

TRABAJO Nº1

ENSEÑANZA DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS: LA EXPERIENCIA DE UNA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Autores:

Telles . K.T., Soares A. T. S., Neves M. F. T., Rivas M., Ribeiro F., Grossman E, Evangelista A. , Kesley R.

Institución: Universidad Del Estado de Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Introducción:

Los tiempos actuales exigen ajustes significativos en el campo de la educación médica y las directrices recientes reconocen la enseñanza de la asignatura de urgencias como fundamental para médicos generales. En Brasil, existen normas estructuradas basadas en leyes que apuntan para la inserción precoz del tema desde el inicio de la carrera hasta el internado. La facultad de Ciencias Médicas recientemente renovó su currículo atendiendo estas necesidades e incluyendo el tema en el pregrado.

Metodología:

Buscando cumplir con los requisitos fue estructurado un eje con la temática de la urgencia a lo largo del pregrado con aspectos pertinentes a la atención pediátrica. El equipo de profesores de la disciplina recibió un entrenamiento en PALS, subsidiado por la institución además de la participación de talleres de capacitación docente. Se realizaron distintos entrenamientos del uso de los simuladores por profesores invitados de instituciones nacionales e instructores extranjeros del Centro de Simulación Valentin Fuster de Colombia. Durante el curso son suministradas clases teóricas, simulación con maniqués y dramatización de situaciones de emergencias. Además de contar con apoyo de la Liga de Trauma y de Telemedicina

Resultados y Discusión

La línea de capacitación cuenta con la disciplina a partir del primer año con énfasis en soporte básico de vida, gestión de conflictos y atendimento prehospitalar. A lo largo del curso los temas se vuelven más complejos con adquisición gradual de habilidades y competencias, siempre a través de metodología activa de enseñanza. Los estudiantes son divididos en pequeños grupos teniendo la oportunidad para entrenarse en diferentes situaciones de urgencias clínicas y quirúrgicas. En el internado, existe una rotación específica para desarrollar la temática con mayor responsabilidad del estudiante. Con el transcurrir de la materia se observó una retroalimentación positiva parte de lo cuerpo discente.

Conclusión

La enseñanza temprana con énfasis en urgencias pediátricas mejora la capacidad de respuesta de los médicos generales. El uso de la simulación clínica optimiza la capacidad de aprendizaje en el estudiante en formación.

TRABAJO Nº2

PERFIL DE UN SERVICIO DE URGENCIA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO - INTEGRANDO ASISTENCIA Y ENSEÑANZA

Autores: Telles K, Soares ATS, Wobrel R, Matos T, Aibe M, Santos E M
Institución: Universidad Del Estado de Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Introducción:

El servicio pronta atención (SPA), hace parte integral del servicio de pediatría de un hospital universitario de referencia localizado en la ciudad de Rio de Janeiro, que está vinculado a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Estadual en Río de Janeiro y atiende casos oriundos de todo el estado, diferentes niveles de atención - primaria a la terciaria. El Hospital no dispone de Urgencia pediátrica a puertas abiertas para el manejo de emergencias y el SPA funciona como soporte a los pacientes registrados en los servicios ambulatorios generales y de especialidades, además de promover integración con los demás sectores pediátricos existentes, como neonatología, hospitalización y unidad de cuidado intensivo. Su casuística acompaña la estacionalidad local, con énfasis para enfermedades respiratorias, enfermedades virales y agudización de pacientes con enfermedades crónicas y múltiples comorbilidades.

Metodología

El servicio es utilizado como centro de práctica de la facultad de medicina, englobando disciplinas de cuarto año e internado. La mayoría de las consultas son realizadas por los alumnos del pregrado y postgrado *latu sensu*, residencia médica en pediatría general y especialidades. Un cuerpo docente especializado y médicos tutores realizan supervisión constante, además de discusión de los casos graves y actividades de educación en salud.

Resultados y Discusión

En el SPA los estudiantes de pregrado, internos y residentes participan aún de todos los procedimientos que involucran atendimientos en urgencias como acceso venoso, recolección de exámenes, cateterismo vesical, punción lumbar entre otros.

La participación activa de los alumnos en todas las etapas del flujo de atención ocurrida en el sector, en supervisión continua, crea oportunidades impares de entrenamiento, posibilitando una formación amplia y entrenamiento en las principales demandas del paciente en emergencia.

Conclusión

El SPA se muestra como una oportunidad de optimizar las enseñanzas de los docentes de la disciplina de urgencias pediátricas a través de prácticas supervisadas en escenarios reales que promueven la educación integral del estudiante de medicina de pregrado y posgrado, ofreciendo contacto con las principales enfermedades de la infancia.

TRABAJO Nº3

Isquemia medular secundaria a embolia fibrocartilaginosa. Caso clínico

Autores: Argüello M, Posik M, Ramos Y.

Residencia Clínica Pediátrica. HIAEP Sor María Ludovica. La plata Bs As Argentina

Mail: matiasuap@yahoo.com.ar

Introducción:

La isquemia medular se da por disminución o interrupción del flujo sanguíneo arterial que ocasiona síndromes medulares. Elegimos este caso por ser una patología grave, infrecuente y rara en niños que ocasiona gran morbilidad a corto y largo plazo si no se realizan un diagnóstico y tratamiento tempranos.

Presentamos el caso de una niña de 12 años que consulta por vómitos, dolor abdominal difuso y en hemitórax posterior derecho, cuadriparesia aguda en 4 miembros y ataxia.

Caso clínico: Paciente femenina de 12 años que presentó vómitos y dolor abdominal difuso, seguidos de dolor en hemitórax posterior derecho y precordialgia, posteriormente dolor y cuadriparesia aguda arrefléxica a predominio en hemicuerpo derecho. Ataxia estática y de movimiento. Sensibilidad inicialmente conservada en cuatro miembros, luego presentó hiperalgesia en base del cuello y alteración de sensibilidad termoalgésica y táctil a nivel de T3. Presentó episodios de falta de control de esfínteres urinario (retención aguda de orina). En RMN encéfalo-medular se observa hiperintensidad a nivel cordonal anterior desde C2 a T1 con aumento del diámetro medular, no modifica con el contraste y se restringe en difusión. Además se halla hiperintensidad en tercio posterior del disco intervertebral C2-3 en T2 y STIR (signos sugestivos de injuria isquémica medular y embolia fibrocartilaginosa). Luego de iniciada rehabilitación y pulsos de salumedrol por 5 días con descensos progresivo posterior, se constata mejoría de paresia en MMII, persistiendo paresia en MMSS a predominio distal con dificultad para la prensión y para elevar miembros sobre el nivel de hombros. Con control de esfínter.

Conclusiones:

En niños, es una patología infrecuente que requiere un alto índice de sospecha clínica para arribar al diagnóstico e instaurar de manera inmediata un tratamiento adecuado más rehabilitación precoz para así disminuir la morbimortalidad.

¿CÓMO TRATAN LOS MÉDICOS A NIÑOS CON SEPSIS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE AMÉRICA LATINA? UNA ENCUESTA INTERNACIONAL EN MÚLTIPLES CENTROS.

Kohn-Loncarica G, Fustiñana A, Jabornisky R, Pavlicich S, Prego-Pettit J, Yock-Corrales A, Luna-Muñoz C, Casson N, Álvarez-Gálvez E, Zambrano I, Contreras-Núñez C, Santos C, Paniagua-Lantelli G, Gutiérrez C, Amantea S, Gonzalez-Dambrauskas S, Sanchez M, Rino P, Mintegi S y Kisson N.

Red de Investigación y Desarrollo de la Emergencia Pediátrica en Latinoamérica (RIDEPLA).

fkohnloncarica@gmail.com anafusti@hotmail.com

Resumen: Introducción y Objetivos: El cumplimiento de guías de atención en los Servicios de Urgencias (SU) se basa en parte en la disponibilidad de recursos para mejorar la atención y los resultados en la sepsis. Nuestro objetivo fue evaluar el manejo del shock séptico pediátrico (SSP) en los SU de América Latina y determinar el impacto del tratamiento coordinado por un especialista en emergencias pediátricas (EEP) versus no especialistas (NEEP) en el cumplimiento de las actuales recomendaciones. **Diseño:** estudio prospectivo, descriptivo y multicéntrico utilizando una encuesta electrónica administrada a EEP y NEEP que tratan niños con SSP en SU en 14 países de América Latina. **Método y resultados principales:** Se comparó la adherencia reportada a las guías del Colegio Americano de Medicina de Cuidados Críticos (ACCM) y la adecuación del tratamiento entre los centros donde la coordinación fue realizada por un EEP versus un NEEP. Distribuímos 2164 encuestas con una tasa de respuesta de 898 (41.5%) de las cuales 202 (22.5%) fueron completadas por el grupo EEP. La adherencia reportada global a las guías del ACCM fue la siguiente: acceso vascular obtenido en los primeros 5 minutos (76%), técnica de infusión de líquidos recomendada (60%), administración de 40-60 ml / kg en 30 minutos (32%), infusión inotrópica por vía periférica (61%), dopamina o adrenalina en shock frío (80%), noradrenalina en shock caliente (57%) y antibióticos en 60 minutos (82%). Comparando entre EEP y NEEP encontramos diferencias: establecimiento de acceso vascular en 5 minutos (87.1% vs 72.7%, $p < 0.01$), técnica de infusión de fluidos (72.3% vs 55.9%, $p < 0.01$), administración de 40-60 ml / kg dentro de los 30 minutos (42% vs 29%, $p < 0,01$), infusión inotrópico por vía periférica (75,7% frente a 56,3%, $p < 0,01$), dopamina o adrenalina en shock frío (87,1% frente a 77,3%, $p < 0,05$), noradrenalina en shock caliente (67.8% vs 54%, $p < 0.01$) y administración de antibióticos dentro de los primeros 60 minutos (90.1% vs 79.3%, $p < 0.01$) respectivamente. Los criterios de "buena adherencia" fueron reportados por el 24%. **Conclusión:** en algunos países de América Latina existe una variabilidad en la adherencia informada a las recomendaciones basadas en evidencia para el tratamiento de SSP durante la primera hora. La coordinación de su tratamiento por EEP se acerca a una mayor adherencia reportada a estas recomendaciones.

TRABAJO Nº5

EVOLUCIÓN CLÍNICA EN NIÑOS CON SHOCK SÉPTICO REFRACTARIO A FLUIDOS TRATADOS CON DOPAMINA O ADRENALINA. ESTUDIO RETROSPECTIVO EN UNA UNIDAD DE EMERGENCIAS

Kohn-Loncarica G, Fustiñana A, Santos C, Paniagua-Lantelli G, Della-Corte M, Rowensztein H.

Hospital Prof. Dr. Juan P. Garrahan. Buenos. Aires, Argentina.

Enviar correspondencia a gkohnloncarica@gmail.com

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La supervivencia y la estadía hospitalaria de niños con sepsis han mejorado a partir del desarrollo y cumplimiento de protocolos de atención. Se debate cuál es la droga de primera elección para el shock séptico refractario a volumen (SSRV): ¿dopamina o adrenalina?

OBJETIVO

Analizar la evolución clínica de niños con SSRV tratados con dopamina o adrenalina en un servicio de urgencias pediátrico (SUP).

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo, observacional y analítico. Comparamos 2 grupos: dopamina y adrenalina. Para variables numéricas y categóricas utilizamos medidas de tendencia central. Para la comparación realizamos las pruebas de Mann Whitney y Chi².

RESULTADOS

Incluimos 118 pacientes. La mediana de edad en años fue 5,76. El 58,5% recibió dopamina y 41,5% adrenalina. La mortalidad fue del 11,9%. La necesidad de ARM fue 38,8% para adrenalina vs 40,6% para dopamina (p 0,84) con una mediana de 4 días para adrenalina y 5,5 para dopamina (p 0,104). La mediana para requerimiento de inotrópicos fue 2 días para ambos grupos (p 0,714). La mediana de estancia hospitalaria fue de 11 días (1-110 días), 11 para adrenalina y 13 para dopamina (p 0,554) y en UCIP registró una mediana de 4 días (0 - 81 días) siendo igual en ambos grupos (p 0,748).

CONCLUSIONES

No observamos diferencias en necesidad y tiempo de ARM e inotrópicos, estancia hospitalaria y en UCIP y mortalidad entre niños ingresados al SUP con diagnóstico de SSRV tratados inicialmente con dopamina o adrenalina. Ambas drogas aparecen como útiles para su uso en niños con SSRV.

TRABAJO Nº6

TRANFUSIÓN DE GLOBULOS ROJOS DURANTE LA PRIMERA HORA DEL SHOCK SEPTICO PEDIÁTRICO. ¿QUÉ HACEMOS EN LATINOAMERICA?

Kohn-Loncarica G, Fustiñana A, Jabornisky R, Pavlicich S, Prego-Pettit J, Yock-Corrales A, Luna-Muñoz C, Casson N, Álvarez-Gálvez E, Zambrano I, Contreras-Núñez C, Santos C, Paniagua-Lantelli G, Gutiérrez C, Amantea S, Gonzalez-Dambrauskas S, Sanchez M, Rino P, Mintegi S y Kisson N.

