 semanas, RN1 Apgar 8/9, RN2 5/8, requiriendo VPP y ARM. Ecocardiografía: RN1: CIA, DAP. RN2: Dextrocardia, CIV amplia, DAP; fusionados a nivel de ventrículos y pericardio.TAC toraco-abdomino-pélvica doble contraste: contacto entre cavidades cardiacas derechas e izquierda, con plano de clivaje graso, menor volumen pulmonar del RN2. Fusión hepática y circulación portal perteneciente al RN1, ausencia de páncreas del Rn2, comunicación digestiva entre ambos. Cateterismo cardiaco: ventrículos y aorta independientes, compartiendo hígado y tronco celiaco. RN2 dependiente de ARM con múltiples fallas de extubación. Cirugía programada por equipo multidisciplinario día 97 de vida, duración 8 horas, en 3 tiempos: separación cardiaca, hepática y finalmente intestinal. El RN2 fallece durante la cirugía. Postoperatorio RN1: hemodinámicamente inestable, insuficiencia renal, sepsis con tratamiento antibiótico dirigido. A los 11 días del post operatorio estabilización clínica y buena tolerancia oral, en planes de alta. **Comentario:** Desafío terapéutico y bioético. Imposibilidad para el alta sin tratamiento quirúrgico por la dependencia de ventilación mecánica secundaria a la hipoplasia pulmonar de uno de ellos y conflicto ético, pues la separación conduciría inevitablemente al óbito del gemelo incompleto.

179. Sífilis congénita. A propósito de 2 casos clínicos

Ortiz J, Fleitas R, Portillo E, Núñez R, Coronel N
Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Hospital Regional de Luque.

Introducción: La Sífilis Congénita tiene origen en la infección materna trasmitida al feto por vía transplacentaria. Son factores de riesgo en países subdesarrollados la ausencia o insuficiencia de controles prenatales y la poca información sobre la enfermedad. Puede desencadenar muerte in útero o al nacimiento, por múltiples alteraciones. **Caso Clínico 1:** RN femenino, de 35 semanas de EG, producto de una madre nulípara 16 años, sin controles prenatales. Examen físico: deformidad nasal, palidez, petequias, inyección conjuntival, hepatoesplenomegalia, lesiones eritematosas y descamativas en manos y pies. Requiere ARM. Hemograma: leucopenia, plaquetopenia, anemia (Hb 5g/dl), PCR: + Previo hemocultivo inicia tratamiento antibiótico. VDRL reactiva 1/ 128, en LCR con 1/ 32. Ecoencefalografía: HIV grado 4, sin dilatación ventricular. VDRL de la madre 1: 132, no recibió tratamiento. Alta a los 2 meses. **Caso Clínico 2**: RNT de sexo femenino de madre multípara de 32 años, 2 controles prenatales. Nace de 41 semanas por cesárea de urgencia por bradicardia fetal, líquido meconial espeso, requiere RCP e IOT. Examen físico: Hepatosplenomegalia, lesiones eritematosas descamativas en manos y pies. Anuria desde el nacimiento. Hemograma: anemia, linfocitosis, y trombocitopenia, VDRL positivo 1: 64. Inicia penicilina cristalina. RN obita a las 96 horas de vida. Ambos padres con VDRL positiva desde el primer trimestre del embarazo sin tratamiento. **Conclusión:** Para el diagnostico de Sífilis Congénita resaltamos la anamnesis, la VDRL que es un examen muy sensible, aunque inespecífico, de bajo costo. Considerando la epidemiología actual, es importante, además reforzar las medidas de prevención pre concepcionales.

180. Síndrome de Ohtahara, a propósito de un caso

Leiva M, Maidana M, Rienzi R, Gómez M.
Servicio de Neonatología. Hospital Nacional de Itaugua.

Introducción El Síndrome de Ohtahara o encefalopatía epiléptica infantil precoz cuyo comienzo ocurre en el periodo neonatal, los espasmos son tónicos, agrupados en series o también esporádicos. **Caso clínico:** Edad de la madre 28 años, Gesta: 02, Para: 01, Abo: 01, Cesa:00. Antecedentes patológicos maternos y familiares se desconocen. Parto institucional, terminación vaginal, cefálica, sexo masculino, edad gestacional 37 semanas, APGAR 3/5/8. Malformación congénita nasoqueilopalatoquisis. Remitido por desaturación y cianosis peribucal a los 13 días de vida. Examen físico: llanto débil, hipotonía severa de cuello y tronco asociada a hipertonía extremidades predominio en miembros inferiores. A los 32 días episodios de mioclonías masivas intermitentes de segundos de duración. Electroencefalograma informa registro de brotes bilaterales, generalizados de puntas ondas separadas por espacios de silencio eléctrico durante todo el trazado. Descargas ipsarrítmicas confirma el diagnóstico. Refractario al tratamiento con Acidovalproico ,Vigabatrina . Fallece a los 110 días de vida por complicaciones pulmonares. **Discusión:** Inicio en etapa neonatal o primeros meses de vida. Predominio sexo masculino. Espasmos tónicos constituyen el tipo principal de crisis, se presentan en series o aislados con duración de segundos (hasta 10) en vigilia o durante el sueño. Diagnóstico: Electroencefalograma ondas de actividad y supresión. Pronóstico: síndrome degenerativo, las crisis tienen pobre respuesta al tratamiento. Fallecen por severidad o infecciones pulmonares. Sobrevida con grado de discapacidad, progresa a otros tipos de síndromes epilépticos Síndrome West y Síndrome Lennox-Gastaut.

181. Síndrome de Prune Belly: Presentación de un caso

Ojeda L, Rodas C, Álvarez E, Mendieta E, Mir R, Lacarrubba J.
Departamento de Neonatología, Hospital de Clínicas. San Lorenzo.

Introducción: El síndrome de Prune Belly o abdomen en ciruela pasa, es de presentación infrecuente 1 en 35.000 a 50.000 RN, más habitual en varones (18:1). Caracterizado por la triada a) ausencia o hipoplasia congénita de la musculatura de la pared abdominal, b) anormalidades del tracto urinario y c) criptorquidia bilateral. **Caso:** Madre 24 años, unión libre, ama de casa, sana, educación primaria completa, primípara gestante 38 semanas por FUM y 35.5 semanas por ecografía 2ºT, presentó preclampsia tratada regularmente. Niega exposición a tóxicos, no recibió maduración pulmonar. Serologías para TORCHS negativas, ecografía tercer trimestre mostraba feto con mega vejiga y ureterocele. Nace por cesárea RN masculino, Apgar 3/7, recibió VPP 20 segundos. Peso: 2350 g, Talla: 46 cm, PC: 31 cm, 38,2 semanas por Capurro. El examen del RN reveló, abdomen en batracio, pared abdominal muy laxa y redundante, hígado y bazo visibles y palpables, criptorquidia bilateral, ruidos cardiacos en hemitórax derecho, presento diuresis al nacer. Ingreso a UCIN permanece con reposo enteral e hidratado por 48 hs, luego inicia lactancia materna y profilaxis de infección urinaria antibiótica oral. En la ecografía: ureterohidronefrosis bilateral severa, vejiga distendida, parénquima y funcionalidad renal conservada. Ecocardiograma concluye dextrocardia. Cistouretrografia: capacidad vesical aumentada, reflujo vesicoureteral bilateral, dilatación uretral y divertículo del uraco. Se realizaron interconsultas con nefrología y cirugía pediátrica. Egresa a los 15 días de vida en buen estado con plan de seguimiento multidisciplinario ambulatorio. **Discusión**: Este síndrome es una rara anomalía congénita, en el presente caso las características clásicas estuvieron presentes en el nacimiento. La presentación es variada y el pronóstico indudablemente depende de la sobrevida en el periodo neonatal y tardíamente a la magnitud de las alteraciones del tracto urinario.

182. Situs inversus totalis. Reporte de un caso

Portillo E, Ortiz J, Fleitas R, Nuñez R, Coronel N.
Sala de UCIP- Hospital Regional de Luque.

Introducción: El Situs Inversus Totalis es una anomalía congénita del desarrollo embrionario, caracterizada por disfunción del establecimiento del eje derecha-izquierda con la consecuente inversión en espejo de todos los órganos torácicos y abdominales. Solo un 5 a 10 % presentan malformaciones cardio- vasculares congénitas que debutan clínicamente con síntomas asociados a estas alteraciones, mientras el resto permanecen de forma subclínica. **Objetivo:** Destacar las claves diagnósticas del Situs Inversus Totalis y la importancia de un diagnóstico temprano. **Caso Clínico:** Presentamos el caso de RN de sexo femenino nacido a las 34 semanas de edad gestacional. Antecedente materno de Diabetes tipo I en tratamiento, internada en el servicio de Obstetricia del Hospital Regional de Luque desde

las 26 semanas de gestación por ecografía que informa poli hidramnios e hidronefrosis unilateral. Al nacimiento la radiografía de tórax confirmó dextrocardia, además se apreció burbuja gástrica a la derecha y sombra hepática a la izquierda. La ecocardiografía evidenció dextrocardia especular clásica sin malformaciones asociadas. En ecografía abdominal el hígado se encontró en hipocondrio izquierdo y el bazo en hipocondrio derecho. Riñón derecho con dilatación de sistema pielocalicial y de uréter en toda su extensión. **Conclusión**: Es una condición muy rara, con muy pocos reportes en la literatura. En algunas ocasiones puede pasar desapercibida al no presentar manifestaciones clínicas. Además, tras el diagnóstico de Situs Inversus se puede estudiar la presencia de patologías asociadas como discinesia ciliar primaria (Síndrome de Kartagener).

183. A propósito de un caso. Dengue Neonatal

Morel L, Gonzalez L.
Hospital Regional de Ciudad del Este.

Introducción: El dengue es una enfermedad infecciosa causada por un flavivirus con 4 serotipos, trasmitido por el mosquito Aedes aegypti. En Paraguay es un problema de salud pública. La infección puede trascurrir asintomática o con formas graves e incluso la muerte. Se confirma con la detección del antígeno Ns1, anticuerpos IgM, reacción en cadena de polimerasa (PCR) y aislamiento del virus. La trasmisión vertical al recién nacido se ha estudiado poco. **Caso clínico**: Se reporta el caso en un paciente de sexo femenino, nacido por parto vaginal de 38 semanas por Capurro. La madre tuvo cuadro febril y síntomas asociados con enfermedad por dengue en el último trimestre de su embarazo, serología positiva con Ag NS1 positivo y una con IgM positiva. El recién nacido tuvo serología positiva para dengue, AgNS1 positivo y con IgM positivo. La enfermedad se presentó con cuadro febril y alteración laboratorial con buena evolución sin complicaciones, a partir del décimo día de vida desarrolló fiebre persistente por lo que acude a consulta y queda internada. Su evolución final fue favorable con tratamiento instaurado. **Discusión:** La trasmisión del dengue debe sospecharse en zonas de riesgo para mantener su vigilancia, indicar tratamiento temprano, promover la realización de guías diagnósticas y terapéuticas específicas para el periodo neonatal.

184. Características de los factores de riesgo asociados a partos pretérmino en el Hospital Regional de Cnel. Oviedo de Enero 2014 a Febrero 2015

Borja M, González M, Escandriolo B.
Hospital Regional de Coronel Oviedo, Dpto. Caaguazú, Paraguay.

Introducción: De acuerdo a datos de la OMS se estima que en el año 2015 se registraron aproximadamente 12,9 millones de nacimientos pretérmino, lo que representa el 9,6% de todos los nacimientos a nivel mundial **Objetivo:** Caracterizar los factores de riesgo asociados al parto prematuro en el Hospital Regional de Coronel Oviedo durante el 2014 al 2015. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo de corte transversal; la muestra fue de 175 neonatos, con muestreo no probabilístico por conveniencia en el servicio de Neonatología del Hospital Regional de Coronel Oviedo durante los meses de enero del 2014 a febrero del 2015. Fueron consideradas variables maternas y neonatales. El análisis se realizó con STATA v.14.0. **Resultados:** En el estudio fueron incluidos 175 neonatos, la mediana de edad materna fue de 24 años (P25= 20 años y P75= 30 años). El 46,85% (82) tuvo entre 3 y 4 partos, seguido de otro 43% (76) entre 0 a 2 partos y 9,71% (17) de 5 a 6 partos. El 33,33% (66) de las madres presento Infección del Tracto Urinario. La mediana de edad gestacional fue de 35 semanas y estuvo comprendida entre 33 y 36 semanas. El 77,77%(136) tenían un control prenatal insuficiente, por debajo de 5 controles. La mediana del peso neonatal fue de 2.300 gramos y estuvo comprendida entre 1.650 gramos y 3.000 gramos. El 29% (58) ingreso a neonatología por ser prematuro y 14,50% (29) por sepsis neonatal. Se observó 9% de óbito. **Conclusión:** los factores más frecuentemente hallados fueron la infección del tracto urinario, controles prenatales insuficientes y el número de partos anteriores.

185. Causas de muertes neonatales en el Hospital Regional Cnel. Oviedo durante los años 2010 al 2014

González M, Borja M, **Escandriolo B**.
Hospital Regional de Coronel Oviedo, Dpto. Caaguazú, Paraguay.

Introducción: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), casi el 40% de los niños menores de cinco años que fallecen cada año son lactantes recién nacidos: bebés de menos de 28 días o en período neonatal. **Objetivo:** Determinar las causas de muertes neonatales en el servicio de neonatología del Hospital Regional de Coronel Oviedo del año 2010 al 2014. **Material y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo de corte transversal con

muestreo no probabilístico por conveniencia. Fueron consideradas variables neonatales tales como la edad gestacional, la talla, y la causa del óbito. El análisis se realizó con STATA v.14.0, los datos se expresan en medidas de tendencia central y dispersión, y tabla de proporciones. **Resultados:** Fueron incluidos en el estudio 186 casos de óbito, de los cuales en el 2010 obitaron 27 (1,5%) neonatos de un total de 1en el 2011 obitaron 38 (2%) de un total de 1829 partos, en el 2012 obitaron 34 (1,9%) de un total 1762, en el 2013 obitaron 23 (1,3%) de un total de 1718 y en el 2014 obitaron 41 (2,28%) neonatos de un total de 1880. La mediana de talla fue de 42 centímetros y estuvo comprendida entre 39 a 48 centímetros. De los 186 neonatos que obitaron, 54,72% (101) fueron por parto vaginal y 45,28% (85) por cesárea, la causa más frecuente fue por Insuficiencia respiratoria aguda en un 42,77% (80) y por falla multiorgánica en un 32,08% (60).787. **Conclusión:** La causa más frecuente de óbito neonatal fue insuficiencia respiratoria aguda, seguido por falla multiorganica.

