lada de disfunción ventricular izquierda (DVI) en 5 años de estudio fue de 28%, con evidencias de cardiomegalia en 21,7%. En el grupo II, la incidencia acumulada de DVI fue 9,3% en los niños con infección neonatal comparado con 2,9% en los niños no infectados ($P = 0,02$).

Respecto del hallazgo de efusión pericárdica (≥ 5 mm), la incidencia acumulada en el grupo I fue de 2,8%; en el grupo II 5,4% en infectados *versus* 0,9% en no infectados ($P = 0,05$). En el grupo I, la incidencia de falla cardíaca congestiva en 5 años fue 14%, con una media de edad al diagnóstico de 53 meses. De estos 22 niños con falla cardíaca, 17 murieron y la cardiomiopatía fue causa o contribuyó a la muerte en 8. El riesgo relativo de muerte después del diagnóstico de deterioro cardíaco en el grupo I fue 8,5 (95% IC; 5,2-13,9), riesgo que se mantiene elevado incluso después de ajustar por severidad de la enfermedad con recuento de CD4 ($RR = 5,4$; $P < 0,001$). Finalmente, la mortalidad acumulada en 5 años para el grupo I en niños con enfermedad cardíaca fue 56,9% compara-

da con 22,8% de niños sin este compromiso ($P < 0,001$).

Comentario. Este reporte, muestra el frecuente compromiso cardíaco existente en esta población de niños con infección por VIH y que este compromiso varía desde la dilatación cardíaca asintomática a la falla cardíaca congestiva severa, constituyéndose además en un importante factor de riesgo de muerte en pacientes infectados. Quizás son limitaciones o sesgos en este estudio, la exclusión de pacientes con defectos septales, la falta de estratificación según terapias recibidas y el hecho que pocos de los niños evaluados recibieron agentes inhibidores de proteasa. Permanece sin respuesta la causa de la cardiomiopatía, probablemente multifactorial no descartándose la participación de los fármacos anti retrovirales en uso.

Resulta importante entonces, la protocolización y seguimiento cardiológico de niños infectados en Chile, así como el establecimiento de guías terapéuticas agresivas en estos pacientes al presentar falla cardíaca congestiva.

Luis Delpiano M.

Enfermedad invasora neumocócica en población pediátrica en Santiago, Chile.

Population-based surveillance for hospitalized and ambulatory pediatric invasive pneumococcal disease in Santiago, Chile. R. Lagos, A. Muñoz, M.T. Valenzuela, I. Heitmann y M. Levine. *Pediatr Infect Dis J* 2002; 21: 1115-21.

Esta publicación resume el trabajo realizado en los últimos cinco años por el grupo de Rossana Lagos sobre epidemiología y características clínicas de la infección invasora neumocócica en Santiago de Chile, información que va a ser muy importante para determinar el uso de vacunas conjugadas anti neumocócicas en nuestro país.

Método. Comprende tres periodos de estudios epidemiológicos: Estudio de vigilancia de infecciones invasoras por *S. pneumoniae* en niños hospitalizados (1994-2001); Estudio piloto de vigilancia de bacteremia en pacientes pediátricos (6 m a 36 meses) ambulatorios con fiebre mayor de 40ª rectal o 39,4 axilar (1998-1999), realizado en tres unidades de emergencia de Santiago; Vigilancia de rutina de bacteremia en ocho unidades de emergencia de hospitales pediátricos de Santiago.

Resultados. La incidencia de infección invasora en pacientes hospitalizados permaneció constante, (30 por 100.000 niños) en dos periodos de estudio (1994-1999) (1999-2001) y la mayor tasa la presentaron los niños de 6 a 11 meses (61/100.000). El estudio piloto demostró una frecuencia de 1,2% (18/1503) de aislamiento de *S. pneumoniae* en hemocultivos en niños que consultaban por fiebre alta. Posteriormente el estudio sistemático en ocho hospitales durante

dos años mostró la misma frecuencia, encontrándose 205 niños con hemocultivos positivos, sólo 18 requirieron hospitalización y de ellos, 9 progresaron a una infección local. En los pacientes hospitalizados la presentación clínica más frecuente fue la neumonía o pleuroneumonía, la meningitis correspondió a 16% de todas las infecciones. Se reportaron casos fatales en 21 de 236 pacientes hospitalizados, no hubo casos fatales en los pacientes ambulatorios. El serotipo más frecuente fue el 14. Los serotipos fueron semejantes en el grupo de hospitalizados y ambulatorios a excepción del serotipo 18 que presentó mayor frecuencia en estos últimos. En esta serie se encontró 18% de resistencia alta a penicilina, la que ascendió a 25% en pacientes hospitalizados y fue de 10,1% en ambulatorios. Se observó 19,8% de resistencia a cefotaxima en pacientes hospitalizados y 6,2% en los ambulatorios.

Discusión. Destaca la baja frecuencia de bacteremias por *S. pneumoniae* encontradas en este estudio. Este indicador de infección neumocócica fue utilizado para motivar la incorporación de la vacuna en E.U.A. La información recolectada, sólo representa la punta del iceberg en infecciones neumocócicas, por lo que es probable que el uso de vacunas conjugadas 9 u 11 valentes en nuestro país, tenga un mayor efecto que lo esperado.

Comentarios. Excelente investigación, con gran cantidad de información recolectada. Constituye un gran aporte sobre la epidemiología de *S. pneumoniae* en nuestro país. Estudios de este tipo entregan bases sólidas para establecer programas de vacunación a futuro.

Juanita Zamorano R.