Red de Investigación y Desarrollo de la Emergencia Pediátrica en Latinoamérica (RIDEPLA).

kgohnloncarica@gmail.com anafusti@hotmail.com

Introducción: Una de las estrategias universalmente aceptadas para mejorar los resultados en sepsis es su pronta identificación y adecuado manejo durante la primera hora. Las guías de práctica clínica para niños con shock séptico (SS) del “*American College of Critical Care Medicine*” dejan un interrogante acerca del valor de hemoglobina (expresado en gramos) (HB) a partir del cual estos niños deberían recibir una transfusión de globulos rojos (TGR). Existe escasa información en relación a esta práctica entre médicos latinoamericanos que trabajan en Servicios de Urgencias (SU).

Objetivo: Describir los valores de HB que médicos Latinoamericanos eligen para indicar una TGR durante la primera hora de reanimación en el shock séptico pediátrico.

Metodología: Desde la Sociedad Latinoamericana de Emergencias Pediátricas (SLEPE) se envió una encuesta vía web, anónima, distribuida a médicos de 14 países que atienden niños con SS en SU. La misma incluyó preguntas sobre aspectos organizativos de las instituciones y manejo clínico del SS en niños. Se describió en forma de porcentaje los valores de HB respondidos.

Resultados: Fueron administradas 2208 encuestas, obteniéndose 905 respuestas (41%). 411 (45,6%) indica TGR con valores de HB de 7, 200 (22,2%) con 8, 168 (18,6%) con 10, 75 (8,3%) con 9 y 47 (5,2%) respondieron no saber la respuesta.

Conclusión: Existe una notable variabilidad con respecto al punto de corte que utilizan los médicos de urgencias latinoamericanos para indicar una TGR en los niños con shock séptico.

TRABAJO Nº7

SHOCK SÉPTICO PEDIÁTRICO: INTUBACIÓN ELECTIVA EN SERVICIOS DE URGENCIAS DE LATINOAMÉRICA

INTRODUCCIÓN

Kohn-Loncarica G, Fustiñana A, Jabornisky R, Pavlicich S, Prego-Pettit J, Yock-Corrales A, Luna-Muñoz C, Casson N, Álvarez-Gálvez E, Zambrano I, Contreras-Núñez C, Santos C, Paniagua-Lantelli G, Gutiérrez C, Amantea S, Gonzalez-Dambrauskas S, Sanchez M, Rino P, Mintegi S y Kissoon N.

Red de Investigación y Desarrollo de la Emergencia Pediátrica en Latinoamérica (RIDEPLA).

vkohnloncarica@gmail.com anafusti@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: Se encuentra universalmente aceptado que el correcto abordaje del shock séptico (SS) consiste en la detección precoz y el manejo adecuado. Las recomendaciones actuales basadas en la evidencia no son categóricas en relación a la decisión de realizar intubación orotraqueal (IOT) en los servicios de urgencias (SU), a excepción de las situaciones de insuficiencia respiratoria y deterioro neurológico. Existe escasa información acerca de esta práctica entre médicos Latinoamericanos que trabajan en SU. **OBJETIVOS:** Describir: 1) frecuencia de IOT electiva en el SS pediátrico refractario a fluidos en SU de Latinoamérica, 2) diferencia entre IOT electiva cuando la coordinación está a cargo de un especialista en urgencias pediátricas (EUP) y 3) diferencia entre la decisión de IOT cuando se utiliza una guía de atención de pacientes con SS. **METODOLOGÍA:** Desde la Sociedad Latinoamericana de Emergencia Pediátrica (SLEPE) se envió una encuesta electrónica, anónima, distribuida a médicos de 14 países que atienden SS en SU. La misma incluyó preguntas sobre aspectos organizativos de las instituciones y manejo clínico del SS en niños. Para el análisis de datos, en lo que respecta a las variables numéricas y categóricas, se utilizaron tablas de frecuencia expresadas como porcentaje y, para su comparación, la prueba de chi cuadrado. **RESULTADOS:** Se administraron 2164 encuestas, Fueron respondidas 868 (40%). El 53% no realiza IOT electiva, el 47% si.

	Si IOT n=406 (%)	No IOT n=462 (%)	P (Chi2)
ATENCIÓN COORDINADA POR EUP	82 (22%)	112 (24%)	0.37
MANEJO CON GUÍA DE ATENCIÓN	114 (28%)	159 (34%)	0.045

CONCLUSIÓN: Existen diferencias en la indicación de IOT electiva en niños con SS entre médicos de Latinoamérica que trabajan en SU, siendo menor en aquellas Instituciones que cuentan con guías de manejo del SS. La coordinación a cargo de EUP no mostró diferencias en la indicación de IOT.

TRABAJO Nº8

EPIDEMIOLOGIA DE LAS HERIDAS EN NIÑOS OCASIONADAS POR PERROS EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DE LA ARGENTINA

Fustiñana A, Floria MA, Perez MG, Kulik V, González F

Hospital de Pediatría “Prof. Dr. J.P.Garrahan”, Ciudad Autónoma de Buenos Aires,
Argentina. anafusti@hotmail.com

Introducción: Las heridas en humanos ocasionadas por perros constituyen un creciente problema en salud pública que tiene implicancias médicas, económicas y sociales. Los niños integran un grupo de riesgo dado que padecen este tipo de lesiones con mayor frecuencia.

Objetivo: Conocer el patrón epidemiológico de las heridas en niños ocasionadas por perros.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo en el período comprendido entre el 01/01/2016 al 31/12/2016. Se definió al evento como el momento en el que el animal agresor ocasiona la herida al niño. Para el reclutamiento de los pacientes se utilizaron los registros electrónicos de urgencias pediátricas. El seguimiento se realizó por vía telefónica y/o por correo. Para la recolección de datos, se utilizó RedCap ® y para el análisis estadístico el programa R®.

Resultados: Durante el período de estudio, consultaron a urgencias pediátricas 257 pacientes, 207 (81%) realizaron al menos un control 48 hs posteriores al evento. La distribución según sexos evidenció un leve predominio masculino (148/257) siendo la media de edad de 5,6 años. Quince (6%) pacientes tenían comorbilidad al momento del evento. En aproximadamente 1 de cada 2 casos (92/192) no hubo supervisión de adultos al momento del evento. El evento fue categorizado como provocado en el 60% de los casos (111/196). En 87% (204/257) el animal agresor era conocido. El 71% (182/257) tuvo lesiones localizadas en la cabeza y el cuello. Uno de cada dos pacientes requirió tratamiento quirúrgico, (131/257). El 21% (54/257) debió ser hospitalizado, siendo la estancia media de 3,7 días. Ochenta y cinco por ciento (219/257) recibió profilaxis antibiótica posterior a la lesión. Solo 5 pacientes (2%) tuvieron infección asociada a la lesión. Recibió vacuna antirrábica como profilaxis post-exposición el 37% (94/257) de los niños. Solo 1 de cada 6 perros evaluados tuvo constancia de inmunización para rabia canina.

Conclusión: Los datos aportados por nuestra cohorte muestra que los niños menores a 4 años constituyen el grupo de mayor riesgo de lesiones, principalmente localizadas en cabeza y cuello. Se destaca la falta de supervisión de un adulto durante estos eventos. La implementación de un programa multisectorial, que incluya médicos veterinarios, podría reducir la incidencia de lesiones.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A PUNCIÓN LUMBAR TRAUMÁTICA EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS.

Fustiñana A, Rino P, de Pinho S, Della Corte M, Kohn-Loncarica G.
Hospital de Pediatría “Prof. Dr. J.P.Garrahan”, Ciudad Autónoma de Buenos Aires,
Argentina. anafusti@hotmail.com

Introducción: La punción lumbar (PL) se realiza con frecuencia en urgencias pediátricas (UP). Los resultados obtenidos adquieren valor para el manejo adecuado. El éxito de la práctica puede evitar admisiones, uso inadecuado de antibióticos y el discomfort del paciente y su familia. Se ha descrito un 30% de las PL traumáticas y/o frustras. Factores propios del paciente, el operador y la técnica pueden influir sobre el resultado. Obtener información sobre éstos es útil para mejorar la calidad de atención.

Objetivos: Describir la experiencia en la práctica de PL en UP de un hospital pediátrico de tercer nivel. Analizar los factores de riesgo (FR) asociados a PL no exitosa (PLnoE).

Materiales y métodos: Estudio observacional prospectivo realizado en el período de diciembre del 2014 a junio del 2018. Se incluyeron todos los niños entre 31 días de vida a 18 años que requirieron la realización de una PL en UP. Se definió PL exitosa (PLE) aquella donde en el primer intento se obtuvo LCR claro. Se excluyeron los registros incompletos.

Resultados: Se incluyeron 344 PL, 70 registros fueron excluidos por incompletos. El 59% corresponde a varones con una mediana de edad de 7 meses (IQR 50 días-4 años y 6 meses). 196 PL fueron PLE (57%). El 62% de los médicos tenían menos de 4 años de experiencia y el 59% menos de 11 PL realizadas. 40% de los niños eran menores a 3 meses. El 57% de las PL se realizó en posición sentada, en el 7% no se palpó el espacio intervertebral. El 12% de los niños se movieron mucho según la percepción del operador. En el 23% de los casos no se utilizó sedación. En el modelo multivariado la experiencia del operador menor a 4 años de práctica, que no se perciba el espacio intervertebral, que el niño se mueva mucho y que sea menor a 3 meses resultaron factores de riesgo independientes para PLnoE (OR 1,8 (IC95% 1,10 - 3,03, OR 3,8(IC95% 1,32 -10,94), OR 4,66 (IC95% 2,11- 10,31) y OR 2 (IC95% 1,24- 3,23) respectivamente).

Conclusiones: En nuestra cohorte detectamos factores vinculados con el operador (experiencia), la práctica (percepción del espacio intervertebral y movimiento del paciente) y el paciente (edad) que aumentaron el riesgo de obtener un PL frustra o traumática.

Tabla . Análisis multivariado de factores de riesgo.

Factor	PLnoE 148 (43%)	PLE 196 (57%)	Valor p OR (IC95%)
≤ 4 años de experiencia	103 (70%)	111 (57%)	0,018 1,83 (1,10 - 3,03)
Falta percepción espacio IV	18 (12%)	5 (3%)	0,013 3,8 (1,32 -10,94)
Movimiento mucho	30 (21%)	11 (6%)	<0,01 4,66 (2,11- 10,31)
Edad menor a 3 meses	76 (51%)	62 (32%)	0,004 2 (1,24- 3,23)

TRABAJO Nº10

CARACTERÍSTICAS DEL LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO EN MENORES DE 3 MESES CON SOSPECHA DE MENINGITIS

Fustiñana A, Kohn-Loncarica G, de Pinho S, Della Corte M, Rino P
Hospital de Pediatría "Prof. Dr. J.P. Garrahan", Ciudad Autónoma de Buenos Aires,
Argentina. anafusti@hotmail.com

Introducción: La punción lumbar (PL) se realiza con frecuencia en urgencias pediátricas (UP). Los resultados inmediatos permiten adherirse a los protocolos de atención. Los lactantes de 31 a 90 días representan un grupo vulnerable. En ocasiones, se obtienen alteraciones aisladas de un único componente del líquido cefalorraquídeo (LCR). La relación entre estos hallazgos y los cultivos contribuye a optimizar el manejo.

Objetivo: Describir la relación entre los resultados microbiológicos y citoquímicos del LCR en los lactantes de 31 a 90 días que fueron sometidos a una PL para diagnosticar meningitis (MG) en UP.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo observacional, realizado durante el período diciembre de 2014-junio de 2018 en UP de un hospital pediátrico de tercer nivel. Se incluyeron todos los niños entre 31 y 90 días de vida en quienes se practicó una PL por sospecha de MG. Se excluyeron los tratados previamente con antibiótico (ATB) y en los que la obtención de LCR fue frustra. Se definió al citoquímico de LCR (CQ) como patológico (CQP) cuando cumplió uno o más de los siguientes: celularidad en LCR > a 9 células/mm³; glucorraquia < 40 mg% (HGQ) y a proteinorraquia > 75 gr/dL (HPQ) (en niños entre 31-59 días de vida) o > 60 gr/dL (niños 60 a 90 días de vida). Se definió meningitis (MG) cuando se obtuvo rescate microbiológico en el LCR.

Resultados: Se registraron 167 PL. 40 se excluyeron por tratamiento ATB previo y 5 por ser frustras. 122 PL fueron analizadas, 60% fueron varones con una mediana de edad 44 días (IQR: 37-56 días). 42 LCR tuvieron CQP y 57% (24) mostraron alteraciones aisladas en el CQ: 16 pleocitosis (6 enterovirus), 6 HPQ (1 enterovirus) y 4 HGQ (2 enterovirus). 25 LCR (20%) presentaron rescate microbiológico (6 rescate bacteriológico y 19 rescate virológico). Ninguna de las alteraciones aisladas del CQ se asoció a rescate bacteriológico.

Conclusiones: Las alteraciones aisladas de los componentes del CQ de LCR son frecuentes en lactantes de 31 a 90 días y deberían ser interpretados con precaución. En nuestra cohorte, la pleocitosis fue la más frecuente.

Tabla 1. Relación LCR (CQ/cultivos) en niños de 31 a 90 días con sospecha de MG.