186. Citomegalovirus en el período neonatal

Miltos P, Samudio G, Muzachi L, Estigarribia M.
Servicio de Neonatología Hospital Central de IPS. Asunción. Paraguay.

Introduccion: El CMV esunvirus que dependiendo del estado inmunológico del huésped, genera gran diversidad de transtornos. **Objetivo:** Caracterizar a los neonatos con diagnóstico de citomegalovirus, internados en una unidad neonatal de un hospital de tercer nivel. **Material y Métodos:** El DNA-CMV fue identificado en plasma por reacción en cadena de la polimerasa (PCR) cuantitativa, y las variables maternas y neonatales que definieron el cuadro clínico. **Resultados:** Se consideraron como infección congénita 36 (92%), adquirido 3 (7,6%), Se analizaron los resultados serológicos, hematológicos, hepatograma, la alteración más frecuentes fue leucopenia. El rango de semanas de edad gestacional fue de 28 a 41, peso de 600 a 4700 g, talla de 32 a 56cm El 74,3% fueron prematuros; predominó el sexo femenino (65%), el 70% tuvieron peso adecuado para la edad gestacional, talla baja 25%; la vía de nacimiento más frecuente fue la cesárea 85%. Las manifestaciones clínicas se catalogaron como compatibles con sepsis. En la ultrasonografía trasfontanelar predominó la hemorragia intraventricular (III), e hidrocefalia. La tomografía craneal mostró datos de edema cerebral. Las variables de riesgos inherentes a la madre que son más frecuentes las infecciones, el nivel socioeconómico bajo, el parto pretérmino. **Conclusión:** Este trabajo reporta las características de la infección por CMV en RN, se identifican variables neonatales que definen el cuadro clínico y las variables maternas de riesgo que pueden contribuir a la infección.

187. Factores de riesgo para el desarrollo de asfixia perinatal en pacientes ingresados en sala de neonatología de un hospital de Ciudad del Este

González L, Morel L.
Hospital Regional de Ciudad del Este.

Introducción: La asfixia perinatal es una complicación significativa de salud pública a nivel mundial según informe de estadísticas sanitarias del 2012 de la Organización Mundial de la Salud y alcanza un número significativo de muertes, así mismo deja un número parejo de sobrevivientes con secuelas a largo plazo. A pesar de los avances científicos, no se ha visto en los últimos años disminución importante de la mortalidad por esta causa en nuestro país, ni en otros países en desarrollo. **Objetivo**: Caracterizar la frecuencia de distribución de factores de riesgo para el desarrollo de asfixia perinatal en pacientes ingresados en sala de neonatología de un hospital de Ciudad del Este. **Materiales y Métodos:** Se revisaron expedientes de 50 recién nacidos que presentaron asfixia en el periodo perinatal, en el servicio de neonatología, durante febrero del 2014 a marzo del 2016. Resultados: La frecuencia de distribución de factores de riesgo para el desarrollo de asfixia perinatal, obtenidos de 50 RN que desarrollaron asfixia, fueron: rotura prematura de membrana ovular, seguido de sufrimiento fetal agudo y síndrome de aspiración de meconio, 80% y 56%, respectivamente, liquido amniótico meconial 46%, trabajo de parto prolongado y distocia 38, hipertensión materna 24%, cardiopatía congénita 20%, enfermedades congénitas 12%, diabetes materna 10%, corioamnionitis 4%. De la revisión de historias clínicas con relación a distribución de factores de riesgo encontramos 58% de control prenatal nulo, predominio de cesárea, 56%. La cantidad de asfixia perinatal predominó en el sexo masculino, 58%. **Conclusiones:** Del total de recién nacidos internados se encontró 6% de asfixiados con predominio del sexo masculino, parto cesárea y bajo control prenatal relacionados con los problemas que enfrenta la mujer en el momento de su embarazo, ya sea por mala alimentación, desidia, difícil acceso a los servicios de salud.

188. Hidrops fetal por sífilis connatal grave en Recién Nacidos de pre Término

Gómez A, Samudio G, Vera L, Valdez R, Gini L, Guerrero G.
Servicio de Neonatología. Postgrado Pediatría Clínica Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción, Hospital General Barrio Obrero. MSP y BS.

Introducción: La etiología del Hidrops Fetal es diversa, entre las causas no inmunes figura las causadas por treponema pallidum. **Caso:** RNpT 35 semanas nacido por cesárea, madre VDRL 1/32, VIH negativo, tratada con 1 dosis de P. benzatinica. GS materno y RN O Rh+, peso: 3,250grs, Apgar 5/5, edema generalizado, ascitis, derrame pleural derecho, pericárdico, confirmados por estudios de imágenes, hepatomegalia, descamación palmo-plantar, fontanelas normotensa. HMG GB 19000, PMNN 44%, L 56%, Plaquetas 41400, CK-MB 614UI/L, PT 3,7g/dl, GOT 913U/l, GPT 369U/l, VDRL 1/16, gasometría con acidosis metabólica, toxoplasmosis, rubeola y CMV negativos, LCR: Prot 195mg/dl, VDRL 1/1, urea y creatinina normales, Hemocultivos Negativos. Ingresó UCIN por shock refractario a fluidos, afebril, en ARM, con inotrópicos, FC: 176x", FR: 35x" Saturación 98%, cobertura antibiótica con Ampicilina, Penicilina y Gentamicina. Paciente no presentó mejoría a pesar de la terapia instaurada y falleció a las 48hs de vida**. Discusión:** la sífilis connatal grave con afectación de múltiples órganos tales como corazón, pulmón, hígado y sistema nervioso también puede presentarse como Hidrops Fetal, el cual se caracteriza por edema generalizado y acumulación de fluidos en cavidades tales como pleura, peritoneo y pericardio. Ante esta presentación de sífilis connatal deben investigarse causas inmunológicas y no inmunológicas, entre las no inmunológicas deben ser descartados los del grupo STORCH. Esta patología puede ser mortal por lo que se deben hacer esfuerzos para prevenir su aparición mediante un buen control prenatal.

189. Morbilidad y mortalidad en prematuros menores de 1500 gramos en el Hospital Regional de Coronel Oviedo en el periodo 2015 hasta junio del 2016.

Zelada M, Lacarrubba J.
Hospital Regional de Coronel Oviedo. Servicio de Neonatología.

Introducción: Según el reporte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el 2013, la mortalidad neonatal representa el 63% de la mortalidad infantil, mayor que el estimado a nivel mundial. **Objetivo:** Caracterizar la morbilidad y mortalidad de los recién nacidos menores de 1500 gr de peso al nacer, atendidos en el Hospital Regional de Coronel Oviedo en el periodo de 2015 hasta junio del 2016. **Material y Método:** observacional descriptivo, retrospectivo, con enfoque cuantitativo y de corte transversal, fue no probabilístico, por conveniencia. Se procedió a la revisión de los expedientes clínicos de los recién nacidos con peso menor a 1500gr durante el periodo establecido. Los datos fueron tabulados en programa electrónica microsof Excel, los datos se expresan en medidas de tendencia y tablas de proporciones. **Resultados:** Fueron incluidos por 71 neonatos que tenían menos de 1500gr, correspondiendo a un 2,73 de los recién nacidos internados en el servicio de neonatología. La mortalidad de los recién nacidos de menos de 1500 gr en el hospital regional de Coronel Oviedo fue el 47,9%. Mortalidad de los prematuros de <1000 gr fue del 87,5%, la mortalidad de los prematuros extremos<750 fue del 100%. **Conclusión**: La proporción de mortalidad de los recién nacidos de muy bajo peso es alta, las frecuencias de morbilidades en la población de estudio está dentro del rango reportado en la literatura.

190. Nutrición en los Recién Nacidos de pretermino y su relación con la displasia broncopulmonar

Medina MC, Samudio M, Falcón L, Salinas A, Sosa R, Galván L.
Departamento de Neonatología, Hospital Materno –Infantil de San Loernzo, M.S.P y B.S. Instituto en Investigación de Ciencias de la Salud.

Introducción: La etiología de la displasia broncopulmonar (DBP) es multifactorial y es una secuela importante de la prematurez. Además de todos los factores que influyen en su desarrollo la nutrición posnatal ejerce un rol importante. **Objetivo:** Determinar la relación entre la nutrición enteral de los recién nacidos de pretermino y la displasia broncopulmonar. **Materiales y método:** Diseño retrospecivo, descriptivo, en prematuros ? 1500 grs., nacidos entre diciembre 2013 a diciembre de 2015. Variables: Edad gestacional, tipo de nacimiento, peso al nacimiento, sexo, días de vida al inicio de nutrición enteral, días de vida al alcanzar nutrición enteral total, días de vida al inicio de nutrición parenteral (NP). Se utilizaron medidas paramétricas y no paramétricas. Nivel de significancia 0.05. **Resultados:** Se analizaron un total de 52 prematuros, 24(46,2%) con DBP y 28 (53,8%) sin DBP, no hubo diferencia significativa en el sexo, tipo de nacimiento y edad al inicio de NP entre ambos grupos, si se observó mayor nacimientos por cesárea en ambos grupos (73,1%). La DBP se asoció con menor peso al nacimiento y mayor días de vida

al alcanzar nutrición enteral total (p< 0,05) **Conclusiones:** Se observó una asociación positiva entre menor peso al nacimiento y mayor días de vida al alcanzar nutrición enteral total con la Displasia Broncopulmonar.

191. Recién Nacidos ingresados en el Servicio de Neonatología del Hospital Los Angeles

Medina T, Garcete O.
Hospital Materno Infantil Los Angeles, Ciudad del Este.

Introducción: En los que se refiere a las informaciones recogidas acerca de los motivos más frecuentes de ingreso al servicio de Neonatología, destacan como causa principal la prematurez. A parte de este motivo existen varios factores asociados que influyen directamente en esta causa o que son motivo de ingreso por sí mismo, como ser: Factores Maternos: enfermedades de base, patología asociada al embarazo, infección materna, edades maternas. Factores del Recién Nacido: Edad gestacional, peso, malformaciones fetales, infecciones fetales. Factores Obstétricos: Cesárea, prolapso de cordón. **Objetivos:** Conocer el porcentaje de ingresos en Neonatología, de los nacidos en el servicio de maternidad en el periodo de estudio. Determinar el número de recién nacidos prematuros que ingresaron al servicio de Neonatología. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo que abarco desde agosto del 2015 a agosto de 2016. Fueron incluido los prematuros nacidos en el periodo estudiado, excluyendo los nacidos sin vida y externamente. **Resultados:** El total de nacimientos es de 3341. Los pacientes que ingresaron a Neonatología fueron 561 pacientes, dando una prevalencia de 17%. De los pacientes ingresados, 230 son prematuros; que representa el 41%. Los factores de riesgos prevalentes fueron las infecciones maternas un 40% y edades maternas de riesgo (menores de 18 años y mayores de 35 años) un 28%. Resultaron que los recién nacidos prematuros de 32 a 36 semanas predominan (70%) y los de bajo peso (46%). De los ingresados el 68% presentaron una buena evolución y fueron dados de alta, requirieron traslados a Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales un 23% y resultaron en óbitos un 9%. **Conclusiones:** Sabiendo que la prematurez constituye una de las mayores causas de internación Neonatal, aconsejamos intensificar la prevención de las mismas, estimulando un mayor control prenatal que oriente a las madres a evitar los factores de riesgo. Sugerimos la promoción de programas de vigilancia epidemiológica y la instrumentación de medidas tendientes a disminuir la incidencia de internaciones en el servicio de Neonatología; lo que dará como resultado un importante descenso de la morbimortalidad de los neonatos prematuros y por ende un significativo ahorro de recursos.

192. Estudio multicéntrico sobre retinopatía del prematuro: Como influyen peso de nacimiento y edad gestacional en la incidencia en nuestro país

Fonseca R[1,2], Margonari N[1], Vera L[1], Contreras V[1], Fiore L[3], Gini L[4], Fernandez M[5], Ledesma R[6].
[1]**Fundación Visión,** [2]**Hospital Materno Infantil San Pablo,** [3]**Hospital Materno Infantil San Lorenzo,** [4]**Hospital General Barrio Obrero,** [5]**Hospital Materno Infantil Trinidad,** [6]**Hospital Materno Infantil Villa Elisa.**

Introducción: La retinopatía del prematuro (ROP) es una morbilidad frecuente en los prematuros; constituye la principal causa de ceguera a nivel mundial; la aparición y la gravedad están inversamente relacionadas con el peso y la edad gestacional; es prevenible y su incidencia es variable de un país a otro. **Objetivos:** Establecer la incidencia de ROP en Paraguay. Caracterizar el patrón epidemiológico según peso de nacimiento (PN) y edad gestacional (EG). Determinar proporción y tipo de tratamiento de la ROP. Establecer la proporción de casos inusuales de ROP. **Material y Métodos:** Estudio multicéntrico, prospectivo con componente analítico; realizado en 5 Hospitales de referencia para la atención neonatal. Se consideró para el análisis RN con PN = 1850 gramos y/o con EG = 34 sem; nacidos en el periodo: agosto 2015 – agosto 2016. El tamizaje se realizó a través de imágenes digitales captadas por RetCam por técnicos de Fundación Visión (FV); analizadas, informadas y validadas por médicos retinólogos de FV. Variables: PN; EG y tratamiento. Los datos fueron consignados en planilla Excel y para el cálculo de tamaño muestral (340 RN) y análisis estadísticos se utilizó el programa Epi-Info versión 7.2. **Resultados:** En el periodo de estudio se registraron 10.694 nacimientos; de los cuales 1.044 (9.8%) fueron prematuros. Se registraron 519 RN con criterios para evaluación: fueron evaluados: 347 RN (67%); no fueron evaluados: 172 (33%); 47 RN fallecieron, 19 RN contrarreferidos y 106 RN con alta hospitalaria antes del momento de la evaluación. Se constató en 80/347 RN (23%) ROP, de los cuales 27/80 (34%) requirieron tratamiento Laser: 18 RN e infiltración de Bevacizumab: 9 RN. Según PN presentaron ROP: e/600-750 gr: 8/10 (80%); e/751-1000 gr: 19/34 (56%); e/1001-1250 gr: 17/50 (34%); e/1251-1500 gr: 22/79 (28%); e/1501-1750 gr: 8/70 (11,4%); e/1751-2000 gr:

5/67 (7,4%); e/2001-2800:1/37 (3%). Según EG presentaron ROP: ≤ 27 sem: 13/24 (54%); 28 sem: 15/28(83%); 29 sem: 9/27(33%); 30 sem: 13/42 (31%); 31 sem: 5/20 (25%); 32 sem: 10/59(17%); 33 sem: 8/49(16%); 34 sem: 6/55(11%); ≥ 35 sem: 1/43(2.3%). Casos inusuales (> 32 sema y/o > 1500 gr): 18/80 (22.5%). **Discusión:** La incidencia del 23% de ROP es elevada así como la proporción de casos inusuales; el reporte de estos datos permitiría poder trazar planes tanto para la prevención, pesquisa y tratamiento de la ROP en nuestro país.