Factor (n)	Bacteriológico LCR positivo (6)	Virológico LCR positivo (19)	Sin desarrollo de germen LCR (113)
CQP (42)	3	17	21
Solo HPQ en LCR (6)	0	1	5
Pleocitosis en LCR (16)	0	6	10
Solo HGQ en LCR (4)	0	2	2
LCR traumático (36)	3	2	31

TRABAJO Nº11

TOS PAROXÍSTICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS: CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS

Silva APP, Poletto FM, Zaffari N, Gross Jr M, Zandoná B, Biondo GF, Maya F, Muller GC, Bahlis LB, Diogo L, Scheid T, Santana JC, Lago P, Piva JP.

Serviço de Emergência e Medicina Intensiva Pediátricas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).
Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

INTRODUCCIÓN: En los últimos años, casos de coqueluche vienen creciendo, especialmente en países de bajo nivel socioeconómico y baja cobertura inmunológica.

OBJETIVO: Estudiar los aspectos clínico-epidemiológicos de pacientes con tos paroxística asociado a sospecha clínica de coqueluche, atendidos en el servicio de urgencias pediátricas del hospital universitario, entre 01/03/2017 hasta el 28/02/2018.

METODOLOGÍA: Estudio observacional, transversal, prospectivo. Inclusión: pacientes con 1 mes hasta la edad 13 años, con tos paroxística y síntomas clínicos sospechosos de coqueluche. Para todos los pacientes fue solicitado pesquisa de *Bordetella pertusis* por PCR. Fue utilizado el test de Kolmogotov-Smirnov (variables cuantitativas) e sus diferencias fueron estimadas por el test de Wilcoxon y test de Kruskal-Wallis. Para diferencia significativa proporcional de las variables cualitativas fue usado el teste de Fisher ($p < 0,05$).

RESULTADOS: En total se obtuvo una muestra de 85 pacientes, siendo 42 de ellos (49%) de sexo femenino. El PCR para *B pertusis* fue positivo en 42 (49%) pacientes. La mediana de edad fue significativamente mayor en el grupo con coqueluche (11 vs 6 meses; $p < 0,01$). Los pacientes hospitalizados fueran mas jóvenes (5 vs 26 meses; $p < 0,01$). Los aspectos clínicos iniciales, el tiempo de internación y los índices de reconsulta y reinternación a los 3 meses después del diagnostico fueron semejantes en los dos grupos. La mayoría de los casos de coqueluche ocurrió en primavera (41%; $p < 0,01$). No se registraron muertes. Entre los niños mayores de 7 meses de edad (que ya deberían haber recibido 3 dosis de la vacuna contra *B pertusis*) el diagnostico clínico laboratorioal fue positivo en 56% de ellos. La presencia de tos paroxística esta asociada com PCR positivo para *B pertussis* (RR 3,3; IC95%, 1,15-9,45; $p < 0,01$). Inmunización previa contra *B pertussis* disminuye risco para hospitalización (RR 0,75; IC 95%, 0,65-0,87; $p = 0,01$).

CONCLUSIÓN: Aproximadamente la mitad de los casos atendidos en el Emergencia Pediátrica con sospechó de coqueluche (principalmente por la presencia de tos paroxística), el resultado del PCR para *B pertusis* fue positivo. El reaparecimiento del coqueluche es una alerta sobre la necesidad de reforzar el control epidemiológico. La hipótesis diagnostica del coqueluche, debe ser siempre presente en los casos en que un niño se presente al servicio de urgencias con tos paroxística.

TRABAJO Nº12

EXPERIENCIA EN UN SERVICIO DE URGENCIA EN USO DE CANULA NASAL DE ALTO FLUJO

Suarez M A, Cuñado P, Castro I
Hospital San Borja- Arriaran, Santiago de Chile
pamcunado@gmail.com

Introducción : La CNAF es una modalidad de oxigenoterapia con una interfase nasal que suple las demandas de flujos inspirados, termohumedeifica y oxigena mejor junto con dar cpap variable. Los estudios de CNAF disponibles han mostrado que es seguro aplicarlo en sala de pediatría, en unidades de emergencias y en UCIP.

objetivo: Evaluar la seguridad y efectividad de la CNAF en urgencia, Determinar las características de los pacientes con necesidad de CNAF

Metodología : Estudio descriptivo retrospectivo, de pacientes que requirieron uso de CNAF durante Mayo 2017 a Mayo 2018 en el Servicio de Urgencia, Se analizaron los aspectos demográficos, clínicos, virológicos , antecedentes mórbidos y evolución. La severidad de los episodios se evaluaron por Score de Tal modificado Se utilizo equipo AIRVO -2, con cánulas opti-flow. Se definió como mala respuesta a uso de CNAF, quien debe escalar en terapia, requerimiento de AVNI o intubación para VMI a las 24 horas

Resultados: Se analizaron 78 fichas clínicas de los 109 pacientes que utilizaron CNAF durante el periodo de 1 de Mayo 2017 al 31 de Mayo 2018, 55 hombres, 23 mujeres, la edad fluctuó entre 10 días a 12 años, más frecuente entre 4 a 11 meses : 32 pacientes; se diagnostico bronquiolitis :35, Neumonía o Bronconeumonía en 22, hubo 4 pacientes con crisis asmática. La evolución según score de Severidad (Tal modificado Minsal); Leve (0-5): no tenemos pacientes en esta categoría; Moderado (6-8): 69 pacientes (buena 26, mala 43); Severo (9-12):10 pacientes (todos con mala respuesta). 8 pacientes tenían antecedentes de prematurez, 5 de bronquiolitis previa y 5 con uso de AVNI previo; el virus aislado más frecuente fue VRS:26. 52 pacientes requirieron uso de AVNI y solo 1 se intubo en urgencia con uso de VMI. No hubo complicaciones por el uso de CNAF

Conclusiones :Tuvimos un 66,6% (52 pacientes) con mala respuesta o sea requirió escalar en la terapia respiratoria, mayor de lo reportado en la literatura, que podría deberse a que no hay una uniformidad en los criterios de falla en la respuesta a CNAF entre los diferentes servicios pediátricos (urgencia, hospitalizados), y también a que pacientes con mayor score de severidad es más alta la probabilidad de fracaso; no obstante solo 1 paciente del total requirió intubación para VMI. Lo que demuestra que puede tener un papel importante como terapia de rescate para reducir la cantidad de niños que requieren intubación y VMI.

TRABAJO Nº13

Estudio Piloto de comparación entre dos protocolos aplicados al manejo de la Cetoacidosis Diabética en el Departamento de Urgencias.

Paredes F, Pavlicich V, Domínguez S, Morilla L

Introducción: Las metas de la terapia para la cetoacidosis diabética (CAD) son corregir la deshidratación, corregir la acidosis, revertir la cetosis, corregir lentamente la hiperosmolalidad y restaurar la glucosa sanguínea a casi lo normal. Monitorizar y tratar sus complicaciones e identificar y tratar cualquier evento precipitante.

El sistema de 2 bolsas de hidratación, consiste en dos soluciones hidroelectrolíticas en paralelo (con idéntica composición electrolítica, pero con distinta concentración de dextrosa) unidas en una vía común en "Y" al paciente, permitiendo cambios inmediatos en el flujo de glucosa.

Objetivo: Caracterizar a los pacientes con CAD que acuden a un servicio de urgencias y comparar la utilización de dos protocolos de manejo (Sistema convencional vs Sistema de 2 bolsas) en lo referente a tiempo de resolución y adherencia del personal sanitario.

Método: Ensayo clínico, aleatorizado, controlado, abierto, en un servicio de Urgencias pediátricas. Pacientes de 0 a 18 años con diagnóstico de CAD atendidos entre septiembre de 2017 a agosto de 2018. Fueron aleatorizados para recibir tratamiento convencional o sistema de 2 bolsas de hidratación. La gravedad de la CAD fue clasificada según el EAB al ingreso. El resultado primario fue el tiempo de resolución de la CAD. Secundariamente se evaluó la adherencia del personal sanitario a ambos protocolos. Para evaluar la adherencia al protocolo se utilizaron 11 ítems preestablecidos.

Resultados: Fueron enrolados 16 pacientes, 8 en el grupo de tratamiento convencional y 8 en el sistema de 2 bolsas, y clasificados como CAD leve (n: 6) 37,5%, moderado (n: 4) 25% y severo (n: 6) 37,5%. La media del pH de ingreso fue de 7,13 (DS 0,12). Nueve niños fueron diabéticos conocidos y siete debut diabético. El score Z medio: -0,96 (DS±1,28). El tiempo de resolución según severidad fue: CAD severa: mediana 20 horas (4-26); CAD moderadas 9 horas (2-43) y CAD leves 7,5 horas (2-11). Los diabéticos conocidos se compensaron en una mediana de 11 horas (2-43) y los pacientes con debut diabético en 9 horas (2-23). Los pacientes que recibieron tratamiento con el sistema de 2 bolsas superaron la CAD en una mediana de 10 horas (5-43) y los pacientes que recibieron tratamiento convencional en 10,5 horas (2-26). La adherencia global del personal médico a protocolos ocurrió en el 62,5% (N: 10). El sistema de 2 bolsas presentó adherencia en el 87,5% y en el grupo que recibió tratamiento convencional fue de 37,5%. En los casos en que hubo adherencia del personal médico el tiempo de resolución (mediana) fue de 8 horas, (2- 43) y en los casos en que no hubo adherencia fue de 16 horas (6- 26). p: 0,181.

Conclusión: El tiempo de compensación se relacionó directamente con la severidad inicial de la CAD y la adherencia a las guías. El protocolo de dos bolsas obtuvo mayor adhesión.

PERFIL DE SEGURIDAD EN EL USO INTRAVENOSO CONTINUO DEL SULFATO DE MAGNESIO EN ALTAS DOSIS UTILIZADAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS

Zandoná B, Chiaradia FO, Gross Jr M, Biondo GF, Maya F, Poletto FM, Zaffari N, Silva APP, Scheid T, Santana JC, Lago P, Piva JP

Serviço de Emergência e Medicina Intensiva Pediátricas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).
Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

INTRODUCCIÓN: Actualmente el sulfato de magnesio volvió a ser indicado como un tratamiento alternativo para el broncoespasmo en pediatría.

OBJETIVO: Estudiar la seguridad en el uso intravenoso continuo del sulfato de magnesio en dosis elevadas (50 mg/kg/h, durante 4 horas) en pacientes con broncoespasmo moderado-grave (escore de Woods) en el servicio de urgencias pediátricas, considerando niveles séricos, efectos adversos y respuestas clínicas.

METODOLOGÍA: Estudio transversal, prospectivo, tipo serie de casos, que envolvió todos los pacientes que recibieron sulfato de magnesio, intravenoso, continuo, en dosis de 50 mg/kg/h, durante 4 horas, en el servicio de urgencias pediátricas entre abril de 2017 hasta abril de 2018. Para evaluar las variables cuantitativas fueron utilizados el test de Kolmogorov-Smirnov, de Wilcoxon e de Kruskal-Wallis. Para determinar la diferencia significativa proporcional, fue utilizado el test de Fisher ($p < 0,05$).

RESULTADOS: En total fue obtenida una muestra de 50 pacientes, siendo 30 de ellos (60%) de sexo masculino. La mediana de edad fue de 15 meses y la media de permanencia hospitalaria fue de 6 días. La mayoría de los pacientes se caracterizaron por presentar tirajes, sibilancias, tos y fiebre. De estos pacientes, 19 (38%) tenían alguna comorbilidad crónica, 16 (32%) tuvieron resultado positivo para investigación de virus respiratorios, siendo de mayor prevalencia el virus sincitial respiratorio (VSR) con 26%. Adicionalmente, de la totalidad de pacientes: 23 (46%) tuvieron neumonía y 38 (76%) utilizaron antibioticoterapia. El promedio de nivel sérico de sulfato de magnesio después de 4 horas de infusión intravenosa continua fue de 4,5 mg/dl, siendo de 4,6 mg/dl para pacientes menores de 2 años y 4,2 para aquellos mayores de 2 años ($p = 0,9$; N.S). Después de 24 horas de haber utilizado el medicamento, 12 (24%) pacientes necesitaron utilizar nuevamente la infusión de sulfato de magnesio, manteniendo un nivel sérico promedio de 4,2 mg/dl. No se registraron eventos adversos relacionados con el uso de sulfato de magnesio. La necesidad de hospitalización en la unidad de terapia intensiva pediátrica (UTIP) fue de 8% (4 pacientes) y finalmente no se registró ninguna muerte.

CONCLUSIÓN: Pacientes con broncoespasmo que recibieron sulfato de magnesio intravenoso, continuo, en la dosis de 50 mg/kg/h durante 4 horas, tuvieron un desenlace clínico favorable y no se registraron efectos tóxicos del magnesio sérico después de finalizado el medicamento. Por esta razón, el sulfato de magnesio parece continuar siendo un medicamento seguro para el uso durante la crisis de broncoespasmo atendidos en el servicio de urgencias pediátricas. Sin embargo, estudios a mayor escala debe realizarse.

TRABAJO Nº15

DETERMINANTES DEL USO DE ANTIBIOTICOS EN NIÑOS CON CRISIS ASMÁTICAS HOSPITALIZADOS. HOSPITAL III GRAU ESSALUD

Miranda candelario Javier, Espino Huamán Javier, Miranda Cabrera Bianca

El uso inapropiado de antibióticos es un problema bien reconocido de salud pública por su asociación con la aparición de resistencia bacteriana. Es común observar en salas de emergencia pediátrica que el manejo de las crisis asmáticas siempre conllevan el uso de antibióticos, pese a que el GINA y las guías recomiendan no usarlos.

OBJETIVO.- Determinar cuáles son los factores que determinan el uso de antibióticos en las crisis asmáticas hospitalizadas en niños.

Material y Método.- Estudio de casos y controles. Se incluyó pacientes menores de 14 años, con diagnóstico de crisis asmática hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital III Emergencias Grau, desde Enero hasta Octubre 2017. Las variables categóricas fueron presentadas en número y porcentaje. Se realizó análisis bivariado. Posteriormente se realizó un análisis de regresión logística para evaluar la contribución de los factores que fueran significativos hasta llegar a un modelo final. Se trabajó con SPSS-20.

Resultados.- Fueron incluidos consecutivamente 128 pacientes con crisis asmática, 64 recibieron antibiótico (casos) y 64 sin antibiótico (controles). Inicialmente el uso de antibiótico estuvo asociado a sexo femenino; a tiempo de enfermedad mayor a 4 días; a la presencia conjunta de 3 síntomas clínicos como fiebre, tos y agitación; a la imagen radiográfica de condensación y a leucopenia. El tiempo de permanencia fue mayor en los que requirieron antibiótico en 1.4 días.

El 81% recibió antibiótico el primer día en emergencia. Los más empleados ampicilina (33%) y azitromicina (22%). Los diagnósticos más frecuentes neumonía (59%) y bronquitis (19%). Por regresión logística multivariada, los leucocitos (OR=7.565; $p < 0.001$) y las imágenes radiográficas de tórax (OR= 2.602; $p < 0.001$) se asociaron con el uso de antibióticos en crisis asmática.

Conclusión.- El hemograma y la radiografía de tórax son determinantes del uso de antibióticos en crisis asmáticas hospitalizadas en niños.

TRABAJO Nº16

CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE NIÑOS VÍCTIMAS DE QUEMADURAS EN UNA UCI DE TRAUMA PEDIÁTRICA DEL RÍO GRANDE DO SUL / BRASIL

Silva APP, Rubin FM, Barcellos LG, Cunha LG, Burns A, Machado LVE, Conrado GS, Gava D, Muller GC

Unidade Terapia Intensiva de Trauma Pediátrico do Hospital de Pronto Socorro (HPS) POA

INTRODUCCIÓN: Las quemaduras constituyen un importante problema de salud pública, y representan la segunda causa de muerte accidental no intencional en la población pediátrica. Es de extrema importancia el conocimiento de la epidemiología para establecer la organización de tratamiento y prevención.

OBJETIVO: El objetivo de nuestro estudio es analizar las características epidemiológicas en los niños víctimas de quemaduras internados en el período de Julio de 2017 a Junio de 2018. Los datos se recogieron de forma prospectiva. Se realizaron pruebas estadísticas a través del software R. Se consideraron estadísticamente significativas las comparaciones que obtuvieran el valor de p menor que 0,05.

RESULTADOS: Se identificaron 76 internaciones por quemadura en niños. Las edades variaban de 1 mes a 15 años (mediana de 21,1 meses). La mayoría de los pacientes eran del sexo masculino (65,7%). La principal causa de quemadura fue escaldado (63,15%), presentándose con una edad media significativamente menor en relación al grupo de accidentes con fuego (15,47 meses x 48,27 meses) ($p < 0.01$). En la evaluación de la SCQ, hubo una diferencia significativa entre la superficie corporal quemada atestada en el lugar de atención inicial y en el HPS ($p < 0,001$), siendo más elevada en el local inicial de atención. La SQC atestada en el HPS fue $< 15\%$ en el 74,64% de los pacientes. El tiempo de internación en la UTI varió de 1 a 76 días (media de 8 días) y la mortalidad fue del 2,8% ($n = 2$). En 7 pacientes se produjo una lesión inhalatoria (10,1%). Hubo una asociación significativa entre la lesión inhalatoria y la mortalidad ($P < 0,001$).

CONCLUSIÓN: Nuestro estudio demostró perfil de pacientes pediátricos quemados compatible con datos en la literatura. El gran número de niños involucrados en accidentes por quemadura, sólo viene a reforzar la necesidad de prevención en estos casos.

Se debe dar énfasis al entrenamiento de los profesionales de la salud para estimar o evaluar la superficie corporal quemada. La sobreestimación hace que muchos niños sean trasladados a centros especializados cuando podrían ser atendidos en su lugar de origen. Además implica la reposición hídrica excesiva con todos los riesgos de la sobrecarga volumétrica.

TRABAJO Nº17

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LOS NIÑOS VÍCTIMAS DE TRAUMA ATENDIDOS EN UCI POR TRAUMA PEDIÁTRICO EN EL RS / BRASIL

Silva APP, Rubin FM, Barcellos LG, Cunha LG, Burns A, Machado LVE, Conrado GS, Gava D, Muller GC

Unidade de Terapia Intensiva de Trauma Pediátrico do HPS-POA

INTRODUCCIÓN: Las lesiones traumáticas se constituyen en la causa más importante de muerte en niños en todo el mundo. En Brasil es la segunda causa de muerte entre niños de 0-9 años de edad, pasando a ocupar la primera posición en el grupo de edad de 10-39 años. Los datos epidemiológicos pueden ayudar en medidas preventivas y tratamiento.

OBJETIVO: Describir el perfil epidemiológico de la atención de niños internados en UCI en Centro de Referencia de Trauma.

METODOLOGÍA: Los datos se recogieron durante la hospitalización de los pacientes a partir de Julio de 2017 y o hasta Junio de 2018. Se evaluaron variables epidemiológicas: el tipo de trauma, mecanismo de trauma, Puntuación de trauma pediátrica (ETP) Pediatric Índice de Mortalidad 2 (PIM 2), tiempo de internación y mortalidad. A través del Software R, se realizaron las pruebas estadísticas, de normalidad. Se consideraron estadísticamente significativas las comparaciones que obtuvieran el valor de p menor que 0,05.

RESULTADOS: Se analizó un grupo de 263 pacientes con promedio de edad de 40 meses (de 0 a 205 meses) y predominio del sexo masculino (67.3%). Los accidentes ocurrieron predominantemente en el domicilio (57%), siendo la tarde el período del día más prevalente (40%). El mecanismo de trauma más frecuente fue quemadura (25%), seguido por caída de altura (24%) y accidente automovilístico (22%). Los tipos de traumas más frecuentes fueron traumatismo craneoencefálico (TCE) (38%), seguidos por quemaduras (27%). La ETP fue <8 en el 47,5%. Hubo una correlación estadística inversa entre el ETP y PIM 2 ($p < 0.001$, $\tau = -0,45$). La media de tiempo de internación en la UCI fue de 5 días. Se produjeron 4 muertes (1,5%) en el total de pacientes analizados.

CONCLUSIÓN: Identificamos un perfil epidemiológico similar a otros centros de trauma pediátrico. La ETP es una puntuación utilizada en la evaluación inicial. Los pacientes con ETP <8 presentan mejor pronóstico cuando se transfieren a centros especializados. Aproximadamente el 50% de nuestros pacientes presentaban ETP > 8, lo que puede justificar la tasa de mortalidad inferior a la mayoría de los estudios. Los resultados refuerzan la importancia de las medidas de prevención sobre traumatismos pediátricos y refuerza la necesidad de mejorar la formación de los médicos de urgencias médicas y pediátricas para el cuidado de traumas pediátricos en sus hospitales.

CUERPOS EXTRAÑOS EN MENORES DE 4 AÑOS

Valenzuela A, Ayala T, Gutiérrez P

Unidad de Emergencia Pediátrica, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río (CASR).
Santiago, Chile.

Aval68@ hotmail.com

Introducción: La consulta por cuerpos extraños (CE) es frecuente en urgencia. El objetivo de nuestro estudio es describir las características y manejo de éstos en un servicio de urgencia pediátrico.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo de revisión de fichas electrónicas de consulta, en la urgencia infantil en el año 2017, del CASR. Se utilizó estadística descriptiva de frecuencias para el análisis de datos. Se excluyeron las ingestas o intoxicaciones medicamentosas.

Resultados: En el año 2017 hubo 86163 consultas pediátricas, de las cuales 8511 correspondieron a cirugía pediátrica (9,9%), y de éstas 391 por algún tipo de CE en menores de 4 años (4,6%). 212 fueron de sexo masculinos (54%) y 179 femeninos. Los menores de 2 años de edad fueron 110 pacientes (28%), los de 3 años (27%), los de 1 año y menos (24%), el resto correspondió a los menores de 4 años. La mayoría consultó espontáneamente 309 (79%), el resto con Interconsulta desde los policlínicos periféricos. Hubo 178 pacientes con CE gastrointestinales (46%), en fosas nasales 138 (35%), en oídos 42 (11%), el resto correspondió a CE en ojos 5%, y en tegumentos 3%. Hubo 7 pacientes (1,8%) con CE esofágicos (monedas) los que se hospitalizaron y se realizó extracción endoscópica de ellos. Los CE encontrados fueron de origen múltiple, siendo más frecuentes las monedas 15%, objetos plásticos pequeños 14%, comida 6%, juguetes 5%, joyas 4%, pilas de reloj y bolitas de acero 3% respectivamente. El resto se distribuye en vidrios, piedras, papel, espinas, tornillos, semillas, algodón, etc. El manejo en general fue la extracción directa del CE, lavados o procedimientos bajo anestesia local, con derivación a Centro Diagnóstico y Terapéutico de otorrino y oftalmología sólo en los casos complicados. A la Unidad de Trauma Ocular sólo se derivó 1 paciente. La eliminación espontánea de los CE gastrointestinales se controló con radiografías.

Conclusión: la consulta por CE es un evento común en pediatría y en especial en los menores de 4 años, por lo que se debe tener en cuenta su diagnóstico y manejo precoz, así como las medidas de prevención, evitando el aumento de morbilidades asociadas. El tratamiento va a depender del tipo y lugar donde se encuentra este CE.

TRABAJO Nº19

ABORDAJE ABCDE EN LA ATENCIÓN EN SALA DE EMERGENCIA

Reis MC, Azevedo JPN, Takesaki NA, Fraga AMA, Baracat ECE, Belluomini F, Tani SM, Peixoto AO, Rodrigues AL, Silverio LER.

Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP; Campinas, Brasil. marcreis@gmail.com

Introducción: El enfoque ABCDE (airway, breathing, circulation, disability, exposure) de pacientes gravemente enfermos tiene como objetivo la identificación de situaciones amenazadoras a la vida. Ha sido incorporada en la atención de emergencias clínicas y quirúrgicas, mejorando la calidad de la atención con mejoría en el pronóstico de los pacientes. **Objetivos:** Describir la casuística de pacientes atendidos en sala de emergencia pediátrica de un hospital universitario, así como los procedimientos adoptados en el abordaje ABCDE. **Métodos:** Estudio retrospectivo y descriptivo de marzo de 2017 a marzo de 2018, con niños de cero a 14 años, evaluados en cuanto a datos epidemiológicos, hipótesis diagnóstica, procedimientos y destino después de la primera atención. **Resultados:** Se atendieron 162 niños, el 58% niños, promedio de edad de 4 años, el 55,5% previamente hígidos. El diagnóstico más frecuente fue insuficiencia respiratoria aguda (39,5%), seguido de convulsión (16%). De los pacientes con alteraciones respiratorias (64), todos recibieron suplementación de oxígeno. Hubo necesidad de vía aérea avanzada con intubación orotraqueal (IOT) en un 20%. Las medicaciones inhalatorias se utilizaron en un 40,6%. Los niños con alteraciones circulatorias (12) se orientaron conforme la etiología del choque, recibiendo suero fisiológico, concentrado de hematíes y suero anti-escorpiónico. Se realizó una desfibrilación. Se observaron alteraciones de sensorio en 51 casos, con necesidad de vía aérea avanzada en el 21,5%. Se atendieron aún 17 politraumatismos, con realización de US-FAST en 4 casos. En el período del estudio, se enviaron 70 pacientes a la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica. **Conclusión:** Emergencias respiratorias y neurológicas han sido predominantes en el presente estudio. La sistematización de la atención del paciente grave es una importante herramienta clínica que orienta la intervención inmediata frente a lesiones amenazadoras a la vida, trayendo agilidad y calidad a la atención.

TRABAJO Nº20

SIMULACIÓN CON CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO EN UNA UNIDAD DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICA

Boto A, Lic. Reinoso G , Bonduel N , Rino Pedro.
Hospital J.P.Garrahan ,Buenos aires, Argentina. botoanabella@live.com.ar

Introducción

La simulación es una estrategia educativa en expansión donde se pueden entrenar las competencias requeridas del equipo de salud. Su implementación es importante dado que brinda un espacio para la adquisición de destrezas y habilidades y comunicación asertiva.

El soporte respiratorio mediante Cánula nasal de alto flujo (CNAF) consiste en la entrega de aire y/o oxígeno calentado y humidificado a través de una cánula nasal con un aporte habitual de la mezcla gaseosa de 2 l/kg/min. Se plantea que la aplicación temprana y oportuna de este abordaje brinda beneficio terapéutico.