193. Recién Nacido: primer gemelar con defecto gastrointestinal. Apropósito de un caso

Barrios C, Coronel N.
Hospital Regional de Luque.

Introducción: En el prenatal la presencia de polihidramnios permite sospechar una malformación. La ecografía fetal puede detectar una malformación intestinal. En el período neonatal, lo más característico es la presencia de vómito bilioso, distensión abdominal y/o retardo en la eliminación de meconio.Es importante diferenciar una mal rotación intestinal de un vólvulo intestinal. **Caso Clínico:** RN de madre de 37años G:04 P:00 C:03 A:00 CPN:6. Parto: cesárea.Nace primer gemelar, sexo femenino, Peso: 2.7kg APGAR: 8/8 EG: 39 semanas. Requiere secado vigoroso, se realizan cuidados inmediatos, coanas y ano permeables, se aspira por sonda gástrica 16 cc de líquido bilioso, desde el nacimiento con nauseas y vómitos de contenido bilioso, ingresa a UCIN a ARM dentro de las primeras 12 horas de vida. Requirió varias correcciones de medio interno. Radiografía se observa imagen de doble burbuja. A las 48 horas de vida se realiza ecografía abdominal se observa imagen compatible con vólvulo de intestino medio.Intervenido quirúrgicamente al 4to DDV, hallazgo: vólvulo de intestino medio procediéndose a la ileostomía.Buena evolución post quirúrgica, dado de alta al 10 DDV con alimentación mixta. Reingresa a sala a las 72 horas post alta por deshidratación, internada hasta cirugía de restitución de tránsito. **Discusión:** El vólvulo es una urgencia quirúrgica verdadera y se debe diagnosticar y tratar rápidamente para evitar gangrena del intestino. Se estima que los pacientes que requieren resecciones presenten una tasa de mortalidad hasta de un 50% como consecuencia del síndrome de intestino corto resultante.

194. Reporte de caso de zika congénito

Silvero C, Jojot S, Galván L, Zavala R, Bareiro M.
Hospital Materno Infantil "Reina Sofía" Cruz Roja Paraguaya. Servicio de Neonatología.

Introducción: El zika virus del genero flaviridae se trasmite a través de la picadura del Aedes Aegypti infectado, y por vía sexual (1). Se detectaron casos autóctonos en Brasil. (3) donde 1.551 casos de microcefalia se asocia al virus del zika por transmisión congénita. En Paraguay, el 27 de julio del 2016, reportaron los primeros casos de microcefalia asociados al virus del zika. La prueba diagnóstica es el PCR viral en sangre; orina y Líquido cefalorraquídeo (3). **Caso clínico**: Madre de 30 años, procedente de Ciudad del Este, nulípara, controles prenatales suficientes, VDRL y HIV no reactivo, con antecedente de rash cutáneo, durante el primer trimestre. El marido trabaja en zona endémica para zika, Ponta Pora – Brasil. Neonato de sexo masculino, 39 semanas por Capurro, Apgar 9/9 Peso: 2950 gr Talla: 52 cm PC: 28,5 cm. Al examen físico se constató circunferencia Cefálica por debajo del 3 DS. Se toma muestra de placenta, líquido amniótico, sangre de cordón umbilical y líquido cefalorraquídeo. Serología para Citomegalovirus IgG e IgM negativo, Toxoplasmosis IgG e IgM negativo. Retorna IgM y PCR positivo para zika, en sangre de cordón y líquido cefalorraquídeo, tomografía craneana con datos de Liscencefalia. **Discusión**: La relación causa-efecto entre la infección congénita de Zika y la microcefalia (4) constituye un reto para el sistema de salud por la morbi-mortalidad del mismo, toda microcefalia, debe ser evaluada de forma sistémica, descartando todas las causas posibles que generen este daño cerebral (5). La serología y el PCR que señala la OPS nos ha servido para llegar al diagnóstico del caso presentado.

195. Calidad en la atención del cuidado integral al Recién Nacido pre Término: Un Reto. Supervivencia con recursos mínimos.

López Y, Ugarte E, Lailla G.
Hospital Regional de Concepción.

Introducción: El presente trabajo es observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal; se fundamenta en la experiencia y posibilidades de nuestro centro, comparados con modelos y teorías de otros servicios de neonatología nacionales y del extranjero. **Objetivos:** Evaluar la calidad de la atención del Recién Nacido pre término en la sala, alojamiento conjunto y consulta de seguimiento, del Hospital Regional de Concepción, en el período comprendido desde 01 de mayo 2015 hasta el 30 de mayo del 2016. **Material y Método:** Para la realización de este trabajo se ha empleado la técnica de gabinete como: revisión de historias clínicas de RNPT, atendidos en neonatología del Hospital Regional de

Concepción, retrospectivamente, año 1015, así como revisión de registros del servicio y de las fichas de consultorio externo de seguimiento, el análisis estadístico de datos numéricos, cruce de información de los datos obtenidos en el servicio con datos de la oficina de estadística y epidemiología del hospital, finalmente la revisión bibliográfica. **Resultados:** En el Hospital Regional de Concepción el 80% de la morbimortalidad neonatal lo constituyen los nacidos pretérminos, quienes ocupan el mayor número de incubadoras, con estadio promedio de 49 días, demandando un costo cuatro a cinco veces mayor que un recién nacido a término. En el año 2015, el 28.7% de los recién nacidos fueron prematuros, observándose el incremento de las cifras cada año; constituyendo esto un reto para los cuidados médicos y de enfermería. La superviviencia alcanzó un 82 % con las condiciones mínimas con que cuenta nuestro centro. **Conclusiones:** A pesar de no contar con los recursos necesarios para los cuidados neonatales necesarios de los recién nacidos pre términos, con un diagnóstico adecuado y un plan de cuidados divididos en protocolos se logra una supervivencia elevada.

196. Exploración de una herramienta de cribado para la detección precoz de depresión post parto. Hacia la protección del vínculo en la primera infancia

Escobar R, Strübing E, Serafini O, Ayala O.
Hospital Materno San Pablo.

Introducción: La depresión post parto (DPP) afecta el vínculo madre/bebé. Puede presentarse hasta en 25% de las puérperas. **Objetivo:** Explorar las posibilidades de la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS) como una herramienta de tamizaje de DPP a nivel local. **Material y Métodos:** Prospectivo, descriptivo, correlacional. Se aplicó la EPDS a 100 mujeres con 2 a 6 meses pos parto, en el ambulatorio de un hospital, de mayo a julio de 2015. La EDPS tiene un máximo 30 puntos. La obtención de 10 o más muestran probable depresión. Se analizó la coherencia interna del instrumento. **Resultados:** Del total de mujeres encuestadas, 48 % alcanzó 10 o más puntos. Entre las encuestadas que eran adolescentes 60% alcanzó 10 o más puntos. Se encontró inconsistencias en su aplicación local; en la correlación de los ítems entre sí y con el puntaje total; diferencias en cuanto a la forma en la que se distribuyen las variables en el espacio conceptual y en cuanto a los niveles que alcanzan. Se consideró simultáneamente los ítems tomando los elementos comunes a todos ellos, estableciéndose zonas en vez de puntajes de riesgo. El 30% presentó puntajes encima de la media más un desvío estándar. Interpretar así los datos podría ser un uso adaptado localmente de la EPDS. Las inconsistencias podrían deberse a que Paraguay es un país bilingüe y multicultural. **Conclusiones:** Se encontró una alta prevalencia de sospecha de depresión post parto. Debería adaptarse cultural y lingüísticamente la herramienta, validarse y construir un baremo local.

197. Nivel de ruido en la unidad de cuidados intensivos neonatal del Hospital Regional de Luque

Estigarribia M, Samudio DG, Miltos P, Muzachi L.
Hospital Regional de Luque.

Introducción: Los neonatos prematuros internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Hospital Regional de Luque (UCIN-HRL) se exponen al ruido por largos períodos. Esto daña las células ciliadas del oído interno y al nervio auditivo. Dichas estructuras pueden dañarse por un impuso breve intenso, o por la exposición continua al ruido. El ambiente de la UCIN genera una sobrecarga de estímulos; pudiendo repercutir positiva o negativamente en el desarrollo de los prematuros. **Objetivo:** Proporcionar información descriptiva sobre el nivel de ruido al que están expuestos los Recién Nacidos de Pre Término, en la UCIN, dentro y fuera de una incubadora elegida al azar. **Material y Método:** Estudio observacional descriptivo de corte transverso, realizado en la UCIN-HRL en el mes de agosto 2016, la medición se realizó con 2 sonógrafos SL-5868; uno ubicado dentro y otro fuera de una incubadora. **Resultados:** La medición de los niveles de ruido fue realizada en un periodo de 8 horas diurnas continuas y en simultáneo dentro y fuera de una incubadora. Cada sonógrafo realizo 65535 mediciones encontrando un promedio de ruido de 52,43 dB(A), dentro de la misma y de 90 dB(A) fuera de ella, con un mínimo de 44.8 dB(A) y máximo 81.9 dB(A) dentro de la incubadora y un mínimo de 89 dB(A) y máximo de 90 dB(A) fuera de ella. **Discusión:** Los resultados demuestran que la incubadora actúa como un aislante sonoro reduciendo más del 40 % del ruido de la sala; esto traducido en dB corresponde a más de 30 dB de diferencia. **Conclusión:** Encontramos que el promedio de nivel de ruido se encuentra por encima de lo recomendado por estándares internacionales, tanto dentro de la incubadora como fuera de la misma.

198. Neumonía por Chlamydia trachomatis en recién nacidos, en unidad de cuidados neonatales

Baruja D, Fonseca R, Genes L, Zapata L, Pereira S.
Hospital Materno Infantil San Pablo. Asunción-Paraguay.

Introducción: La infección por Chlamydia trachomatis (CT) es una infección de transmisión

sexual, generalmente asintomática, pudiendo asociarse a prematuridad y bajo peso al nacer. **Objetivo:** Determinar: prevalencia de CT en neumonías del recién nacido (RN), factores de riesgo asociados en niños internados desde el nacimiento. **Material y Método:** Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo. Enero del 2014-agosto del 2015. **Resultados:** Ingresaron 1248 RN a Unidad Cuidados Intensivos e intermedios; 34 (ptes) (2,7%) con sintomatología respiratoria sin otra causa justificada, resultaron positivos a CT por inmunofluorescencia directa. Edad media de madres 18,2 años. Menores 24 años (55,8%), adolescentes (32,3%). Control prenatal suficiente 12 madres (35%), insuficiente (47%) y nulo (17,5%). Infecciones concomitantes: sífilis (5,8%), Infección virus papiloma humano (HPV): 1 (2,9%), virus inmunodeficiencia humana (VIH): 1 y hepatitis B: 1. Fueron prematuros 88,2%, media de edad gestacional 32,2 semanas. No predominancia en cuanto al sexo. Peso al nacer 1898 grs de media. Rotura de membrana espontánea (58,8%), tiempo BR media 18,2 horas. Síntomas respiratorios: polipnea 7 (20,5%), apneas 7, desaturación 17 (50%), los síntomas respiratorios se presentaron en una media 11,4 días de internación. Conjuntivitis 18 (53%). Eosinofilia mayor a 400.000 en 22. Patrón radiológico frecuente: infiltrado intersticial bilateral (61,7%). Requirieron asistencia respiratoria mecánica (ARM) (67%), uso de ARM asociándose significativamente con falta maduración pulmonar durante el embarazo p de 0.003. Todos fueron tratados con claritromicina por 14 días. No hallándose muerte asociada. **Conclusiones:** La prevalencia de Neumonía por CT en RN fue 2,72% de los RN internados. Factores de riesgos asociados: madres adolescentes de 15 a 19 años (33%) y menos de 24 años (56%). Encontrándose infecciones concomitantes: sífilis, HIV, HPV y hepatitis B.

NEUROLOGÍA

199. Deficiencia de Pantotenato Quinasa: a propósito de un caso

Barrios C, Franco C.
Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñu".