Metodología y resultados

Se realizó un estudio descriptivo de una experiencia de enseñanza de CNAF mediante simulación en un "Centro de Simulación" y Servicio de Emergencia dirigido a médicos y enfermeros del Servicio de Emergencias durante el período de Junio a Noviembre del año 2017. Los objetivos fueron describir la implementación de la simulación clínica en el reconocimiento de pacientes con criterios de ingreso a CNAF, armado, colocación de CNAF e identificación de éxito o fracaso y describir satisfacción de los participantes post la simulación clínica y en su actividad asistencial.

Se desarrolla a través de clases, videos y bibliografía en el campo virtual del hospital que los participantes deben estudiar previo a concurrir al escenario de simulación clínica y luego responder una evaluación con preguntas de opción múltiple. En el centro de simulación, se evalúa a través de una lista de cotejo las competencias adquiridas y finalizada la actividad realizaron una encuesta de satisfacción personal tipo Likert. En la fase II (in situ), se reevalúa a los participantes con la misma lista de cotejo y una nueva encuesta de satisfacción.

Participaron 27 enfermeros y 7 médicos. Los cuales respondieron a la encuesta de satisfacción post simulación que el 94% le sirvió mucho, el 85% se sintió muy cómodo y el 94% le ayudó mucho a mejorar el trabajo en equipo y comunicación. Luego de realizada su actividad asistencial, el 91% de los participantes consideró que le sirvió. El 94% de los participantes fueron evaluados con lista de cotejo en centro de simulación e in situ. De los cuales, el 100% de los mismos realizaron satisfactoriamente la actividad en ambos escenarios.

Conclusión

La simulación surge en las últimas décadas como una herramienta pedagógica que complementa la formación tradicional, generando un espacio seguro y sin riesgos que permite una mejora en la calidad de asistencia.

TRABAJO Nº21

IMPACTO DE LA ESTANDARIZACIÓN DEL USO DE FÁRMACOS EN SITUACIONES CRÍTICAS SOBRE ERRORES DE MEDICACIÓN EN LA SALA DE REANIMACIÓN DE EMERGENCIAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Autores Boto A ; Lic. Lorenzini L ; Rino P

Hospital J.P.Garrahan , Buenos Aires, Argentina.botoanabella@live.com.ar.

Introducción: Los errores de medicación (EM) causan una elevada morbi-mortalidad y generan costos innecesarios al sistema de salud. El área de Emergencias presenta un alto riesgo de error debido a sus características y dinámica. En este contexto el desarrollo de una herramienta que estandarice el uso de fármacos en situaciones críticas podría mejorar la seguridad y optimizar el proceso de medicación en la SR.

Objetivos: Evaluar el impacto del uso de tablas de medicación (TM) en los EM durante la atención de situaciones críticas en la SR en un hospital pediátrico de tercer nivel.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio de tipo antes y después no controlado.

Intervención: Se desarrollaron TM. Se realizó inducción del uso de la herramienta .Se relevó in situ la prescripción, preparación y administración de fármacos incluidos en las TM, durante segunda quincena de Octubre y mes de Noviembre 2016, previo a la implementación de la herramienta y en junio 2017 luego de realizar una prueba piloto de 3 meses de duración (marzo, abril y mayo 2017). Para ambos períodos se registraron los EM y se categorizaron de acuerdo a la etapa del proceso en que ocurrieron en: errores de prescripción, preparación o administración.

Resultados:

Variable (n)	Antes (49)	Después (48)	
Registros con al menos un EM % (n)	61,22 (30)	16,67 (8)	
Error de prescripción % (n)	28,57 (14)	4,17 (2)	
Error de preparación % (n)	30,61 (15)	8,33 (4)	
Error de administración % (n)	32,65 (16)	8,33 (4)	
	Error de medicación		
	Prescripción	Preparación	Administración
Reducción relativa del error (%)	85,40	72,79	74,49
NNT	4	5	4

El 29,17% (14) de los registros post-implementación no siguió la recomendación de la TM en alguna de las etapas. El 57,14% (8) tenía al menos un error.

Se observa que los EM disminuyen claramente, evitando 1 error por cada 4 prescripciones realizadas, 5 fármacos preparados y 4 administrados.

Conclusión: De acuerdo a los resultados obtenidos consideramos que la implementación de TM para la estandarización en el proceso de medicación en la SR tuvo un impacto positivo, siendo necesario trabajar en un período de consolidación para continuar las mejoras en la atención de los pacientes.

TRABAJO Nº22

IMPLEMENTACIÓN DE MEJORAS EN PROCEDIMIENTOS DE SEDOANALGESIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

Boto A, Hernandez E, Casais G, Hualde G, Lorenzini L ,RinoP

Hospital J.P. Garrahan , Buenos Aires Argentina. botoanabella@live.com.aro

INTRODUCCIÓN: En gran parte de Latinoamérica, existen dificultades en el abordaje de la sedoanalgesia; de manera lenta pero progresiva existe una concientización en el manejo del dolor. Con el objetivo de realizar los procedimientos de sedoanalgesia (PSA)en un ambiente seguro y comfortable para el paciente y su familia se incluyeron distintas medidas de mejora.

METODOLOGÍA Y RESULTADOS: En el servicio de emergencias de un hospital de tercer nivel se desarrolló un estudio descriptivo, retrospectivo/prospectivo entre el uno de octubre y el 30 de noviembre del 2016 y en igual periodo 2017. Se revisó la antigua hoja de protocolo de PSA y se trabajó en la mejora de la nueva. Se incluyeron nuevas estrategias no farmacológicas y farmacológicas Se realizó una revisión de registros en historias clínicas, libros de procedimientos, y hojas de protocolo, de: datos demográficos, tipo de procedimiento diagnóstico o terapéutico y utilización de sedoanalgesia . Se analizaron 250 registros totales; 123 en 2016 y 127 en 2017. Durante el periodo 2016 la mediana de edad fue 56 meses con un rango 1 a 192 meses y en 2017 la mediana de edad fue 44 meses con un rango 1 a 229 meses. En el período del 2016 se registraron 17,3 % de procedimientos diagnósticos (100% punción lumbar), 82,7% fueron terapéuticos (92% suturas). En 2017, 36% de los procedimientos fueron diagnósticos (100% de punción lumbar) y el 64 % fueron terapéuticos (49% de suturas y 5.5% de drenaje de abscesos). En el 2016 se efectuó PSA en el 31,5 % de los procedimientos mientras que en el 2017 en 44,8%. Se desarrollan medidas de mejora distribuidas en las tres etapas pre PSA, PSA propiamente dicho y pos PSA. Se efectuaron mejoras en lista de verificación de materiales, protocolo de atención, lista de verificación pre PSA, valoración de la sedoanalgesia en el PSA propiamente dicho, se implementaron nuevas estrategias no farmacológicas: tableta, televisión, certificado de valentía, etc. Y dentro de las farmacológicas se fomentó la utilización de las vías de administración intranasal y oral y se confeccionó una tarjeta de medicación de sedoanalgesia con todas las drogas disponibles (dosis , dosis máxima , indicaciones , contraindicaciones y efectos adversos) y pos PSA se entregan a los padres un recordatorio pre impreso con las pautas de alarma. Se incorporó la docencia en sedoanalgesia a través de talleres de simulación para el equipo de salud de la Emergencia.

CONCLUSIONES: Observando la debilidad en los registros de los PSA nos planteamos mejoras y continuar el aumento en la concientización del dolor y su tratamiento, así como el cumplimiento del protocolo y las medidas de mejora elaboradas.

TRABAJO Nº23

SIMULACIÓN CON VENTILACIÓN NO INVASIVA EN UNA UNIDAD DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICA.

Boto A, Reinoso G, Bonduel N, Rino P, Vassallo JC.

Hospital de Pediatría J.P Garrahan, Servicio de Emergencias-CESIM. Buenos Aires , Argentina. botoanabella@live.com.ar

Introducción: La simulación es una estrategia educativa en expansión. La utilización de la Ventilación No Invasiva (VNI) es una técnica aceptada de soporte ventilatorio mecánico en pediatría. Es relevante evaluar no solo la incorporación de nuevas técnicas de asistencia respiratoria en el laboratorio de simulación sino también su impacto en la práctica clínica

Objetivos: Describir la capacitación en técnica de VNI con estrategias basadas en simulación, evaluar la satisfacción de los practicantes y el impacto de la transferencia del aprendizaje en la práctica asistencial.

Metodología: Se realizó un estudio *descriptivo, prospectivo* sobre utilización de VNI mediante simulación en el "Centro de Simulación" (Cesim) y el Servicio de Emergencias (SE) de un Hospital de tercer nivel, de 13 médicos durante el período de Noviembre del 2017 a enero del 2018.

La capacitación consistió en una actividad a distancia previa a través de la lectura de recurso instruccional en el Campus Virtual del Hospital, con una clase teórica, videos de armado y colocación de VNI, bibliografía recomendada , una evaluación obligatoria tipo opción múltiple con 6 preguntas y una actividad presencial en CESIM de dos horas de duración con prácticas de habilidades durante 75 minutos con resolución de casos clínicos, y finalmente un caso integrador en escenarios alta fidelidad. El desempeño en la práctica asistencial con pacientes (in situ) fue evaluado mediante una lista de cotejo.

Resultados : Los 13 médicos que participaron aprobaron la actividad virtual y presencial en el CESIM.

En la evaluación de opción múltiple todos contestaron correctamente las 6 preguntas, salvo uno que no supo identificar cuál es la interfase y rama de la VNI que requiere agregar whysper.

En el in situ el 80% realizó una práctica adecuada y segura para los pacientes según lista de cotejo. Se observó en un 20% pobre desempeño en la sedoanalgesia según normas del servicio , y un 10% no le colocó al paciente una de vía periférica para el traslado a la unidad de terapia intensiva.

El 100% de los participantes manifestaron en una encuesta tipo Likert que la actividad les sirvió en gran medida para su actividad asistencial.

Conclusión

La capacitación del equipo de salud basada en simulación permite adquirir competencias específicas en nuevas técnicas de soporte respiratorio como la VNI. Explorar la transferencia de estas estrategias en la práctica asistencial permite confirmar su utilidad e identificar área de mejora.

TRABAJO Nº24

ENCEFALOMIELITIS AGUDA DISEMINADA ASOCIADO A VIRUS INFLUENZA COMO DIAGNÓSTICO DE STATUS CONVULSIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Ceballos DH, Pezoa AC, Contreras L, Concha I.

Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile - dhceballos@uc.cl

Introducción: La encefalomiélitis aguda diseminada (ADEM) es una enfermedad desmielinizante del sistema nervioso central que afecta a menores de 10 años. La patogenia no está del todo clara, pero se plantea una sensibilización de linfocitos contra el tejido encefálico debido a una reacción cruzada contra antígenos infecciosos, incluyendo virus respiratorios o agentes de inmunización. El resultado es una encefalopatía asociada a un déficit neurológico multifocal como ataxia, parestias, neuritis óptica u otras neuropatías craneales. Los criterios diagnósticos incluyen inicio agudo de signos neurológicos acompañados de encefalopatía, evidencia en resonancia magnética cerebral (RNM) de una o más lesiones desmielinizantes múltiples, excluyendo otras causas.

Caso Clínico: Se presenta un paciente de 8 años, con antecedente de acidosis tubular renal tipo IV, que consulta en urgencia por cuadro de 10 días de evolución de cefalea frontal moderada y dolor ocular, sin focalización neurológica, con respuesta parcial a antiinflamatorios no esteroideos, acompañado de coriza y sensación febril de 2 días. Al examen físico, sin focalidad neurológica ni signos meníngeos y fiebre de 38.7°C con test rápido para influenza negativo. Se indica analgesia y control ambulatorio. Doce horas después, reconsulta por persistencia de cefalea, sin cambios en examen neurológico ni dolor al momento de la evaluación. Se solicita tomografía computada (TAC) de cerebro y cavidades paranasales sin contraste, sin hallazgos patológicos, por lo que se mantiene plan. 24 horas después, presenta cefalea ictal con rápido compromiso de conciencia (CC). Ingres a Glasgow 4, nistagmus horizontal y clonía de mano izquierda. Se administran 2 dosis de benzodiacepinas. Se realiza nuevo TAC de cerebro sin contraste, que muestra hipodensidad en tálamo medial y dorsal izquierdo sugiriéndose realizar una RMN para complementar. Dado persistencia de CC se intuba y hospitaliza en unidad de paciente crítico. Al laboratorio destaca leucocitosis leve, acidosis respiratoria, punción lumbar normal, panel respiratorio molecular positivo para Influenza A. y RMN de cerebro con neuritis óptica bilateral y lesión talámica izquierda de aspecto inflamatorio, sugerente de ADEM.

Conclusiones: ADEM es una patología infrecuente. Se describe su asociación a virus respiratorios, destacando su asociación con influenza como en este caso. La TAC a menudo es normal sin lograr caracterizar adecuadamente las lesiones desmielinizantes propias de esta patología.

TRABAJO Nº25

SINDROME DE WEIL EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS

Hernández E, Boto A, Alvarez B, Echeveste J

eugeniahernandez.85@gmail.com

Hospital de Pediatría J. P. Garrahan. Buenos Aires Argentina

Introducción: La leptospirosis es una zoonosis de amplia distribución mundial pero predominante en climas subtropicales y tropicales . El 90% de los casos de leptospirosis tienen una forma de presentación anictérica; el 10% restante se presenta como Síndrome de Weil, caracterizado por fiebre icterico hemorrágica con diferentes grados de compromiso sistémico. La incidencia mundial es de 500.000 nuevos casos por año, con una mortalidad del 10%.