Introducción: Enfermedad de Hallervorden Spatz o Déficit de Pantotenato Quinasa es una enfermedad neurodegenerativa por depósito de hierro en el cerebro. Autosómica recesiva y su prevalencia se estima en 1 /1.000.000. La alteración se encuentra en el gen 20q13 que codifica la enzima pantotenato quinasa encargada de utilizar el hierro. Aparece entre 6 y 40 años de edad, caracterizada clínicamente por deterioro cognitivo, extrapiramidalismo, disfunción piramidal, cambios comportamentales, y radiológicamente afectación del globo pálido. **Caso Clínico:** Niña de 8 años de edad que consulta por deterioro de la marcha y alteración del lenguaje. Neurodesarrollo adecuado hasta los 3 años de edad, luego deterioro progresivo de marcha y distonía generalizada. A los 6 años alteración del lenguaje, deterioro cognitivo y cambios comportamentales. E.F: déficit cognitivo, trastorno del lenguaje, limitación a la supraversión ocular, postura distónica de cabeza y extremidades. Reflejos aumentados, Babinsky presente bilateral. Se realizó: hemograma, glicemia, electrolitos, cobre sérico, perfiles: hepático, renal, lipídico, enzimas musculares, estudio de LCR, test Elisa para HIV, serología para toxoplasmosis, citomegalovirus y rubeola, todos normales. EMG y EEG: normales. RMN cerebral: hipodensidad a nivel de globo pálido bilateral, con hiperintensidad central en Flair y T2, compatible con depósito de hierro, signo de "ojos de tigre" muy sugestivo de la enfermedad. Evaluación oftalmología hallazgos de retinopatía pigmentaria. Por clínica y neuroimagen establecemos el diagnóstico de déficit de pantotenato quinasa. Tratamiento: Triehifenidilo, Baclofeno, Clonazepam, sin respuesta clínica. **Discusión:** Presentamos este caso para que esta enfermedad se considere en los pacientes que cursan con neurodegeneracion y alteración motora de predominio extrapiramidal principalmente cuando la neuroimagen es sugestiva.

200. Mi niño ya no es mi niño. A propósito de un caso de Síndrome de disejecutivo por higroma bifrontal.

Samudio DGC, Ortiz CLM, Kusley J, **González L**, Almirón.
Departamento de Pediatría. Departamento de Neurocirugía. Hospital Nacional de Itaugua. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Introducción: Los lóbulos frontales están implicados en funciones cognitivas, regulación y control de conducta, emociones y memoria. Su afectación puede llevar a alteraciones profundas de la conducta del individuo, afectando su desempeño social y diario, en lo que se ha dado en llamar síndrome disejecutivo, también conocido como síndrome frontal. **Caso Clínico:** masculino de 14 años, padres no consanguíneos. 15 días antes del ingreso

accidente automovilístico, sin pérdida de conocimiento ni déficit motor o sensitivo. Días después presenta alteración de conducta, "mutismo acinético", "marcha magnética", pérdida de memoria. Padres refieren, "que su hijo ya no es el mismo, pareciera ser otra persona", agitación psicomotriz, coprolalia y ataxia. TAC múltiples microcontusiones hemorrágicas bifrontal y biparietal. Ante persistencia y empeoramiento de trastornos conductuales, y dificultad para conciliar el sueño, se trata con clonazepan, biperidona y risperidona. El cuadro empeora presentando agresividad extrema, coprolalia alternando con abulia. Nueva TAC: higroma aumentado de tamaño con efecto de masa. Mejoría luego del drenaje de la colección bifrontal. Alta con mejoría de la conducta, sin pérdida de adquisiciones. Cambios en la personalidad persistentes. **Discusión:** Pacientes con lesiones de los lóbulos frontales causados por un traumatismo craneoencefálico pueden presentar síndrome del lóbulo frontal. Nuestro paciente presentó casi todos los efectos clínicos de las lesiones del lóbulo frontal: trastornos conductuales, acinesia, apatía, abulia, apraxia de la marcha, desinhibición de la conducta y agresividad; produciéndose cambios de la personalidad y la conducta persistentes.

201. Neuritis Óptica. Presentación de un caso

Espínola S, Bogado J, Luraschi N, Santos C, Rodríguez D.
Servicio de Pediatría. Hospital Regional de Encarnación. Posgrado de Pediatría, FM, UNI.

Introducción: La neuritis óptica en la infancia suele comenzar con una caída abrupta de la agudeza visual, dolor con los movimientos oculares y capacidad reducida para la percepción de los colores. La incidencia parece ser considerablemente menor que en la población adulta. **Caso clínico:** Presentamos el caso de un paciente escolar de 7 años de edad, sexo masculino, APP sin datos de valor, vacunas completas para la edad. Motivo de Consulta: fiebre y cefalea de 2 días de evolución, convulsión tónica clónica generalizada de 6 horas antes del ingreso. Al Examen Físico: eutrófico, facies pálida. FC 125 lpm, PA 100/60, FR 21/min. Paciente Glasgow 13/15 bajo efectos de anticonvulsivantes. Resto de la exploración normal. Laboratorio: Hb: 10,6, Hto 33,3%, GB 14.310(N: 84%, L: 13%), Plaquetas normales, PCR+++, orina simple normal. TAC de cráneo normal, LCR:cristal de roca, proteínas: 37 mg/dl, glucosa:103, Pandy negativo, leucocitos 129(N: 49% L: 51%)se inicia cobertura ATB con cefotaxima y vancomicina, ante cultivos negativos se suspenden. En su 7 día de internación paciente refiere dolor ocular izquierdo y alteración en la agudeza visual por lo que es evaluado por oftalmología se constata una neuritis óptica, en el contexto del paciente se considera post infecciosa. Se realiza RMN p/ descartar otras causas probables. Paciente recibe 3 pulsos de metilprednisolona a 15 mg/kp/día c/24 horas y completando 14 días por vía oral con prednisona a 1mg/kp/dia. **Discusión:** Presentamos este caso, debido a la poca frecuencia en la edad pediátrica, y la causa infecciosa es la principal etiología como en este paciente. Es importante tener en cuenta que estas complicaciones se pueden presentar dentro de las 2 semanas del proceso primario y por lo tanto requiere de seguimiento cercano.

202. Hemimegalencefalia: a propósito de un caso.

Zárate L, Franco C.
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñú.

Introducción: La Hemimegalencefalia es un trastorno de la proliferación neuronal que produce un excesivo crecimiento de todo o parte de un hemisferio cerebral. Es una rara malformación que cursa con encefalopatía de gravedad variable (epilepsia, hemiparesia contralateral, retraso del desarrollo). Se presenta aislada o con hemihipertrofia craneofacial o corporal. Puede asociarse a síndromes neurocutaneos. El diagnóstico es clínico-radiológico y el tratamiento sintomático-quirúrgico. **Caso clínico:** Niña de 4 años, padres sanos, no consanguíneos. Consulta por crisis convulsivas y retraso psicomotor. Embarazo y nacimiento normales. Nace con asimetría facial. Sin antecedentes patológicos familiares. Al examen físico: Asimetría facial a expensas de mayor tamaño de hemicara izquierda (frente, ojo, mejilla, labio, lengua). Dificultad en la comprensión y expresión del lenguaje. Déficit cognitivo. Torpeza motora. No se observa asimetría de tamaño y fuerza en las extremidades. No signos piramidales. Presencia manchas hipercrómicas en piel. Resto de la exploración normal. El EEG muestra paroxismos tipo punta onda y punta onda lenta en región frontocentral izquierda. La RMN cerebral compatible con hemimegalencefalia izquierda. Manejada con ácido valproico desde el inicio con respuesta parcial. **Comentario:** La hemimegalencefalia es una rara malformación que cursa con encefalopatía de gravedad variable y es progresiva. El pediatra ante un niño con clínica compatible debe tenerla presente dentro de sus diagnósticos diferenciales con la finalidad de ofrecer al mismo una mejor calidad de vida.

203. Encefalitis por anticuerpos contra el receptor n-metil d aspartato (NMDAR). A propósito de un caso.

Arredondo P, Franco C, Casartelli M.
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.

Introducción: La encefalitis por anticuerpos anti receptor de glutamato de tipo N-Metil-D-Aspartato (Anti-NMDAR) es una enfermedad inmunomediada, caracterizada por síntomas psiquiátricos, trastornos del movimiento, del habla, convulsiones, síntomas autonómicos e hipoventilación. Se piensa es la segunda causa de encefalitis inmunomediada en niños. Puede tener un origen paraneoplásico o no. El diagnóstico es clínico-inmunológico y el tratamiento quirúrgico y/o inmunomodulador. **Caso Clínico:** Adolescente femenina, previamente sana, consulta por cefalea y fiebre de varios días luego convulsiones. Se agrega un mes después: alteración de esfínteres, mutismo, agresividad, alucinaciones visuales. Se solicita en: Sangre: Hemograma con linfocitosis leve; Reactantes de fase aguda: negativo; Anticuerpo Antitiroglobulina, anticuerpo antinucleares (ANA), anticuerpo anticitopasmo de neutrófilos ANCA y factor reumatoideo, todos negativos; Hemocultivo: negativo; Screening metabólico: normal. Orina: Tóxicos: negativo. LCR: Citoquímico: normal; PCR: Enterovirus, Herpes virus, Arbovirus, Flavivirus: negativos; BOC: positivo. EEG: ondas lentas fronto-centrales izquierda con espigas intercaladas. RMN cerebral: hiperseñal en T2 y FLAIR en región subcortical frontal izquierda. Ante sospecha de Encefalitis Autoinmune se realiza dosaje de anticuerpos antirreceptor NMDA en plasma: negativo y LCR: positivo. Ecografía abdomino-pelvica normal. Se inició tratamiento con pulsos de Metilprednisolona por 5 días, luego Inmunoglobulina 1g/kg/día por 2 días, con mejoría progresiva de los síntomas. **Discusión:** La encefalitis antirreceptor de NMDA es una entidad poco conocida en nuestro medio, por lo que puede estar sub diagnosticada. El pronóstico depende del diagnóstico y tratamiento precoz.

204. Lesión cerebral asociada al uso de vigabatrina. A propósito de un caso.

Candia G, Valenzuela Z, Franco C.
Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñú.

Introducción: La vigabatrina es un fármaco utilizado en el tratamiento de los espasmos infantiles y se ha asociado a lesiones cerebrales reversibles, simétricas, con afectación específica del globo pálido, cuerpo calloso, tálamo, núcleo dentado y tallo cerebral. Estudios han informado susceptibilidad única de lactantes con espasmos infantiles para desarrollar alteraciones de señal en la RM cerebral durante el tratamiento con vigabatrina, lo que parece estar relacionado a la etapa de maduración de las fibras de mielina. **Caso clínico**: Paciente femenina de 24 meses de edad, con Síndrome de Down, y Sx West desde los 6 meses de edad, tratada con varios anti comiciales con escasa respuesta. A los 12 meses inicia vigabatrina 200 mg/kp/día, con mejoría de las crisis. A los 12 meses de tratamiento con Vigabatrina presenta síntomas neurológicos agudos: irritabilidad, sialorrea, insomnio, alteraciones en la deglución, movimientos distónicos de tronco y extremidades. Se realiza EEG con mejoría del trazado eléctrico, y RMN cerebral con imágenes hiperintensas en FLAIR y T2 a nivel de tálamos, que no eran visibles en estudio previo. Laboratorio: Hemograma, gasometría, electrolitos, urea, creatinina, glicemia, amonio, enzimas hepáticas, ácido láctico: normales – Orina: Normal – LCR: normal. Se suspende Vigabatrina, sospechando lesión por la misma, con mejoría gradual de los síntomas. **Comentario**: El uso vigabatrina asociados a lesión cerebral y manifestaciones extra piramidales, se describen en la actualidad. Los factores de riesgo podrían ser la edad del paciente, dosis altas y acumulativas de la medicación, ante la probable afectación de la mielina, razón por la cual ante un niño con clínica y tratamiento mencionados pensar en lesión cerebral por la misma.

205. Microcefalia por Virus Zika en un hospital público de Paraguay. Reporte de dos casos.

González R, Arredondo P, Franco C, Casartelli M.
Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñú".

Introducción: El Zika es una enfermedad transmitida por mosquitos y de persona-persona (contacto sexual, trasmisión vertical). Se determinó relación causal de la infección por virus Zika y las lesiones cerebrales. El primer trimestre del embarazo es el periodo de mayor riesgo y severidad de daño cerebral. Las lesiones frecuentemente descritas son: microcefalia, calcificaciones, hidrocefalia, ventriculomegalia, lesiones corticales y de la sustancia blanca. **Casos 1:** Paciente de 42 días de vida, femenino, acude por microcefalia. Antecedentes: Madre asintomática durante la gestación. Ecografía morfológica de 28 semanas: microcefalia. Parto vaginal, EG: 34 semanas, PN: 1290grs, PC: 24 cm (<3DE) Talla: 38 cm, Apgar: 8/9. Serología para TORCHS: negativos. Zika IgG e IgM en suero y LCR: positivo. TAC de cráneo: atrofia corticosubcortical, calcificaciones, ventriculomegalia. Examen Neurológico: Microcefalia (PC: 26cm - <3DE), resto normal. **Caso 2:** Paciente de 5 días de vida,

masculino, acude por microcefalia. Antecedentes: Madre sintomática a las 9 semanas de gestación. Ecografía morfológica de 27 semanas: microcefalia. Nacimiento por cesárea, EG: 39 semanas, PN: 2950grs, PC: 28,5 cm (<3DE) Talla: 42cm, Apgar: 8/9. Serología para TORCHS negativos. Zika IgG IgM en suero y LCR: positivo. TAC de cráneo: atrofia corticosubcortical, calificaciones, ventriculomegalia. Examen Neurológico: Microcefalia (PC: 28,5cm - <3DE), resto normal. **Discusión:** La infección por Zika representa un problema de salud pública que debe ser controlado. La lesión cerebral en etapa fetal es la complicación más temida e irreversible, dejando secuelas motoras, cognitivas e intelectuales de por vida. Como no existe tratamiento específico, la prevención del contagio sigue siendo fundamental.

OTORRINOLARINGOLOGÍA

206. Hipoacusia Neurosensorial severa a profunda asociada a Síndromes genéticos

Arias V, Costas L.
Cátedra de Otorrinolaringología. Hospital de Clínicas. Universidad Nacional de Asunción.

Introducción: Síndrome de Waardenburg: genodermatosis 1 de cada 42.000 nacimientos, dos tipos: I: Gen PAX3 (2q35). II: Gen MITF (3p14.1-p12.3), ambos con distopia cantorum. Sordera neurosensorial congénita. Iris azul intenso. Pigmentación del cabello, cejas, pestañas y mechón blanco. Síndrome de Cornelia de Lange, expresión dimórfica, retraso mental, inicio prenatal, retraso en crecimiento, anomalías en extremidades y malformaciones asociadas (corazón, riñón). Incidencia entre 1/62 500 y 1/45 000. NIPBL (5p13.2) mutado en 50% de los pacientes. Mutaciones asociadas a formas leves ligados al X, y en SMC3 (10q25). Síndrome de CHARGE con incidencia entre 1/12 000 y 1/15 000 nacimientos. Alteraciones auditivas en 95-100% de casos. Esporádico (97% de los casos) o transmitido de forma autosómica dominante. Riesgo de mosaicismo (1 a 2%). **Objetivo**: Caracterizar 3 síndromes genéticos con Hipoacusia sensorioneural (HSN) profunda asociada. **Material y Métodos:** Descripción de casos clínicos de tres síndromes genéticos e implicancia del daño auditivo. **Resultados:** Síndrome de Waardenburg: Paciente masculino de 7 años con diagnóstico de HSN profunda y Waardenburg tipo I. Presenta una distopia, anomalías en la pigmentación (ojos de color azul zafir). El padre presenta las mismas características clínicas. Síndrome Cornelia de Lange: Paciente de 1 año 6 meses que presenta marcada dimorfía facial con retardo del crecimiento. Síndrome de CHARGE: Paciente femenino de 6 años con múltiples anomalías congénitas coloboma, atresia de coanas, cardiopatía y hipoacusia neurosensorial profunda. **Discusión:** Existe elevada asociación entre la HSN y síndromes genéticos, el de Cornelia Lange y el de CHARGE son los más frecuentes. Un diagnóstico precoz de hipoacusia neurosensorial mejora la calidad de vida de los pacientes.

207. Perfil del paciente candidato a recibir un implante coclear en el Hospital de Clínicas.

Arias V, Costas L, Mansilla T, Ocampo P.
Cátedra de Otorrinolaringología. Hospital de Clínicas. FCM Universidad Nacional de Asunción.

Introducción: La frecuencia de la hipoacusia sensorioneural (HSN) profunda es de 1 a 3 cada 1000 nacimientos, estimaciones nacionales mencionan entre 50 a 150 niños con hipoacusia que nacen por año. Estos niños pueden beneficiarse de dispositivos auditivos como el Implante coclear. **Objetivo:** a) Presentar las características epidemiológicas de los pacientes con HSN profunda candidatos a beneficiarse de un implante coclear. b) Identificar los factores de riesgo audiológicos asociados. **Material y Métodos:** observacional, descriptivo y retrospectivo. Se revisaron retrospectivamente 36 fichas clínicas de pacientes que integran el Programa de Implantación Coclear del Hospital de Clínicas. Se colectó información sobre datos demográficos (edad, sexo), tiempo del diagnóstico en relación a la edad, al uso de audífonos y de asistencia a la escuela. Se indagaron los factores de riesgo asociados a HSN. **Resultados:** La edad promedio de estos niños fue de 4,8 años. Un 44% (16/36) correspondieron al sexo femenino y 56% (20/36) al sexo masculino. El diagnóstico se realizó en promedio a los 2 años. El uso inicial promedio de audífonos es a los 4 años. El 72% (26/36) de los niños presentaron factores de riesgos audiológicos. Los más frecuentes fueron internación en UTI y prematurez. El 69% de estos niños (25/36) reciben educación en una escuela regular. **Conclusiones:** Los diagnósticos de hipoacusia son tardíos, así como la implementación de dispositivos auditivos auxiliares. La rehabilitación auditiva es indispensable para el avance de los pacientes y su integración a la sociedad, estas limitaciones siguen siendo el principal déficit en nuestra población de pacientes.

208. Neuropatía auditiva: Falta de sincronización de la respuesta auditiva.

Arias V, Costas L.
Cátedra de Otorrinolaringología. Hospital de Clínicas. Universidad Nacional de Asunción.

Introducción: El diagnóstico de la hipoacusia sensorio-neural (HSN) fue atribuida a una disfunción coclear. La aparición de nuevas herramientas en el diagnóstico audiológico permite establecer la definición y comprensión de la neuropatía auditiva (NA). La NA es una respuesta anormal del nervio auditivo en presencia de una función coclear normal. La prevalencia es del 5% y la asociación a una HSN severa a profunda es del 14%. **Objetivo:** 1) Establecer las características epidemiológicas de los pacientes con un diagnóstico de NA. 2) Identificar los factores de riesgos audiológicos asociados. 3) Presentar las características de los métodos de diagnóstico audiológico. **Material y Métodos:** Estudio retrospectivo de análisis de 70 fichas de pacientes con diagnóstico de hipoacusia que consultaron en la Cátedra de Otorrinolaringología entre febrero 2014 y agosto 2016. **Resultados:** Un total de 11.4% (8/70) pacientes presentan el diagnóstico de NA, la edad promedio es de 4,1 años. 4 niñas y 4 varones. Seis pacientes presentaron pérdida auditiva severa a profunda y 2 moderada. El total presentó factores de riesgo audiológicos (prematurez, hiperbilirrubinemia, infección por rubéola e internación en UTI). La edad promedio en la cual se realizó el diagnóstico fue a los 2 años y 6 meses. Ante un test de despistaje (OEA) presente, se tardó 1 año y 7 meses en solicitar la evaluación por Potenciales evocados auditivos (PEA). **Conclusiones:** Ante la presencia de factores de riesgo audiológico el test de despistaje (OEA) debe ser complementado con un estudio de la función nerviosa (PEA) para poder un diagnóstico precoz.

PEDIATRÍA GENERAL

209. Tumor teratoiderabdoide atípico. A propósito de un caso

Ayala L, Miranda G, Zavala C, Irala C.
Hospital Nacional de Itauguá. Terapia Intensiva de niños.

Introducción: El tumor teratoiderabdoide atípico afecta el cerebro y medula espinal; infrecuente, de crecimiento rápido. Presenta elementos neuroepiteliales, epiteliales periféricos y mesenquimatosos. Alto grado de malignidad y pobre pronostico, 1-3 % de los tumores en niños. Se clasifica como tumor de grado IV de la OMS. **Caso clínico:** Escolar de 4 años; procedente de Santa Rosa del Aguaray, con cefalea de 4 días, fiebre y vómitos de 24 horas. Al ingreso irritable, pálido, afebril, eupneico, hemodinamicamente estable. Glasgow15/15. Exploración neurológica normal. Laboratorio; leucocitosis con neutrofilia. PCR (+). En TAC de cráneo contrastada lesión nodular paraventricular parietooccipital izquierda con edema perilesional. Inicia antibióticos en contexto de absceso cerebral. Ingresa a cirugía, realizándose craneotomía y excéresis tumoral, post operatorio, TAC de cráneo con lesión similar a la primera. Reingresa a quirófano realizándose exceresis tumoral completa, con biopsia (+) para tumor teratoiderabdoide atípico. Confirmado con inmunohistoquimica. **Discusión:** Los tumores teratoidesrabdoide atípico del SNC fueron reportados a finales de los 80´s, es importante sospecharla y reconocerla en el menor tiempo posible para manejo apropiado, el 50 % afecta la fosa posterior, ante sospecha se debe solicitar TAC característicamente observamos imagen hiperdensa que se intensifica con contraste. La sobrevida es de 1año luego del diagnóstico. La resección quirúrgica total o parcial del tumor, y radioterapia brinda el mejor resultado.El caso que presentamos representa una condición patológica poco usual en Pediatría, agresiva y progresiva, requiriendo manejo urgente tanto quirúrgico como médico.

210. Cobertura de vacunación en pacientes hospitalizados en la Cátedra y Servicio de Pediatría. FCM-UNA; Hospital de Clínicas- PY.

Chirico M, **Bernal E,** Barrios U, Galeano L, Benítez Leite S, Rolón R.
Cátedra y Servicio de Pediatría. Hospital de Clínicas, San Lorenzo. FCM-UNA.

Introducción: La vacunación en los niños es un derecho y al mismo tiempo una obligación de parte de los padres. En general la falta de conocimiento acerca de los beneficios que aportan las vacunas contribuye a tener bajas coberturas. **Objetivo:** Determinar el cumplimiento del esquema de vacunación en pacientes hospitalizados en Servicio de Pediatría, Hospital de Clínicas. **Material y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal. Datos obtenidos de fichas clínicas de agosto 2015 a noviembre 2015 de pacientes internados en el Servicio de Pediatría-Hospital de Clínicas de la FCM- UNA – San Lorenzo. **Resultados:** La distribución de acuerdo a la edad de los pacientes corresponde a 110 (50%/n=219) de pacientes menores de 1 año de edad,

83 (37,8%/n=219) a pacientes de 1 año a 4 años y 26 paciente mayores a 4 años (11,8%/n=219) de edad. Se constató vacunación completa en 140 pacientes (63,9%/n=219) y 79 niños con esquema incompleta de vacunación en la internación (36,1%/n=219). **Conclusión:** Solo el 64%, de los niños/as tenían vacunación completa lo que implica una baja cobertura de vacunación Estos datos son preocupantes teniendo en cuenta la gratuidad de las vacunas que contempla el esquema de nuestro país.

211. Vacunación según escolaridad materna en pacientes hospitalizados en la Cátedra y Servicio de Pediatría. FCM-UNA. PY

Chirico M, **Barrios U**, Garcete J, Azucas R, Benítez Leite S, Rolón R.
Cátedra y Servicio de Pediatría. Hospital de Clínicas, San Lorenzo. FCM-UNA

Introducción: La educación constituye la principal medida para mejorar los niveles de salud de la población. Uno de los pilares más importantes para aumentar el nivel de salud en una población constituye la inmunización activa mediante vacunas. Los factores asociados a baja cobertura de inmunización son sobre todo socio-culturales, destacando el nivel de educación y el acceso adecuado a las vacunas a través de los servicios de salud. **Objetivos:** Describir cobertura de vacunación en relación a la escolaridad materna en el Servicio y Cátedra de Pediatría-FCM-UNA. **Material y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal. Datos obtenidos de fichas clínicas de agosto 2015 a noviembre 2015 de pacientes internados en sala de Lactantes, Infectología y Escolares en el Servicio de Pediatría; FCM- UNA – Hospital de Clínicas -PY. **Resultados:** de 219 pacientes, 140 (63,9%) corresponden a vacunación completa y 79 (36,0%) vacunación incompleta. Entre los pacientes con vacunación completa se observa: madres con escolaridad primaria 25/140 17.8%; secundaria 94/140 (67,1%); universitarias 13/140 (9,2%) y analfabetas 8/140 (5,7%). Las madres con vacunación incompleta poseían primaria 24/79(30,3%); secundaria 48/79 (60,7%); universitario 5/79 (6,3%) analfabeto 2 /79(2,5%). **Conclusión:** 1. Baja cobertura de vacunación completa en pacientes internados. 2. La tasa de deserción aumenta con la baja escolaridad de las madres.

212. Factores correlacionados con la evolución clínica de pacientes post-operados de apendicitis y peritonitis aguda en el servicio de Pediatría del Hospital Regional de Ciudad del Este (2016)

Silvero A[1], Witman T[2], Barrail A[2].
[1] **Hospital Regional de Ciudad del Este. Paraguay.** [2] **Facultad de Ciencias de la Salud. Minga Guazú. Paraguay.**

Introducción: La apendicitis aguda y la peritonitis generalizada son los hallazgos post operatorios más frecuentes en los pacientes con diagnóstico de ingreso de abdomen agudo quirurgo. La identificación y manejo oportuno representan la clave para reducir la morbi-mortalidad asociada a los mismos. En este trabajo se investiga la correlación que existe entre la evolución clínica de los pacientes con respecto a los días de evolución de la enfermedad, el tipo de hallazgo quirúrgico y el manejo oportuno en el post operatorio. **Objetivos:** Correlacionar los antecedentes previos a la internación con la evolución clínica en el post operatorio. Determinar las conductas terapéuticas con mejores resultados en cuanto al manejo de pacientes post operados graves. **Material y Métodos:** Se incluyeron 109 pacientes con edad entre los 2 y 14 años ingresados con diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico en el periodo comprendido entre Enero y Agosto del 2016. **Resultados:** Del total de pacientes internados 13,2% (n=109) corresponden a abdomen agudo quirúrgico. De estos 45,8% (n=50) se encuentran con diagnósticos de peritonitis. El 14% (n=7) requirieron monitorización, correcciones de medio interno y esquemas antibióticos de mayor espectro. Los casos más graves se correlacionaron en el 100% (n=7) con el uso de aines; 71,4% (n=4) con el contacto con empíricos. **Conclusiones:** Los pacientes con diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico representan un importante porcentaje del total de internados. Los de peor evolución contactaron previamente con empíricos o realizaron tratamiento analgésico.

213. Conocimiento acerca de la lactancia materna de madres de niños de 0 a 30 días que acuden al Hospital Distrital de Capiatá. XI Departamento Central, durante los meses de febrero y marzo del año 2016

Alfonso A, Cabrera G, Lacarrubba J, Troche Z, Ortiz H.
Hospital Distrital de Capiatá.

Introducción: La lactancia materna es un acto fisiológico, por herencia biológica natural, en la actualidad sorprende que las personas hayan dejado de realizarlo. **Objetivo:** Determinar el conocimiento

sobre la lactancia materna de madres de niños de 0 a 30 días que acuden al Hospital Distrital de Capiatá. XI Departamento Central, durante los meses de febrero y marzo del año 2016. **Material y Métodos:** El estudio es descriptivo, cuantitativo, transversal. Universo: se constituyó por 50 madres de niños de 0 a 30 días que acudieron al Hospital Distrital de Capiatá, durante el tiempo de estudio. La muestra es del 100% (50 personas). **Resultados:** La mayoría de madres encuestadas tienen de 31 a 35 años. Posee nivel de escolaridad primaria culminada; y trabaja en su casa, son primerizas, y poseen sueldo mínimo mensual promedio, acceden a energía eléctrica y medios de comunicación en su totalidad (televisión). Conocen los beneficios del calostro y las ventajas de lactancia materna; se agrega que entre los beneficios mencionaron, perder peso acumulado durante el embarazo, proporciona protección contra enfermedades al niño. Realizan lactancia exclusiva de su hijo/a hasta la actualidad. Según las madres, las enfermedades padecidas por los niños, durante los primeros días de vida, fueron pulmonares. **Conclusiones:** Se concluye en respuesta a la hipótesis: Las madres de niños de 0 a 30 días que acuden al Hospital Distrital de Capiatá. XI Departamento Central, durante los meses de febrero y marzo del año 2016, poseen escasos conocimientos acerca de la lactancia materna, que la misma es negativa.