Objetivos: Reconocer el Síndrome de Weil como diagnóstico diferencial de sepsis de la comunidad

Metodología: Revisión de historias clínicas de un hospital pediátrico de tercer nivel de atención en los últimos 7 años hallándose dos pacientes con diagnóstico de síndrome de Weil.

Resultados y discusión: Ambos pacientes se presentan con cuadro compatible con shock séptico de la comunidad, la atención se realiza siguiendo las recomendaciones de PALS y ACCM.

El paciente del CASO 1 evoluciona satisfactoriamente, resuelve el cuadro de shock séptico.

El paciente del CASO 2 evoluciona con falla múltiple de órganos y CID. Luego evoluciona favorablemente.

Conclusiones: Las formas graves de leptospirosis deben ser tenidas en cuenta como diagnóstico diferencial de sepsis de la comunidad. Al realizar el diagnóstico etiológico se hace posible la prevención primaria y secundaria mediante la denuncia obligatoria.

TRABAJO Nº26

INTOXICACION POR DROGAS DE ABUSO EN PEDIATRIA.

¿Cuándo sospecharlo?

Autores: Alvarez M B, Boto A, De Pinho S, Echeveste J, Hernandez E, Zlotogora A
Hospital de Pediatría “Prof. Dr. J.P.Garrahan”, Buenos Aires, Argentina.
eugeniahernandez.85@gmail.com

INTRODUCCION: los signos y síntomas de intoxicación por drogas de abuso constituyen un motivo de consulta en las unidades de Emergencias que pueden ser comunes a patologías frecuentes en la infancia y adolescencia.

Algunas de las patologías prevalentes en la infancia y adolescencia de consulta frecuente en las unidades de Emergencias tienen una presentación clínica que requiere diagnostico diferencial con intoxicación por drogas de abuso.

METODOLOGIA: se revisaron las historias clínicas de los pacientes de 0 a 18 años en el periodo de 2013-2018 que tuvieron búsqueda de tóxicos en orina positivo para drogas de abuso en un Hospital pediátrico de tercer nivel.

RESULTADOS: se encontraron 13 pacientes con resultados en orina positivos. Entre ellos, 10 presentaron signos o síntomas neurológicos tales como: vómitos, alteración del nivel de consciencia, temblor, espasmos musculares, cambios de conducta, ataxia, y diplopía. Los restantes se encontraban asintomáticos. Mas del 90% fueron intoxicaciones accidentales. En 4 casos la exposición a los tóxicos era crónica.

CONCLUSIONES: es fundamental en todo paciente con sintomatología neurológica de etiología dudosa sospechar la intoxicación por drogas de abuso ya que requiere un tratamiento diferencial y abordaje multidisciplinario.

TRABAJO Nº27

PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LA DIABETES Y SUS COMPLICACIONES AGUDAS EN UN SERVICIO DE URGENCIA PEDIÁTRICO PRIVADO.

Dra. Perera L, Dra. González N,
Montevideo. Uruguay.
luciaperera27@gmail.com

Dentro de las complicaciones agudas de la diabetes mellitus destacamos las complicaciones hipoglucémicas y las complicaciones hiperglucémicas (hiperglucemia con o sin cetosis, que si no son tratadas en forma adecuada, evolucionan a cetoacidosis diabética)

Objetivo general: Describir las características clínicas y epidemiológicas del debut y/o descompensación diabética en un grupo de pacientes asistidos en una Institución de Asistencia Médica Privada de Montevideo, Uruguay

Metodología: Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo, incluyendo todos los pacientes menores de 15 años con diagnóstico de debut diabético o descompensación aguda de su enfermedad ya conocida, asistidos en el Servicio de emergencia pediátrico de CASMU, durante un período de 4 años.

Análisis Estadístico: Las variables cualitativas se muestran con distribuciones de frecuencias y las cuantitativas con medidas de resumen. La comparación se realizó con test de χ^2 , exacto de Fisher, y test de t, considerando un nivel de significación del 5%.

Resultados: Se analizaron 24 consultas: 67 % fueron debut diabético, 33% descompensaciones agudas. 47% fueron niñas y 53% varones. La media de edad fue de 9,3 y el desvío de 4,2 años. En el grupo con debut (n=16) la media fue $8,3 \pm 4,1$; mientras que en el grupo de descompensación (n=8) fue $11,2 \pm 3,9$. No se encontró diferencia significativa ($p=0,122$). La forma de presentación más frecuente del debut fue la hiperglucemia con cetosis (37,5 %), y dentro de las complicaciones la cetoacidosis moderada (37,5%). No se observa asociación entre el debut o descompensación y la forma de presentación clínica ($p=0,083$). 92% de los pacientes recibieron tratamiento adecuado. No hubo edema cerebral como complicación, ni muertes. 12 % fueron trasladados a cuidados intensivos, 83% continuaron su tratamiento en sala de internación.

Conclusiones: De las consultas en el servicio de urgencia por diabetes, dos terceras partes son por debut, y el resto por descompensaciones agudas.

El 92% recibieron tratamiento adecuado; es de fundamental importancia de contar con pautas de tratamiento escritas para cada servicio. No se presentaron complicaciones graves como edema cerebral, ni muertes.

TRABAJO Nº28

Evaluación del manejo avanzado de la vía aérea en un departamento de emergencia pediátrica

Céspedes L, Morilla L, Pavlicich V.

Introducción La intubación endotraqueal en pacientes críticamente enfermos es un procedimiento de alto riesgo que requiere significativa competencia en el manejo de la vía aérea. Es necesario conocer las habilidades de los médicos de emergencia en el manejo avanzado de vías aéreas y de vías aéreas difíciles (VAD).

Objetivo: Describir el manejo avanzado de vías aéreas y VAD en un departamento de emergencia pediátrica

Materiales y métodos: Estudio observacional, descriptivo y prospectivo en pacientes de 0 a 18 años que requirieron intubación orotraqueal en el periodo epidémico respiratorio. Se aplicó un protocolo y se evaluó: diagnóstico fisiopatológico, prevalencia de VAD, uso de SIR, herramienta utilizada para la intubación, tiempo de intubación, intentos, operador, y complicaciones. Se definió éxito al paciente intubado en dos intentos.

Resultados: Se analizaron 39 pacientes, edad media 20.1 (\pm 39.6) meses, diagnóstico fisiopatológico: falla respiratoria 56.4 %, falla cardiorrespiratoria 33.3%, shock descompensado 5,1% y disfunción del SNC 5,1%. Se identificó VAD en 17.9% pacientes. Se realizó SIR en (37/39): 94.8%. Fueron intubados por laringoscopia convencional el 100%. El tiempo de intubación 4 (1-43) minutos. En el primer intento: 51.3%, Segundo intento: 69.2%. Frecuencia del primer operador: Emergentólogo: 49 %, Fellow de emergencia: 41%, pediatra: 7.7 % e intensivista: 2,6 %. El éxito global fue de 70%. El éxito por operador: Emergentólogo: 21/34 (61,7 %), fellow de segundo año de emergencia 5/8 (62.5), fellow de primer año de emergencia 3/9 (33,3%) pediatra 2/3 (66%) y anestesiólogo 1/2 (50) por ciento respectivamente. La media del número de intentos fue 2.18 (\pm 1.7). Se realizó cambio de operador en 12 oportunidades. Complicaciones 14/39: Desaturación < 80%: 20.5% y < 70% 15.4%.

Conclusión: La presencia de vía aérea difícil se presentó con relativa frecuencia. A pesar que todos los operadores son especialistas entrenados, existe un porcentaje de pacientes que generan la necesidad de anticipar tal dificultad. Por otro lado existió dificultad en pacientes en los que no presentaban indicadores de VAD.

USO DEL CANULA NASAL DE ALTO FLUJO EN EL TRATAMIENTO DE LA BRONQUIOLITIS VIRAL AGUDA MODERADA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS - SERIE DE CASOS

Schäfer S, Jr Gross M, Lago PM, Santana JC, Biondo GF, Zandoná B, Maya LF
Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Porto Alegre
miltus.jr@gmail.com

INTRODUCCIÓN: El canula nasal de alto flujo (CNAF) es una modalidad de soporte respiratorio no invasiva, que ofrece una mezcla de gases térmicos y totalmente húmedos para el paciente por medio de una cánula nasal. Su principal indicación, son los pacientes con bronquiolitis viral aguda que presentaron señales de dificultad respiratoria moderada.

OBJETIVO: Describir la utilización de catéter nasal de alto flujo (CNAF) en el servicio de urgencias pediátricas, durante un periodo de 1 año.

METODOLOGÍA: Estudio de una serie de casos de 28 pacientes menores de 1 año de edad, con diagnóstico de bronquiolitis viral aguda moderada, que fueron hospitalizados en el servicio de urgencias pediátricas desde abril de 2017 hasta mayo de 2018, y que utilizaron catéter nasal de alto flujo. Los datos fueron obtenidos mediante la revisión de historia clínica electrónica. Las variables estudiadas fueron: Edad, comorbilidades, investigación viral, tratamiento antimicrobiano, necesidad de sedación, tiempo de uso del catéter nasal de alto flujo, necesidad de hospitalización en la unidad de terapia intensiva pediátrica (UTIP) y ventilación mecánica.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN: La media de edad fue de 4 meses con un peso medio de 6500 gramos. El primer episodio de broncoespasmo fue registrado en 22 (79%) pacientes. Todos realizaron rayos x de tórax y en 16 (56%) de ellos fue iniciado antibioticoterapia por neumonía asociada a bronquiolitis viral. El principal virus aislado fue el sincitial respiratorio con 9 casos, seguido de parainfluenza tipo 3, con 2 casos. Nueve (32%) de los 28 pacientes presentaron comorbilidades asociadas principalmente a prematuridad y cardiopatías congénitas. Las indicaciones para el uso del catéter nasal de alto flujo, se basaron en parámetros clínicos como tirajes subcostales e intercostales moderados, aleteo nasal, taquipnea y saturación menor de 92%. La media de tiempo entre el inicio de los síntomas y el inicio de la terapia con catéter nasal de alto flujo fue de 4,7 días, con un promedio de 5 días de uso. Apenas 6 (21%) de los 28 pacientes fueron transferidos para UTIP; Ningún paciente necesitó de intubación endotraqueal para soporte ventilatorio. Solamente 2 pacientes requirieron de sedación. El tiempo promedio de internación hasta la salida fue de 9,5 días. No se presentó ninguna muerte durante el presente estudio.

CONCLUSIÓN: El catéter nasal de alto flujo se mostró como una buena herramienta en el tratamiento del bronquiolitis viral aguda moderada en niños menores de 1 año de edad en el ambiente intrahospitalario del servicio de urgencias pediátricas,

REMOCIÓN AÉREA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE TRAUMA

Perfil de los pacientes atendidos en la Región Metropolitana de Campinas

Colbachini PCM, Fraga AMA, Reis MC, Sarti L

Universidad Estatal de Campinas, Campinas-SP, Brasil

Reseña: La disponibilidad de la remoción aérea de pacientes víctimas de trauma en nuestra región es reciente y viene siendo empleada con frecuencia. Si por un lado garantiza la rápida llegada del equipo médico al lugar, por otro implica diversos riesgos al equipo y al paciente, puede sobrecargar determinados servicios de referencia y presenta mayores costos operacionales. Es importante entonces evaluar su impacto real en la evolución de los pacientes. Las casuísticas internacionales muestran resultados conflictivos y en nuestro medio los cuestionamientos son aún mayores, ya que tales estudios son escasos en Brasil, principalmente en la población pediátrica.

Nuestro objetivo fue trazar un perfil de los pacientes con 18 años o menos, atendidos por el rescate aéreo en la Región de Campinas correlacionando sexo y edad, características y gravedad del trauma con la evolución del paciente. El objetivo de ese estudio es tener el perfil epidemiológico de esos pacientes, intentando determinar el grupo poblacional que más se beneficiaría del rescate aéreo.

Metodología: se realizó análisis retrospectiva transversal de los pacientes con 18 años o menos, víctimas de trauma, atendidas por el rescate aéreo del Grupo de Rescate y Atención a las Urgencias y Emergencias de Campinas y transferidos al Hospital de las Clínicas de la UNICAMP. Se analizaron 55 registros y se obtuvieron datos referentes al sexo, edad, tipo de trauma y su gravedad (definida de acuerdo con el *Injury Severity Score*). Los datos fueron correlacionados con mortalidad, necesidad de internación en unidad de terapia intensiva, complicaciones SDRA, infección de heridas, neumonía y sepsis), tiempo de internación hospitalaria y condiciones de alta.

Resultados: De los 55 pacientes analizados, el 78,2% eran del sexo masculino, con media de 11,7 años. El tipo de trauma más prevalente fue la colisión vehicular (32,5%). La mortalidad encontrada fue del 17%, siendo más prevalente en los traumas graves (ISS > 24) y en los casos implicando TCE. 64,7% de los pacientes necesitaron internación en unidad de terapia intensiva (media de 10,4 días). El tiempo medio de internación fue de 16 días. El valor medio del ISS fue de 25,3. TCE estuvo presente en el 51% de los casos, seguido de trauma grave en los miembros inferiores (40%). La prevalencia de *overtriage* (ISS <9) fue del 19,2%, similar a la encontrada en la literatura, pero cuando analizamos solamente a los pacientes < 15 años, esta prevalencia aumenta al 25,8% de los casos.