214. Factores de riesgo relacionados a complicaciones pre y post quirúrgicas de la apendicitis aguda.

Aquino M, Arza H, Avalos D.
Hospital Nacional de Itauguá.

Introducción: La apendicitis aguda es la urgencia quirúrgica más frecuente en la infancia, presenta alta morbilidad en estadios avanzados. **Objetivos:** Determinar la tasa de complicación pre y post quirúrgica de la apendicitis y factores de riesgo asociados. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, de pacientes pediátricos internados sometidos a cirugía por patología apendicular, setiembre 2014 a agosto 2015, se describe el perfil demográfico, tiempo de evolución, perfil clínico, laboratorial. Datos cargados en planilla Excel, analizados en EPI INFO 7. **Resultados:** Se incluyeron 311 pacientes, promedio de edad 9,5 (±3,4 años), relación masculino/femenino 1,3:1, de localidades cercanas 78%. Se detectó 48% de complicaciones pre quirúrgica (perforación), factores de riesgo fueron: edad (1-4 años) (80,8%), procedencia lejana (61,8%) y tiempo de evolución > 1 días (83,8%) (p <0,01), presentaron mayor porcentaje de dolor (100%), fiebre (79,3%), vómitos (77,3%), diarrea (22%); leucocitosis (86,2%), Neutrofilia (83%), PCR elevada (75,4%) que los no complicados. Las complicaciones post quirúrgicas más frecuentes fueron absceso de pared (42%), colección intra abdominal (23%), factores de riesgo asociados fueron: edad de 1 a 4 años (38,5%), la apendicitis perforada (32%), y el tiempo de evolución > 1 día (34,3%) (p <0,01). **Conclusiones:** La incidencia de complicaciones es alta para la población estudiada, se relacionó con la edad de 1 a 4 años, la lejanía y el tiempo de evolución > 1 día relación estadísticamente significativa. Las complicaciones post quirúrgicas fueron graves, relacionada a apendicitis perforada, es fundamental aumentar la sospecha diagnostica y establecer terapéutica oportuna.

PEDIATRÍA SOCIAL

215. Bifenilos policlorados y sus efectos en el desarrollo del niño.

Apuril E, Benítez Leite S, Campuzano A.
Cátedra de Clínica Pediátrica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción.

Introducción. El Askarel, bifenilo policlorado (PCBs), tiene efectos potencialmente tóxicos en individuos expuestos. Los PCBs se absorben bien por vía gastrointestinal, inhalatoria y por contacto cutáneo. Los PCBs ingresan al organismo, se distribuyen en tejidos, se acumulan en piel y tejido adiposo. Atraviesan placenta y se distribuyen en tejidos fetales pudiendo alcanzar los mismos niveles sanguíneos que en la madre. En octubre - 2015 se incendiaron transformadores en la subestación de la ANDE San Lorenzo - Laurelty. Estos transformadores contenían ASKAREL, entre otros compuestos tóxicos, cuya combustión los convierte en Dioxina. **Objetivo**: valorar el desarrollo de niños menores de 4 años expuestos al Askarel durante el incendio de la subestación en octubre de 2015. **Material y Métodos**: Estudio transversal, descriptivo y exploratorio a través de encuesta realizadas por estudiantes de Pediatría y Toxicología a padres o tutores de niños menores de 4 años que viven a menos de un kilómetro de la subestación incendiada, indagando factores de riesgo y aplicando El manual de vigilancia para el desarrollo en el contexto de AIEPI. **Resultados**. Se aplicaron 30 encuestas de las cuales 4 fueron excluidas por no contener toda la información requerida. Se encontraban en etapa de gestación en el momento del incendio, 8 mujeres de 26, (30%) de los cuales uno fue expuesto en la semana 16 quien nació

prematuro y su vivienda se hallaba a una distancia de 50 metros de la subestática. La media de distancia es de 155,76 mts. Con un rango de 50 a 1000 mts. Todos los niños presentaron desarrollo adecuado para la edad. **Conclusión**: Si bien el desarrollo es normal aun no puede excluirse la presentación o no de alteraciones cognitivas y/o de conducta en el futuro. Dado el grave accidente ocurrido, es importante la atención multidisciplinaria de esta comunidad.

216. Causas de abandono de la lactancia materna exclusiva (LME)

Espínola S, Román L, Luraschi N.
Servicio de Pediatría. HRE. FM, UNI.

Introducción: La LME hasta los seis meses es el alimento más nutritivo y completo para el bebé, fortalece el afecto entre la madre y su hijo o hija, previene enfermedades diarreicas y respiratorias y mejora el desarrollo neurológico del niño o niña. La lactancia materna exclusiva, recomendada para un correcto desarrollo, es practicada solamente por 1 de cada 4 mujeres. **Objetivo:** Determinar causas que influyen en el abandono de la lactancia materna antes de los 6 meses. **Material y Métodos:** observacional, descriptivo, trasversal, todas las mujeres que acuden en el servicio de Pediatría HRE septiembre del 2016, muestreo: no probabilístico casos consecutivos, se procede a la entrevista personal con cada sujeto de estudio, a partir de cuestionario pre elaborado. **Resultados: S**e realizaron 100 encuestas obteniendo: edad materna > 20 años 52%, estado civil UL 49%, Escolaridad primaria incompleta 46%, QHD 71%, n° de hijo > 2 68%, LME 35% hasta los 6 meses, 65% antes de los 6 meses, causas de la interrupción de la LME insatisfacción del hijo 26%, falta de leche 21% y falta de tiempo 10%. **Conclusiones:** Se encontró un bajo porcentaje de LME en pacientes que concurren al HRE, siendo solo del 35%.A pesar de tener conocimientos sobre el beneficio de la lactancia materna exclusiva, el bajo nivel educativo y cultural, hacen que las madres interrumpan la lactancia exclusiva antes de los 6 meses.

217. Conocimiento de los padres sobre la vacunación en niños internados en el Servicio de Pediatría del Hospital Central (HC) de IPS.

Estigarribia C, **Denis A,** Battaglia S, Castro H.
Hospital Central "Dr. Emilio Cubas" Instituto de Previsión Social.

Introducción: La vacunación, una intervención sanitaria que ha permitido reducir la mortalidad infantil y erradicar enfermedades, es altamente rentable para la promoción de la salud y el progreso de las naciones. Actualmente para que esta intervención sanitaria tenga aceptación y continuidad, siendo el equipo de salud el mayor responsable, la población debe estar informada y satisfecha, por lo que es necesario evaluar sus conocimientos y fuentes de información. **Objetivo:** Describir el conocimiento sobre vacunas de los padres de internados en el servicio de Pediatría del HC de IPS. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo a través de una encuesta a padres de pacientes menores de 15 años, internados en el servicio de Pediatría del HC de IPS durante agosto de 2016. **Resultados:** Fueron encuestados 101 padres o encargados durante el periodo de estudio. La mayoría pertenecían al sexo femenino (85%), entre 20 y 40 años (77%), y con un nivel de formación terciario (44,5%). El 84% de ellos recibió orientación acerca de las vacunas por personal de salud. Un 96% estaba a favor de la vacunación, comprendiendo que las enfermedades prevenibles pueden llegar a ser graves, sin embargo no portan el carnet de vacunación durante la internación. 81% de los encuestados refirió necesitar más información acerca de la vacunación. **Conclusión:** A pesar de que existe el conocimiento básico y orientaciones sobre la vacunación, todavía continúa la necesidad de mayor información e intensificar los puntos claves como ser beneficios, riesgos y portación del carnet ante cualquier contacto con el personal de salud.

218. Conocimiento de pediatras encarnacenos acerca de la identificación precoz de los trastornos del espectro autista.

Bogado J, Araujo C, Luraschi N.
Post grado de Clínica Pediátrica, Facultad de Medicina. UNI.

Introducción: El espectro de los trastornos autistas (TEA) son graves alteraciones del neurodesarrollo producidos por un desarrollo anormal del cerebro en etapas prenatales y en los primeros años de vida y se consideran que se manifestaran de por vida. Existen diferentes escalas de cribado para su evaluación como es el CHAT y el M-CHAT. La identificación precoz no es frecuente. Muchos son los factores involucrados, como la propia definición de los trastornos, la complejidad y heterogeneidad de los síntomas en niños pequeños portadores de TEA y la falta de entrenamiento profesional adecuado para la detección precoz. **Objetivo**: Describir el conocimiento de pediatras encarnacenos acerca de la identificación precoz de los trastornos del espectro autista. **Material y Métodos:** Estudio prospectivo observacional de corte transverso. Realizado en base

a encuesta abierta 14 preguntas de las cuales 7 corresponden a la escala de cribado M-CHAT y las 7 restantes a criterios de crecimiento y desarrollo. **Resultados:** El número total de pediatras que accedieron a la encuesta fue de 28, el 58% de los encuestados identificaron los criterios sugerentes para TEA, y el 52,5% consideró las de crecimiento y desarrollo como indicadores. **Conclusión**: Los pediatras encarnacenos conocen los signos sugerentes para la identificación precoz del espectro autista, lo que facilitaría el abordaje temprano y el tratamiento oportuno.

219. Grado de conocimiento del idioma guaraní de estudiantes de último año en una Facultad de Medicina del Paraguay

Jiménez H[1], **Delgadillo L[1],** Jiménez G[2], Campuzano A[1].
[1]Cátedra de Clínica Pediátrica, Facultad de Ciencias Médicas, UNA; [2]Hospital Clínica de Barcelona, Universidad de Barcelona-España.

Introducción: Paraguay es un país bilingüe y el conocimiento del idioma guaraní constituye una herramienta importante de comunicación en la relación médico - paciente. **Objetivo:** Determinar el grado de conocimiento del idioma guaraní en Estudiantes de Medicina del último año cursando Clínica Pediátrica en la FCM-UNA. **Material y Métodos**: Estudio observacional, unicéntrico, por encuesta en 2 años no consecutivos. (2010, 2014). **Resultados:** Fueron encuestados 264 estudiantes. EL 77,5% proviene de la capital, 64,8% realizó sus estudios preuniversitarios en la capital. El 93% estudió guaraní en la educación primaria y secundaria, no obstante solo el 8,5% entiende y se expresa totalmente en guaraní, de estos el 85% refiere el mayor aprendizaje del idioma en el hogar familiar. El 67% considera que la educación primaria y secundaria no ayudó en su formación del idioma. El grado de conocimiento del idioma varía si el estudiante proviene de la capital o del interior (2,5% vs 31,25%; p: 0,003). **Conclusiones**: EL grado de conocimiento del idioma guaraní de los estudiantes es escaso; los que mejor comprenden y se expresan nacieron o estudiaron en el interior del país. La mayoría considera de poco aporte la educación primaria y secundaria para el aprendizaje del guaraní. Siendo el idioma una herramienta importante de comunicación en la relación médico – paciente y sabiendo que el guaraní es el idioma más hablado del país deberían implementarse estrategias para su aprendizaje.

220. Prevalencia de maltrato infantil como consulta en el Servicio de Urgencias del Hospital General Barrio Obrero

Nicora A, Riart N, Medina A, **Centurión I.**
Hospital General Barrio Obrero. Postgrado de Pediatría de la Universidad Católica de Asunción.

Introducción: El Maltrato infantil es uno de los problemas mundiales. Cada año mueren por homicidio 41.000 menores de 15 años. A pesar de esto, la verdadera magnitud del problema es subestimada. **Objetivos:** Determinar la incidencia del maltrato infantil como motivo de consulta en el servicio de urgencias del Hospital General de Barrio Obrero. Conocer el mes del año en el que se realizan la mayor cantidad de consultas por esta causa. Definir edad y sexo más frecuente en el que se produce maltrato infantil. Diseño: Descriptivo, retrospectivo y transversal, incluyendo febrero 2015 a julio del 2016 de forma aleatoria. **Materiales y Métodos**: Se utilizaron los datos que fueron asentados en el libro de registros de denuncias de la urgencia de pediatría del Hospital General de Barrio Obrero; en dicho libro se adjuntan todos los casos de maltrato infantil incluyendo diagnósticos policiales de detenidos, que solo lo realiza el Jefe de guardia. Se excluye a los niños y niñas privados de libertad que representan el 14,8% (18 pacientes). **Resultados y Conclusiones:** Se contabilizaron 121 consultas por maltrato infantil, correspondiendo al 65,28% masculino y femenino 34, 72%, de las cuales 1,7 % resultaron en óbito, y 2,5%, abuso sexual; de estos últimos el 33,3% eran de sexo masculino y el 66, 6%, femenino. El 10,7% de las consultas eran por agresión de familiar. Además se observó mayor cantidad de consultas por maltrato en el mes de Julio (24,79%) que coincide con las vacaciones escolares.

221. Síndrome de Guillain-Barré en un lactante menor. A propósito de un caso

Cubilla I, Chamorro L, Morel Z, Battaglia S, Ojeda B.
Hospital Central "Dr. Emilio Cubas" – Instituto de Previsión Social.

Introducción: El síndrome de Guillain-Barré es un trastorno adquirido de los nervios periféricos descrito como una polineuropatía aguda inflamatoria de inicio súbito y de etiología generalmente autoinmunitaria. Puede presentarse en pacientes de cualquier edad aunque es extremadamente raro en menores de 2 años. **Caso Clínico**: Lactante masculino de 3 meses de edad antecedente de cuadro gastrointestinal 2 semanas antes del ingreso que acude con historia de disminución de la fuerza muscular y pérdida del

tono muscular de inicio brusco en cuello, miembros superiores e inferiores de 3 días de evolución previa. Se realiza punción lumbar donde se observa disociación citológico-proteica con lo cual se realiza el diagnostico de Síndrome de Guillain Barre y se realiza el tratamiento con IGIV (1g/kp/día) por 2 días. Pasadas 24 horas recupera el sostén cefálico y a las 48 horas recupera parcialmente el tono en miembros superior izquierdo e inferior derecho. En la electromiografía realizada se detectó la polineuropatía axonal desmielinizante con lo cual se confirma el diagnóstico propuesto. **Discusión:** La edad de presentación en nuestro caso fue muy temprana en relación a lo reportado además de su forma de inicio atípica por la afectación asimétrica y de instalación brusca lo cual obliga al manejo multidisciplinario para descartar otros diagnósticos diferenciales.

222. Conocimiento de los padres sobre cuidados básicos del Recién Nacido y Lactantes Menores en el Hospital Regional de Benjamín Aceval y el Hospital Central del Instituto de Previsión Social

Garcete M, Castro H, Battaglia S.
Hospital Central - IPS, Servicio de Pediatría.

Introducción: Una de las principales funciones del Pediatra es aplicar la puericultura, ésta es la forma de orientar a los padres en el cuidado de sus hijos y así promover un crecimiento y desarrollo óptimos previniendo los problemas futuros. Por lo tanto es necesario evaluar conocimientos de los padres sobre cuidados básicos a fin de intensificar esta práctica sobre aquellos puntos débiles. **Objetivo**: Determinar el conocimiento de los padres sobre los cuidados básicos del Recién Nacido y el menor de 1 año. **Materiales y Métodos**: Estudio descriptivo a través de una encuesta a padres de niños internados y ambulatorios del Hospital Central y Regional de Benjamín Aceval del Instituto de Previsión Social en el periodo de julio–agosto de 2016. **Resultados**: Fueron encuestados 98 padres los cuales la mayoría eran del sexo femenino (87%) de 20 a 30 años (58%), 46 % eran nivel educativo terciario con un promedio de 2 hijos. Con respecto al baño, alimentación y medidas antirreflujo más del 80% respondió adecuadamente el 25% de los padres expone al Recién nacido a visitas inmediatamente al alta. Y un 25% de los mismos introduce alimentación complementaria antes de los 6 meses. Casi el 100% de los mismos no conocía cuándo llevar al Odontólogo al niño. **Conclusiones**: Si bien la gran mayoría de los padres posee conocimientos sobre los cuidados básicos del Recién Nacido, es importante recalcar en cada consulta con el pediatra, especialmente con respecto a Salud bucal y cuándo debe acudir a los controles de niño sano.

223. Evaluación de la Lactancia Materna durante la internación en pacientes de Pediatría del Hospital Central del Instituto de Previsión Social.

Tyrakowski S, Insaurralde Y, Ríos A, Battaglia S, Castro H, Ojeda B.
Hospital Central "Dr. Emilio Cubas" Instituto de Previsión Social (HCIPS).

Introducción: La leche materna ofrece al niño el alimento ideal y completo durante los primeros 6 meses de vida y es una fuente óptima de nutrientes durante los primeros dos años. La internación constituye una oportunidad de promocionar la lactancia materna así como una situación de riesgo para su continuidad. **Objetivo:** Evaluar la práctica de la lactancia materna en lactantes menores durante la internación. **Materiales y Métodos**: Estudio descriptivo mediante un cuestionario realizado a madres de lactantes menores internados durante agosto del 2016 en el servicio de Pediatría del HCIPS. **Resultados:** Respondieron el cuestionario 42 madres. El rango etario predominante fue 20-30 años (28). El 57% presentaba nivel de educación secundario. El 85%(36) provenían de área urbana. El 76%(32) de los pacientes fueron <6 meses. El motivo de internación más frecuente fueron cuadros respiratorios 50% (21). El 43% de los <6 meses recibía previamente lactancia materna exclusiva. En el 33%(14) la lactancia fue suspendida durante la internación, de los cuales el 64% (9/14) fue durante menos de 24 horas. El 45%(19) de las madres recibió información referente a lactancia durante la internación. **Conclusión:** La internación significó la suspensión de la lactancia materna en un tercio de nuestros pacientes aunque debemos considerar que la afección respiratoria por la que fueron internados pudo haber sido la causa y la lactancia fue restablecida en un periodo corto en la mayoría de los casos.

224. Evaluación de la prescripción de antibióticos en la unidad de cuidados intensivos pediátricos

Kabboutt H, Mesquita M, Godoy L.
Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñú".

Introducción: La evaluación y monitorización de la prescripción de antibióticos (ATB) aporta información sobre las características de su utilización y en pacientes de la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) es fundamental para implementar medidas. **Objetivo:** Evaluar la prescripción de antibióticos en la UCIP de un hospital pediátrico. **Material y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo con componente analítico, retrospectivo. Se revisaron historias clínicas de pacientes ingresados a UCIP desde enero a junio del 2015.Variables: edad, sexo, ingreso a asistencia respiratoria mecánica (ARM), catéter venoso central, nutrición parenteral, motivo de indicación de ATB, cultivos, conducta tomada ante cultivos, duración del tratamiento empírico inicial, cursos de ATB por paciente, antibióticos más utilizados y condición al alta. Los datos se analizaron con SPSSv21, se consideró un error alfa inferior a 0,05. El trabajo fue aprobado por el Comité de ética del hospital con liberación del consentimiento informado. **Resultados:** En el periodo de estudio ingresaron 155 pacientes, se incluyeron 124. 22/124 neonatos y 102/124 con una mediana de 10 meses (1-204 meses), sexo masculino 51,8%. El motivo de inicio de ATB fue: empírico inicial (91,1%); la mayoría requirió ARM (77,4%). Ante cultivos negativos la conducta fue rotación 56,5%, continuación 33,9% y 5,6% suspensión. La mayoría recibió más de un curso de ATB, la duración tuvo una mediana de 9 días (1-88 días). El ATB más utilizado fue vancomicina. La mortalidad fue 45%. **Conclusión:** Todos los pacientes ingresados a la UCIP recibieron ATB. Se observó un elevado porcentaje de rotación de antibióticos con cultivos negativos, la mayoría tenían más de 2 cursos de ATB y el más usado fue vancomicina.

225. Uso de inmunoglobulinas en la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica del Instituto de Previsión Social.

Zayas A, Samudio GC, Espínola M.
Servicio de Terapia Intensiva Niños. Servicio de InfectoIogía. Hospital Central Instituto de Previsión Social.

Introducción: La inmunoglobulina tiene diversos usos en la terapéutica médica, tanto en inmunodeficiencias como en otras patologías. Su uso en pacientes graves puede ser beneficioso para la sobrevida de los mismos, aunque los datos son controversiales. **Objetivo:** Presentar las indicaciones del uso de inmunoglobulina y la caracterización clínica de pacientes ingresados al Servicio de Terapia Intensiva Niños del Instituto de Previsión Social. **Material y Métodos:** Diseño observacional descriptivo retrospectivo de corte transverso. Los datos fueron extraídos de los expedientes clínicos de pacientes ingresados a la UCIP que recibieron inmunoglobulina, de marzo de 2013 a marzo de 2016. **Resultados:** Se analizaron 39 pacientes, de los cuales 56% fueron de sexo masculino y 44% de sexo femenino, 41% de edad pre- escolar, 28% lactantes. Promedio de edad de 61,5 meses. 54% provenían de Asunción y Central. 46% presentaban alguna patología de base, predominando las oncológicas, seguidas por sibilantes recurrentes y enfermedades congénitas. Indicaciones de uso más frecuente fueron Choque séptico, seguidas de miocarditis e inmunomodulación. Diagnósticos de ingreso más frecuentes: Choque séptico, IRAG, Miocarditis agudas y Sepsis de origen pulmonar. 39% inició en el día 1 de internación. La dosis más comúnmente utilizada fue 2g/kg/dosis, por dos días en el 61,5%, con un promedio de tiempo de infusión de 6 hs. Óbitos se registró en 31%. **Conclusiones:** El uso de inmunoglobulinas fue indicada en su mayoría en pacientes con Choque séptico, seguidas de Infección respiratoria aguda grave, Miocarditis y Sepsis de origen pulmonar. El efecto beneficioso no puede asegurarse en este trabajo.

226. Presentación de neumotórax como complicación durante la ventilación mecánica en modalidad volumen control en niños de hasta 24 meses

Núñez D, Jiménez H, **Bracho C,** Acosta D, Martínez D.

Introducción: El soporte ventilatorio es el mantenimiento de un adecuado intercambio gaseoso, con mínimo daño pulmonar posible. Se ha recomendado ventilar a los lactantes por presión. Existe poca evidencia basada en estudios controlados, y las modalidades y parámetros utilizados están basados generalmente en consenso de expertos. **Objetivo:** Describir la frecuencia de neumotórax durante la ventilación mecánica en modalidad volumen control en niños de hasta 24 meses, internados en UCIP, desde 1 enero 2015 a 30 de julio 2016. **Diseño:** Estudio retrospectivo, observacional, de corte trasversal y de revisión de historias clínicas. Se incluyó a todos los pacientes con edad entre 1 día y 24 meses, con requerimiento

de ventilación mecánica, internados en sala de Cuidados Intensivos Pediátricos, entre el 1 de enero del 2015 y 30 de julio 2016. **Resultados:** Se incluyó 84 de 90 lactantes ventilados, 51% femeninos; con 67,5% de lactantes menores, 28,9% lactantes mayores y 3,6% neonatos. 69% fue ventilado por patología pulmonar, con patrón restrictivo el 33,3%, obstructivo 31,6%, y mixto 35,1%. 31% fue de causa extrapulmonar. En todos se respetó ventilación protectora, excepto 1 paciente, que presentó neumotórax y falleció. La mortalidad esperada en este grupo fue 11,57% en el PIM2 y 18,1% en el PRISM, con mortalidad real del 12%. El tiempo de ventilación promedio fue de 111,6 ± 96hs. Se observó neumotórax en 4 pacientes, 3 lactantes menores, y 1 lactante mayor. **Conclusión.** La frecuencia de neumotórax como complicación de ventilación mecánica fue baja, en la modalidad controlada por volumen en este estudio.

227. Adaptación a la Hipoxemia en un Lactante con Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo Pediátrico

Duarte A, **Prantte S.**
Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñu". Unidad de Cuidados Intensivos.

Introducción: La cadena respiratoria mitocondrial contribuye no solo al desarrollo de respuestas tempranas y tardías en condiciones de hipoxia, sino también está implicada en un sofisticado sistema de señalización intra e intercelular, proporcionando la formación de una respuesta sistémica regulando el mantenimiento de la homeostasis del oxígeno en el organismo, siendo de vital importancia a nivel del SNC y del miocardio. **Caso Clínico:** Lactante de 2 meses, masculino, con antecedente de prematurez, gemelar. Acude al Servicio de Urgencias por cuadro de tos y Dificultad respiratoria de 24 hs de rápida evolución al empeoramiento, en apnea, primer episodio de sibilancias. Se procede a intubación, ingresa a Cuidados Intensivos, con diagnóstico de Bronquiolitis. Hisopado nasal positivo para VSR, No recibió Palivizumab. Evoluciona a Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo Pediátrico grave, requiriendo de varias estrategias ventilatorias convencionales y no convencionales debido a hipoxemia persistente, con pobre respuesta (Ventilación de Alta Frecuencia Oscilatoria, Surfactante, Metilprednisolona, Óxido Nítrico y Sildenafil) observándose buena tolerancia a PaO2 más bajas, sin acidosis metabólica ni saturaciones venosas centrales bajas luego de algunos días, con recuperación paulatina de la PaO2, lográndose destete lento en Ventilación no Invasiva. Buena funcionalidad cardiovascular con soporte de aminas y anatomía cardiaca normal por Ecocardiografía. TAC de cráneo normal. Va de alta luego de 85 días, sin O2 suplementario, con ganancia ponderal y sin déficit neurológico evidente. **Comentario:** Describimos un caso pediátrico de Bronquiolitis grave a VSR, SDRAP, FOM.

228. Shock séptico por Fascitis Necrotizante Grave por Staphyloccocus aureus.

Guerrero G, Chávez A, Brizuela S, Gómez A, López F, Centurión I.
Servicio de Pediatría UCIP. Postgrado Pediatría Clínica Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción, Hospital Juan Max Boettner. MSPyBS.

Introducción: La fascitis necrotizante (FN) es una infección rápidamente progresiva que afecta a los tejidos blandos, con extensa necrosis del tejido subcutáneo y fascia subyacente, acompañada de una grave toxicidad sistémica. **Caso**: Paciente de 3 meses; remitido del Hospital Regional Encarnación, ingresa por lesión en piel de 22 días de evolución, en región anterior del tórax, fiebre no graduada, dificultad respiratoria, irritabilidad, aspecto tóxico-infeccioso, taquicardico, taquipneico, signos de hipoperfusión tisular. Examen físico: lesión en región anterior del tórax de 15cm aproximadamente, bordes irregulares limites mal definidos, con áreas de necrosis, eritema perilesional, más áreas hemorrágicas que confluyen, puerta de entrada del cual drena secreción purulenta escasa. Hemograma GB22360mm^3 N73% L12% Plaq40000mm^3 PCR(-) Orina Simple no patológica, gasometría: acidosis metabólica descompensada, ingresó a UCIP, en shock refractario a fluidos con inotrópicos, en ARM, cobertura con Meropenem, Vancomicina, Amikacina, completando 21 días. Hemocultivo(-), Urocultivo(-), Cultivo secreción: *Staphyloccocus haemolyticus, Staphyloccocus aureus.* Requirió valoración multidisciplinaria e inmediato tratamiento quirúrgico agresivo, consistiendo en resección, con desbridamiento amplio y completo de tejidos necróticos. La conducta se basó en el manejo de nutrición, control de infección, signos de shock y de la mecánica ventilatoria. Y su posterior traslado al Centro del Quemado para su reconstrucción. **Comentario**: Pese al mejor conocimiento de su etiopatogenia y a la disponibilidad de herramientas terapéuticas más eficientes, su mortalidad apenas se ha modificado en los últimos años. El tratamiento se basa en soporte hemodinámico, tratamiento quirúrgico extenso y precoz, y antibioterapia empírica.

229. A propósito de un caso Hernia diafragmática derecha en un lactante.

Leguizamón E, Alfonso J, Irala C.
Hospital Nacional de Itaugua, Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos.