Conclusión: la remoción aérea tiene un importante papel en el rescate de pacientes pediátricos víctimas de trauma y el perfil de estos pacientes sigue el perfil de los traumas pediátricos en general (adolescentes, masculinos, víctimas de trauma automovilístico). Mejores protocolos para indicar el empleo de la aeronave en el rescate de niños menores de 15 años son necesarios, ya que el supertraje es alto en ese grupo de edad. Nuevos estudios, principalmente comparando la clasificación de gravedad pre e intra hospitalaria, y comparación con resultados en los casos transportados vía terrestre, pueden traer soluciones.

TRABAJO Nº31

VOMITOS COMO FORMA DE PRESENTACION DE UN TUMOR CEREBRAL A PROPOSITO DE UN CASO

Adaime V, Parodi V, Iglesias D

Hospital Policial, Montevideo, Uruguay

mariaveronicaadaime@gmail.com

Objetivo: Se presenta un caso clínico de un escolar portador de una neoplasia cerebral primaria, con una presentación clínica poco frecuente.

Introducción: Los tumores primarios del Sistema Nervioso Central constituyen la segunda causa de neoplasias malignas en la edad pediátrica. Los gliomas comprenden un grupo heterogéneo de tumores derivados de las células gliales. En la edad pediátrica forman el conjunto de tumores primarios más frecuentes del sistema nervioso, representando el 71 % de los tumores intracraneales en los pacientes menores de 9 años.

Van desde tumores de bajo grado hasta tumores extremadamente malignos. Los síntomas y signos dependen del área cerebral que comprometan, siendo los más frecuentes cefaleas, torticolis, alteraciones del comportamiento, convulsiones y alteraciones visuales entre otros.

El tratamiento está basado en la combinación de cirugía, radioterapia y quimioterapia. Los gliomas de alto grado son agresivos y tienen una expectativa de vida corta.

Observación clínica: Paciente de 6 años, de sexo masculino, sano, que consulta en tres ocasiones durante siete días por presentar vómitos esporádicos de alimento, precedidos de náuseas, no en chorro, sin elementos anormales, sin relación con las ingestas. No acompañados de cefaleas ni trastornos del comportamiento. Sin otra sintomatología significativa.

Examen físico dentro de parámetros normales al inicio. Relevo infeccioso y metabólico sin alteraciones. Ecografía abdominal normal. Ingresa para completar estudios, agregando tendencia al sueño y cefaleas.

La Tomografía Computada de cráneo informa tumoración en hemisferio parietal derecho con efecto de masa que desplaza la línea media.

A las 24 horas se realiza resección quirúrgica. La biopsia informa tumor maligno glial de alto grado.

Discusión: Se trata de una presentación inicial atípica de un tumor maligno del sistema nervioso central de mal pronóstico.

TRABAJO Nº32

TRAUMATISMO PENETRANTE EN REGION INGUINAL A PROPOSITO DE UN CASO CLINICO.

García E, Parodi V, Iglesias D.

Hospital Policial, Montevideo, Uruguay.

emigarcia06@gmail.com.

Objetivo: Se presenta el caso clínico de un motivo de consulta frecuente como es el trauma, que puede presentar complicaciones que debemos saber diagnosticar y tratar en forma agresiva y precoz, para lograr un buen resultado.

Introducción: El traumatismo penetrante en región inguinal puede comprometer vasos sanguíneos y provocar una hemorragia importante, por lo que es necesario una correcta valoración e interconsultas con especialistas para detener el sangrado y disminuir las complicaciones. En los niños mayores el shock hipovolémico secundario a trauma es el predominante.

Observación clínica: Adolescente de 12 años, sexo masculino que sufre caída en bicicleta con herida penetrante en región inguinal izquierda generada por el manubrio. Consulta en centro periférico, al ingreso: Glasgow de 15, palidez cutánea, sudoroso, tiempo de recoloración 3 segundos, PA 80/40 mmHg, CV frecuencia cardíaca 100 cpm, a nivel inguinal izquierdo herida penetrante abierta con sangrado detenido. Resto del examen normal.

Se realiza cura compresiva, VVP, SF 1000cc a chorro y analgesia con Ketoprofeno. Se realiza traslado a Hospital, al ingreso examen físico GSC 15, palidez cutánea, tiempo de recoloración 3 segundos, PA:100/60mmHg, CV frecuencia cardíaca 85 cpm, en región inguinal izquierda herida penetrante abierta con sangrado detenido, pulsos femoral y pedio positivo pero débil. Se reitera carga de SF. Se realiza paraclínica y consulta con cirujano de guardia que realiza sutura sobre herida de piel y solicita Eco Doppler: estudio compatible con oclusión arterial del trípede femoral, post-traumatismo.

Valorado por cirujano vascular plantea traumatismo arterial con vasoespasmo o trombosis femoral por lo que se decide exploración quirúrgica, comprobándose lo segundo.

Discusión: se trata de un caso clínico que presenta una complicación que debe ser identificada y tratada rápidamente por su gravedad.

ESCOMBROIDOSIS A PROPOSITO DE UN CASO

Goycoechea M. Basika J.Parodi v. Iglesias D.

Mvgoyco@yahoo.com

Hospital Policial, Montevideo, Uruguay.

Objetivo: Presentar caso clínico poco frecuente en la población pediátrica en nuestro país sobre un tipo de intoxicación alimentaria analizando comportamiento.

Introducción: La Escombroidosis es la intoxicación por pescado más frecuente del mundo. Producida por consumo de pescados de la familia Scombridae (ejemplo el Atún), así como otros no escómbridos que han perdido la cadena adecuada del frío. Se produce por la proliferación de enterobacterias que mediante degradación de histidina produce concentraciones elevadas de histamina dando como resultado un síndrome histaminérgico. Las manifestaciones clínicas son náuseas, vómitos, diarrea, palpitations, taquicardia, eritema cutáneo e inyección conjuntival. No hay casos descritos de anafilaxia frecuente.

Observación Clínica: varón 12 años, sano, niega alergias, consulta en Emergencia por Eritema y prurito en rostro post ingesta copiosa de atún que noto picante 1 hora previa. Refiere prurito en rostro y tórax, sensación de ardor lingual, no disnea, no vómitos, no diarrea, no fatiga, no disfonía, ni sialorrea. Hermano ingirió el mismo alimento, presentando misma sintomatología, en menor intensidad.

Traen consigo producto ingerido que se encuentra en fecha. Al ingreso en emergencia: lúcido, TAX36. FR 24rpm FC86 cpm SATo2 100% VEA bien hidratado y perfundido, hiperemia conjuntival, lengua húmeda, destacándose eritema en rostro y torso hasta línea mamilar con prurito, no lesiones hemorragiparas. Sin edemas.

Se administran corticoides iv, antihistamínico vía oral. Paciente, se realiza interconsulta con Centro de Toxicología CIAT, por sospecha de intoxicación alimentaria se notifica escombroidosis. Se realiza Denuncia a MSP, con mejoría total y progresiva del cuadro. Alta a domicilio con antihistamínicos vía oral.

Discusión: caso poco frecuente en pediatría probablemente subdiagnosticado que con tratamiento oportuno con antihistamínicos H1 en los casos leves, y adrenalina en los que exista inestabilidad hemodinámica en la mayoría de los pacientes la clínica remite, como en nuestro paciente.

**NEUMONITIS QUIMICA POR ASPIRACION EN ADOLESCENTE SANO
CASO CLINICO**

Berriolo S, Ibarzabal S, Parodi V, Iglesias D.

Hospital Policial Montevideo-Uruguay sofiaberriolo@hotmail.com

Introducción Los accidentes son la principal causa de mortalidad en la infancia. Los más frecuentes son los producidos por traumatismos, cuerpos extraños, intoxicaciones y quemaduras. Las intoxicaciones por aspiración no son fenómenos raros, aislados, sino algo cotidiano sobre todo en niños prescolares. Dentro de sus consecuencias se encuentra la neumonitis química que implica una inflamación pulmonar causada por la inhalación de sustancias tóxicas que desencadenan una respuesta inflamatoria, requiriendo un diagnóstico y terapéutica precoz.

Objetivo Caracterización de un caso clínico sobre la ingesta de un compuesto potencialmente tóxico que se encuentra frecuentemente al alcance de los niños.

Metodología: Se realiza revisión de una historia clínica previo consentimiento informado verbal. Se presenta el caso clínico de una adolescente de 11 años con ingesta accidental de un medio líquido contenido en el protector de celular; siendo sus principales componentes el etilenglicol y el cobre. El diagnóstico de neumonitis química se basó en la clínica y el antecedente del episodio asfíctico con imagen radiológica sugestiva. Al ingreso presentaba tos, fiebre y disconfort en hemitorax derecho. Se realiza fibrobroncoscopia que no evidencia alteraciones y cupremia por el posible compuesto metal de la purpurina, cuyo valor se encontraba en rango normal. Valorada en conjunto con equipo de toxicología, se desconocen antecedentes de intoxicación por este compuesto. La paciente presenta una evolución favorable y es dada de alta sin complicaciones.

Resultados y discusión: Se expone la susceptibilidad de la población infantil a este tipo de sustancias tóxicas que se encuentran en el mercado sin advertencias claras de la misma.

Conclusiones: se destaca la necesidad de reforzar los programas preventivos y el acceso de los niños a sustancias tóxicas a fin de evitar los accidentes en la infancia.

TRABAJO Nº35

IMPACTO DE LA SIMULACIÓN CLÍNICA COMO METODOLOGÍA DE MEJORA PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO EN LA EMERGENCIA

Autor: Mota C.

Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral, Santo Domingo, República Dominicana.

Introducción: La sala de Emergencia establece el primer contacto entre el paciente y el hospital. Es aquí donde se recibe los pacientes cuyo estado de salud es crítico; de ahí es necesario contar con un personal entrenado y en sus máximas capacidades para ofrecer una atención oportuna y completa. Para garantizar la atención, la simulación clínica se destaca como una herramienta idónea para la formación del personal médico que requiere no solo unos conocimientos teóricos y prácticos, sino también adoptar competencias relacionadas con el concepto actual de seguridad del paciente.

Objetivo: El objetivo de este trabajo es evaluar el impacto de la simulación clínica como metodología de mejora para la atención del paciente en la emergencia.

Material y Método: Se realizó un estudio observacional, analítico y transversal con los residentes que trabajaron en emergencia, que estuvieron asignados en los meses diciembre 2017– marzo 2018 mediante dos escenarios simulados. Se diseñaron dos documentos, el primero donde se evaluó a los residentes en trabajo en equipo y valoración del paciente crítico, un segundo documento donde se evaluó la percepción los residentes por medio de la escala de Likert sobre la simulación.

Resultados: Se evaluaron 8 grupos conformados 3 médicos residentes. 7 de los grupos de trabajos obtuvieron una puntuación de trabajo en equipo de 0 – 25 y un 12.5 (1) por ciento una puntuación de 25 – 50 en la primera simulación. En el segundo escenario simulado 50 por ciento (4) de los grupos obtuvieron una puntuación de 51-75, seguido de 37.5 por ciento (3) una puntuación de 76-100 en cuanto al trabajo en equipo. En cuanto al uso asertivo de los métodos de valoración, en la segunda simulación se expresa una mejoría, donde 5 grupos (62.5%) obtuvieron una puntuación de 76- 100 y 2 grupos (25%) obtuvieron de 51-75.

Todos los participantes concluyeron que se sienten satisfechos con el uso de simulación clínica, debido que consideran que es un complemento para su formación como profesionales y mejora su desempeño clínico.

Conclusiones: La simulación clínica mostró un impacto significativamente favorable como método de mejora para la atención del paciente crítico en la optimización del trabajo en equipo y asertividad en el uso de los métodos de valoración. Concomitantemente se percibió que la simulación clínica es un complemento esencial para la formación de los médicos residentes y mejora su desempeño clínico.

TRABAJO Nº36

INDICADORES DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN DEL TRAUMA DE CRANEO GRAVE EN LA EMERGENCIA PEDIATRICA.

Arevalo RV, Farias MM, Gordillo ME

Hospital de Niños Santísima Trinidad, Departamento Emergencias, Córdoba, Argentina
valeria_arevalo_17@hotmail.com

En las instituciones de salud mejorar la calidad asistencial requiere de herramientas que puedan medirla. Los “Indicadores de Calidad” (IC) evalúan aspectos concretos y específicos de la asistencia, ofreciendo información válida, fiable y objetiva, permiten identificar áreas de mejora y establecer comparaciones con un estándar o “meta a conseguir”

OBJETIVOS

Evaluar la atención de niños con Trauma de Cráneo Grave (TCG) en la Emergencia Pediátrica aplicando los Indicadores de Calidad (IC) de Procesos descriptos para esta patología.

METODOLOGIA

Revisión retrospectiva de Historias Clínicas (HC) de niños entre 1 mes y 14 años con TCG (Glasgow <9) asistidos en nuestro Departamento de Emergencia Pediátrica (DEP), entre Enero del 2012 a Diciembre del 2015. En cada paciente se estudiaron 15 IC de Procesos para TCG. Los resultados se expresan en porcentaje de pacientes en alcanzar el estándar y en medidas de tendencia central y dispersión para los IC relacionados con la variable tiempo.