Introducción: La Hernia Diafragmática Congénita (HDC) defecto del diafragma de etiología desconocida, con incidencia de 1/2400 nacidos vivos, con distress respiratorio en periodo neonatal con morbimortalidad importante, debido a grados variables de hipoplasia e hipertensión pulmonar. La presentación tardía entre 5 a 25% y se asocian a mejor pronóstico. **Caso Clínico:** Lactante menor de 1 mes, femenino, antecedentes perinatales de gestación única, sin complicaciones, nacimiento, término, cesárea por desproporción cefalopélvica, alta a las 48hs de vida .Acudió con secreción purulenta en oído derecho y fiebre de 5 días de evolución, se constató dificultad respiratoria. Se realizó radiografía visualizandose hernia diafragmática derecha siendo remitida a nuestro centro. Ecocardiografía con anatomía cardiaca normal, PSP 30mmHg, función contráctil preservada, ecografía abdominal normal. Se realizó corrección quirúrgica del defecto con colocación de tubo de drenaje pleural y drenaje del lecho operatorio retirados a las 48hs. Requirió 5 días de ARM convencional con parámetros intermedios, inotrópicos 1 día, culminó esquema antibiótico cubriendo cuadro infeccioso de base. Luego de 14 días de internación con buena evolución y en buen estado se decidió alta. **Comentarios:** La HDC es una patología de baja incidencia, pero elevada letalidad. El lado afecto es utilizado como predictor de mal pronóstico, con una taza global de supervivencia en HDC derecha de 44%. Es esencial su identificación antenatal para programar una asistencia perinatal integral.

230. Hernia Diafragmática Congénita (HDC) en Adolescente. Reporte de un caso.

Teme C, Gómez N, Martínez R, Matsumura K, Pino W.
UTIP. Hospital de Trauma Manuel Gianni.

Introducción: defecto congénito que se origina en la vida fetal por falta de cierre del espacio pleuroperitoneal durante el desarrollo del diafragma. Generalmente se manifiesta en las primeras horas del nacimiento; se han descrito pocos casos de presentación tardía en la bibliografía. **Caso Clínico:** Adolescente, femenino, con dolor abdominal epigástrico de 72 hs de evolución, náuseas y vómitos, aumentando la intensidad y con dificultad respiratoria de inicio brusco. Consulta en grave estado; realizan Radiografía de tórax y con Diagnóstico de Neumotórax Izquierdo colocan Tubo de Drenaje Pleural con débito de aspecto gástrico; en control de RX visualizan neumoperitoneo con asas intestinales y cámara gástrica en tórax siendo remitido al Hospital de Trauma de urgencia. Con DX de HDC complicada con perforación gástrica, Peritonitis Química más necrosis parcial de pared anterior del estómago y necrosis del Bazo por vólvulo del pedículo esplénico se realiza gastrectomía parcial con sutura primaria, esplenectomía total y TDP izquierdo. En UTIP con hemodinamia inestable; requerimiento de expansiones, inotrópicos, ARM, NPT lográndose estabilidad. Extubación en el 7mo DDI y retiro de TDP en el 9 no DDI. Al 10mo DDI presenta dolor abdominal intenso con pérdida de líquido purulento abundante por Herida Operatoria re ingresando a cirugía con Dx de Peritonitis Generalizada por perforación y necrosis ampliada de estómago en curvatura mayor realizándose resección gástrica y sutura quedando abdomen abierto. A las 48 hs cierre de abdomen con sutura gástrica en buen estado. Extubación a las 24 hs del PO iniciando aporte enteral a los 15 DDI y alta a sala al 22do DDI. **Discusión:** Las HDC fuera del período neonatal son excepcionales, sólo se reportan casos aislados, debiendo ser tenido en cuenta en el diagnóstico diferencial de dolor abdominal a repetición, torácico y disnea de aparición brusca. La RX de tórax es suficiente para el diagnóstico.

231. Malformación ano rectal: experiencia de dos años en el Hospital de Santísima Trinidad

Rolón J, Volkart K.
Hospital Materno Infantil de Santísima Trinidad

Introducción: Las malformaciones ano rectales representan una de las anomalías del tubo digestivo de frecuente ocurrencia, con una incidencia estimada entre 1 por 5000 recién nacidos vivos. Existe un leve predominio en el sexo masculino respecto al femenino con una relación 1,4/1,6:1. **Objetivos:** Conocer el diagnóstico, tratamiento y la evolución de pacientes con Malformación Ano Rectal (MAR) ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Materno Infantil de Santísima Trinidad en el periodo de enero 2014 a diciembre 2015. **Material y Método:** es un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo de corte trasverso. Se estudiaron los registros de las historias clínicas de 14/392 pacientes con MAR de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Materno Infantil de Santísima Trinidad en el periodo de enero 2014 a diciembre 2015. Se recopilaron los datos a través de planillas especialmente diseñada para el efecto. **Resultados:** En el trabajo se determinó la edad gestacional más afectada así como el sexo; la

asociación con otras patologías; el tiempo transcurrido para la realización de la corrección; el tratamiento antibiótico recibido así como la evolución final de los pacientes. **Conclusión:** los pacientes en estudio en su mayoría eran de término, predominando el sexo masculino (64%), las patologías con las que se asociaron fueron las cardiacas y renales, las correcciones en su mayoría dentro de las primeras 24 horas (58%), la técnica más utilizada fue la colostomía a doble cabo (71%), el antibiótico más utilizado fue la Amoxicilina + Sulbactan como profilaxis, el índice de mortalidad fue baja.

VIROLOGÍA

232. Adenovirus entérico en población infantil con gastroenteritis aguda: primeros casos reportados en Paraguay.

Zarza N[1], Martínez M[1], Gabaglio S[1], Colmán M[1], Benítez D[2], Cantero M[2], Del Puerto F[1], Russomando G[1], **Galeano ME[1].**

[1]Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud (IICS), UNA. [2] Hospital Gral. de Barrio Obrero, Asunción.

Introducción: Los adenovirus entéricos humanos (HAdV), junto con los rotavirus (RV), norovirus (NoV) y astrovirus (AstV) son los principales agentes virales de Gastroenteritis aguda (GA) epidémica y esporádica a nivel mundial. Los genotipos HAdV-40 y HAdV-41, miembros de la especie F, son los más frecuentes en casos de GA y se encuentran asociados a brotes. En cursos de agua contaminados con materia fecal son muy frecuentes, por lo que podría considerarse un indicador de contaminación igual que las coliformes fecales y totales. **Objetivo:** Identificar la presencia de HAdV en heces, por métodos moleculares, en casos pediátricos de gastroenteritis aguda, provenientes del Hospital General de Barrio Obrero en el periodo de octubre del 2015 a julio del 2016. **Resultados:** Se colectaron 120 muestras diarreicas de niños en ese periodo de tiempo. En un total de 13 muestras (11%), se detectó la presencia de HAdV en heces, empleando la técnica de PCR convencional y cebadores específicos para el gen Hexon (producto de 308 pb). **Discusión:** Este trabajo constituye el primer reporte de detección molecular de HAdV en heces de niños con GA. La incidencia detectada en este trabajo es más elevada que la reportada en países de la región, como Brasil y Argentina y resalta la importancia de los sistemas de su detección. Hasta la fecha esta infección fue subestimada en nuestro país, por lo que se sugieren estudios de su estacionalidad y la carga real que representa para los sistemas de salud en Paraguay. Los 13 aislados de HAdV detectados en las heces serán remitidos a secuenciación para determinar la especie y genotipos circulantes.

233. Rotavirus genotipo G9 P[8]: responsable de un brote de gastroenteritis detectado en niños de 0 a 3 años del Centro Asistencial el Abrazo del barrio Dr. Ricardo Brugada de Asunción

Zarza N[1], Martínez M[1], Gabaglio S[1], Colmán M[1], Benítez D[2], Cantero M[2], Del Puerto F[1], Russomando G[1], **Galeano ME[1].**

[1]Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud (IICS), UNA. [2]Hospital Gral. de Barrio Obrero.

Introducción: Se presenta un reporte narrativo de caso ocurrido en el Centro comunitario N° 3 del Programa Abrazo de la Secretaría Nacional de la Niñez y Adolescencia, ubicado en el Barrio Dr. Ricardo Brugada de Asunción. Diariamente asisten a 200 niños de escasos recursos en la guardería institucional. En la segunda semana de julio de este año, en la sala de 0 a 3 años, 11/25 presentaron casos de vómito y diarrea, además de un personal del centro asistencial y dos familiares de funcionarios; presentando un total de 14 personas afectadas con síntomas de gastroenteritis aguda. Cuatro niños fueron internados con síntomas de deshidratación severa, donde mediante análisis de mucus fecal se determinó el posible origen viral de los casos de gastroenteritis. Muestras de las personas afectadas (12/14) fueron colectadas por encargados del centro asistencial y fueron remitidas al Laboratorio de Biología Molecular del IICS, donde se buscó la presencia de dos de los principales agentes causantes de gastroenteritis viral: Rotavirus y Adenovirus, mediante transcripción reversa y PCR. En 8/12 muestras (67%) se detectó Rotavirus del genotipo G9P[8], considerado desde el año 2000 como el quinto genotipo más frecuente a nivel mundial. No se detectó Adenovirus. El centro asistencial no registra los datos de vacunación de los asistentes; a pesar de que, la vacuna antirotavirus se encuentra dentro del calendario nacional de vacunación desde el año 2010. **Conclusión:** A nivel mundial, se ha reportado el éxito de las campañas de vacunación antirotavirus, sobre todo en países desarrollados. En países en vías de desarrollo aún no se cuenta con suficientes datos. El continuo monitoreo de las cepas de rotavirus circulantes en la era post-vacuna es de suma importancia para evaluar la eficacia de las

mismas a través el tiempo, así como adentrarse en el impacto de los demás agentes virales causantes de gastroenteritis aguda en miras al futuro desarrollo de vacunas que permitan la disminución de la morbilidad y mortalidad debidas a esta patología.

234. Clínica y epidemiologia de pacientes menores de 5 años internados con infecciones a virus respiratorios

Recalde L, Von Horoch M, Espínola de CM, Ferreira M.
Hospital Central "Dr. Emilio Cubas" IPS.

Introducción: Las infecciones respiratorias se pueden originar por una diversidad de agentes infecciosos, siendo los más frecuentes, los virus. **Objetivo:** Determinar las características clínicas y epidemiológicas de los ptes menores de 5 años con infecciones por virus respiratorios, internados en el Servicio de Pediatría del HC-IPS, Enero 2014/2015. **Material y Métodos:** Observacional, retrospectivo, descriptivo de corte transversal con componente analítico. **Resultados:** De 379 ptes, provenían de Central 303 (80%). Sexo femenino 192 (51%). Grupo etario: 0 a 1 año 264 casos (70%). El Virus Sincitial Respiratorio (VSR) fue aislado en 264 (70%) casos. La rinorrea y la tos con expectoración estuvieron presentes en todos los casos, 379 (100%); fiebre 212 casos (56%), vómitos 75 casos (20%), dolor abdominal 18 casos (5%) y dificultad respiratoria en 341 ptes (90%). De 0 a 1 año predomino el VSR y 2 a 5 años virus Influenza. El promedio de estancia hospitalaria fue de ±10 días. La mayoría de las complicaciones fueron bronquiolitis y algunos casos de neumonía complicada. El 34% necesito internación en Cuidados Intensivos, registrándose un índice de mortalidad (11.3%). **Conclusión:** La mayoría de las infecciones respiratorias fueron de causa viral, con predominio en el sexo fem, siendo el VSR el mayor causante.

235. Detección del virus de Epstein-Barr por inmunohistoquímica en pacientes pediátricos con Linfoma

Navarro N, Espínola A, Figueredo S.
Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud- Departamento de Patología

Introducción: Muchos desórdenes linfoproliferativos se relacionan con la infección del virus de Epstein-Barr, como el linfoma de Burkitt y el linfoma de Hodgkin. Este virus se ha detectado por inmunohistoquímica en aproximadamente el 83% en niños menores a 10 años y en el 42% de los mayores, en el linfoma de Hodgkin y en casi todos los linfomas de Burkitt endémico. **Objetivo:** Detectar el virus de Epstein-Barr por inmunohistoquímica en biopsias de linfomas pediátricos. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo transverso en biopsias de pacientes pediátricos con linfoma de Hodgkin y no Hodgkin, en el Departamento de Patología del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud. La detección del virus se realizó por inmunohistoquímica empleando como marcador la proteína viral LMP1 **Resultados:** De 23 pacientes entre 2 y 18 años, 52% fueron varones (14/23). La positividad para el virus fue de 74% (17/23). El 82% de los 17 linfomas de Hodgkin mostraron positividad en células neoplásicas para el marcador del virus LMP1, 9 del subtipo esclerosis nodular y 3 de subtipo celularidad mixta. Entre los linfomas no Hodgkin 3 de 5 linfomas de Burkitt fueron positivos al virus. **Conclusión:** La inmunohistoquímica permite localizar al virus en el contexto histopatológico siendo importante en la significancia clínica para el mejor manejo de estos pacientes, dado su rol etiológico y su interés como factor pronóstico en grupos específicos.

236. Infección por Epstein Barr y sus complicaciones. A propósito de un caso

Brizuela S, Salinas R, Cuella R, Pereira S, **Godoy O.**
Posgrado en Pediatría Clínica. U.C.A. Hospital General Barrio Obrero. MSP y BS

Introducción: El virus Epstein-Barr es el principal responsable de la Mononucleosis Infecciosa cuya forma más típica es la tríada: odinofagia, fiebre y linfadenopatías. Generalmente remite de forma espontánea, no obstante existen algunas complicaciones como son: alteración neurológica, renal o rotura de bazo. En la gran mayoría de los casos la recuperación es total mediante tto sintomático. **Caso Clínico:** Pre-escolar de sexo masc de 4 años, con historia de 7 días de evolución de tumefacción en región cervical derecha, sensación febril y odinofagia de 4 días. A su ingreso FC:98x´ FR:26x´, se evidencia tumefacción en región cervical der. con signos inflamatorios. HMG: con leucocitosis con neutrofilia; Anticapside viral IgM para Epstein Barr (+). El pte mostró evolución tórpida, con picos febriles persistentes, por lo que recibió tto con Cefotaxima, Vancomicina y Metronidazol. Durante el curso de la enfermedad se estableció un Sx Nefrítico con componente Nefrótico, por lo que se concluyó el dx: Infección por Epstein Barr con complicaciones renales. **Discusión:** La Mononucleosis es una patología benigna, de autoresolución, que infrecuentemente presenta complicaciones, siendo la aparición de éstas, un determinante fundamental en la evolución de la enfermedad, y que excepcionalmente puede ser fatal.