RESULTADOS Y DISCUSION

Se estudiaron 57 pacientes con TCG, 19 mujeres y 38 varones, edad media 7 años ($\pm 4,5$ años). Mecanismos de trauma más frecuentes: caída de altura (35%), peatón atropellado (35%) y pasajero de vehículo en colisión (21 %). Requirieron cirugía 4 pacientes; fallecieron 4. Se analizaron 11 de los 15 IC iniciales, cuatro no pudieron ser evaluados por registros escasos (TC informada antes de 1 h de realizada) o por no estar relatada la situación patológica: hipotensión sistémica tratada antes de los 30 min, fiebre controlada por debajo 38.5°C, hipoxia tratada antes 30 min. Se alcanzó el estándar en el DEP en relación a: Vía Aérea (VA) definitiva al abandonar DEP, Inmovilización Cervical, Terapia Hiperosmolar por Hipertensión Endocraneana, Permanencia en DEP < 2 h (Tiempo medio 40,5 ± 3 min, rango 15 a 90 min) y Tomografía Computada (TC) de Cráneo antes de 1 h del ingreso (Tiempo medio 33min ± 3 min). Los IC en los que no se alcanzó el estándar del 100% fueron: VA definitiva antes de 10 min del ingreso, con el 77% (Tiempo medio 11 min ± 1 min) rango 5 a 25 min; Registros de TA (77%), FC (96%), Saturación de O₂ (91%) y T° corporal (66%); Respuesta del Neurocirujano antes de 30 min en 86% (Tiempo medio 35min ± 2 min).

CONCLUSIONES

La utilización de los IC de procesos en los pacientes con TCG nos permitió conocer en forma objetiva la calidad de la asistencia brindada a estos pacientes en nuestro DEP e identificar áreas de mejora de la misma.

TRABAJO Nº37

EPIDEMIOLOGIA DEL TRAUMA PEDIATRICO HOSPITALIZADO

Soria C, Ingaramo N, Chain E, Gordillo M E

Hospital de Niños Santísima Trinidad. Departamento Emergencias. Córdoba, Argentina

Mail: cecisorielgoyhen@gmail.com

Las injurias traumáticas son una importante causa de morbimortalidad pediátrica. Conocer su epidemiología es la piedra fundamental para establecer estrategias de prevención adecuadas y efectivas.

OBJETIVO: evaluar epidemiología y características del trauma pediátrico hospitalizado.

METODOLOGIA: estudio descriptivo, prospectivo de pacientes internados por traumas en Hospital Santísima Trinidad de Córdoba entre mayo 2016 y abril 2017.

RESULTADOS Y DISCUSION: se hospitalizaron 641 niños por traumatismos, no intencionales 97%. Varones 61 %, mujeres 39%, edad media 5 años y 9 meses (\pm 2meses), 23% en Diciembre y Enero, 33% jueves y viernes. Trauma único 77% y politrauma 23% (severidad 9,5% vs 33% $p < 0,0001$). Requirieron cirugía 37%, cuidados críticos 15%, falleciendo 1.24%. Ocurrieron en el hogar 56%, vía pública 22% y espacio público 21%; siendo severos 11%, 23% y 16% respectivamente ($p < 0,005$). Mecanismos principales: caídas menores 38%, de gran impacto 18%, accidentes tránsito (AT) 21%, por animales 6% , aplastamientos 4%, con severidad diferente según mecanismo ($p < 0,0001$). En AT, 58% fueron pasajeros (la mitad de moto), 22% peatones atropellados (auto y moto en igual proporción), bicicletas 20% (caídas 73%, atropelladas 27%). De 1a 4 años predominaron caídas, aplastamientos y por animales; en mayores 10 años, AVP ($p < 0,0001$).

CONCLUSIONES: Las injurias traumáticas fueron más frecuentes en varones, prescolares, verano, últimos días de semana, por caídas, en el hogar, no intencionales y con una sola región corporal afectada. El mecanismo se asoció significativamente con la edad; y la severidad con el lugar de ocurrencia, mecanismo y politrauma. Las motos tuvieron un papel destacado en los AT.

EVOLUCIÓN DE NIÑOS CON BRONQUIOLITIS MODERADA-SEVERA TRATADOS CON CÁNULAS NASALES DE ALTO FLUJO DE OXÍGENO.

Casais G, Rosa J, Bonduel N, Castagnasso M, Pereira G, Rino P.

gabycasais1212@gmail.com

Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan". C. A de Buenos Aires, Argentina.

INTRODUCCIÓN: La bronquiolitis representa una causa muy frecuente de consulta y hospitalización. Existen numerosos estudios sobre su tratamiento. El uso de cánulas nasales con una mezcla de aire y oxígeno calentado, humidificado y con alto flujo (CNAFO₂) podría reducir la necesidad de soporte respiratorio invasivo con ventajas clínicas y económicas. Se han divulgado resultados considerados exitosos con el tratamiento con CNAFO₂ pero aún continúan desarrollándose estudios en busca de una clara evidencia científica. **OBJETIVO:** Describir la evolución de una cohorte de niños menores de 2 años con bronquiolitis moderada-severa que recibieron tratamiento con CNAFO₂.

METODOLOGÍA: Estudio prospectivo, observacional y descriptivo de la evolución de una cohorte de niños entre 1 y 24 meses con bronquiolitis moderada-grave ingresados al Departamento de Emergencias (DE) de un hospital pediátrico de tercer nivel de atención de la C.A. de Buenos Aires entre 01/07/2017 y 14/09/2018 y tratados con CNAFO₂ desde la admisión o durante la estancia en el DE. Se incluyeron pacientes con bronquiolitis definida como primera o segunda presentación de dificultad respiratoria y sospecha de infección viral del tracto respiratorio con Score de Tal modificado ≥ 7 , y se excluyeron aquellos con claudicación respiratoria inminente aguda, depresión del sensorio, inestabilidad hemodinámica, apneas, atresia de coanas, obstrucción de vía aérea superior, sospecha o confirmación de cuerpo extraño en vía aérea, malformaciones craneofaciales, trauma facial o cirugías de nasofaringe, neumotórax, prematuridad, enfermedad crónica. La evolución fue evaluada en días de internación, días totales de oxigenoterapia, y buena o mala respuesta determinadas por falta de mejoría clínica, agravamiento clínico, necesidad de cuidados intensivos, ventilación mecánica no invasiva e invasiva, paro respiratorio y paro cardiorrespiratorio a las 2, 72 y después de las 72 horas del tratamiento con CNAFO₂. Los resultados se expresan en medianas y porcentajes.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN: Se reclutaron 194 niños. Ciento veintiuno (62%) eran varones, la mediana de edad fue 3,15 meses. Siete días fue la mediana de días de internación y la mediana de días totales de requerimiento de oxigenoterapia resultó 5,6 días. A las 2 horas de terapia con CNAFO₂ hubo 36 lactantes (19%) que no respondieron al tratamiento, mientras que 56 (29%) y 32 (17%) pacientes también presentaron mala evolución a las 72 y después de las 72 horas, respectivamente. No hubo fallecidos.

CONCLUSIONES: Esta es la primera experiencia de uso de CNAFO₂ en el tratamiento de bronquiolitis en el DE de nuestro hospital. Se realiza un informe preliminar sobre una alternativa terapéutica que podría contar con ciertas ventajas sobre el tratamiento estándar de la bronquiolitis en nuestra institución. Mejores conclusiones se obtendrán a partir de resultados comparativos con una cohorte histórica (estudio actualmente en desarrollo).

NUEVOS DESAFIOS DE ASISTENCIA VENTILATORIA EN INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS BAJAS EN LA EMERGENCIA

Greca L, Morra L, De Uriarte H, Gordillo ME.

Hospital Santísima Trinidad. Departamento Emergencias. Córdoba. Argentina.

loregreca@yahoo.com

Las infecciones respiratorias agudas bajas (IRAB) son una importante causa de morbimortalidad en <2 años en época invernal. La ventilación invasiva (VI) se proponía como la única estrategia para tratar la insuficiencia respiratoria aguda (IRA) hasta que nuevas técnicas de asistencia ventilatoria no invasivas (VNI) como CPAP-BIPAP y recientemente Oxigenoterapia de Alto Flujo (OAF) fueron surgiendo como opción precoz para evitar la misma. En nuestra Emergencia se creó en el marco de una estrategia hospitalaria del cuidado progresivo del paciente, una unidad para la estabilización del paciente con IRAB (UEPI) con el fin de implementar estas modalidades ventilatorias precozmente.

OBJETIVOS: Comparar la evolución de la utilización de VNI (OAF/BIPAP) desde la Emergencia en dos períodos de contingencia invernal y evaluar la disminución en la utilización de VI.

METODOLOGIA: Estudio retrospectivo observacional de todos los pacientes <2^a con IRAB ingresados a UEPI que requirieron VI y/o VNI (OAF/BIPAP), comparando dos contingencias invernales (2017-2018). Se analizaron las características demográficas, tipo de asistencia respiratoria, evolución y destino.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN: En 2017 se estudiaron 180 pacientes, edad media 6m (± 0.34 m) y en 2018: 182; edad media 5m (± 0.35 m). En ambos períodos varones 57%-mujeres 43% y como patología más frecuente Bronquiolitis (62% y 72%). La estadía media fue significativamente superior en 2017 (53hs $\pm 3,4$ h_vs 29h ± 2 h). La modalidad ventilatoria inicial no difirió en los dos períodos para OAF (92% vs 87%) y ARM (6%) si para BIPAP (2% vs 7%, p <0.02). La escalada ventilatoria de OAF/BIPAP a ARM fue menor en 2018 (42% vs 21% p<0.01) y mayor de OAF a BIPAP (58% vs 79 % p<0.01). El destino hospitalario fue mayor para Cuidados Intermedios en 2018 (24% vs 36% p<0.04) no hubo diferencia para Cuidados Intensivos (20.5% vs 18%) y sala general (54% vs 46%). No difirió significativamente la modalidad ventilatoria total entre los dos períodos para VNI (79% vs 86%) y VI (21% vs 14%). La respuesta a OAF fue similar en ambas contingencias (62% vs 56%). La mortalidad en UEPI fue del 0%.

CONCLUSIONES: Comparando el uso en forma precoz de diferentes modalidades ventilatorias desde la UEPI en dos períodos invernales (2017-2018) se observó un aumento del BIPAP como modalidad inicial, disminución de la escalada a ARM desde BIPAP/OAF y aumento de la escalada a BIPAP desde OAF.

FACTORES DE RIESGO PARA INFECCIÓN BACTERIANA INVASIVA EN NIÑOS FEBRILES ENTRE 1 Y 3 MESES

Fustiñana A, Kohn Loncarica G, de Pinho S, Hernández E, Rino P.

anafusti@hotmail.com

Hospital de Pediatría 'Prof. Dr. Juan P. Garrahan'. C. A de Buenos Aires, Argentina.

INTRODUCCIÓN: Los niños entre 1 y 3 meses de edad con fiebre constituyen una verdadera población problema a la hora de intentar definir el riesgo de presentar una infección bacteriana invasiva (IBI). El desafío sigue siendo diagnosticar la IBI y evitar conductas diagnósticas y terapéuticas innecesarias. **OBJETIVO:** Describir el riesgo de padecer una IBI según el recuento de leucocitos, el recuento de neutrófilos y la presencia de infección urinaria en lactantes entre 1 y 3 meses de edad con fiebre que fueron sometidos a una punción lumbar (PL) para diagnosticar meningitis en el Departamento de Emergencias (DE).

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio prospectivo, observacional y descriptivo de una cohorte de niños febriles entre 31 y 90 días de edad a quienes se les practicó una PL para diagnosticar meningitis, realizado durante el período diciembre/2014 a junio/2018 en el DE de un hospital pediátrico de tercer nivel de atención de la C.A. de Buenos Aires. Se excluyeron los pacientes tratados previamente con antibióticos (ATB) y en los que la obtención de líquido cefalorraquídeo (LCR) resultó frustra. Se definió IBI como la presencia de hemocultivos y/o cultivo de LCR bacteriológicos positivos. Se definió como factores de riesgo: recuento leucocitario $> 15.000 \text{ cel/mm}^3$ o $< 5.000 \text{ cel/mm}^3$, recuento de neutrófilos $> 10.000 \text{ cel/mm}^3$ e infección urinaria (definida como urocultivo positivo con recuento $\geq 100.000 \text{ UFC}$ para un único germen).

RESULTADOS Y

DISCUSIÓN: Se registraron 166 niños, 40 se excluyeron por tratamiento previo con ATB y 4 por PL frustras. 122 pacientes fueron analizados, el 60% correspondió al sexo masculino, la mediana de edad fue 44 días (31- 90). 16 presentaron IBI. De las variables analizadas, solamente el recuento $> 10.000 \text{ neutrófilos/mm}^3$ se asoció a mayor riesgo de IBI ($p < 0,01$). Hubo 3 niños con infección urinaria que presentaron IBI (dos IBI fueron bacteriemias y una correspondió a bacteriemia + meningitis por SAMR, germen diferente al del urocultivo).

CONCLUSIONES: A pesar que los recuentos leucocitarios y de neutrófilos han sido clásicamente estudiados para analizar el riesgo de IBI por neumococo, numerosas investigaciones y protocolos de actuación también lo han incluido en los niños más pequeños e inclusive en la era vaccinal antineumocócica. Aunque con un número pequeño de pacientes, nuestro estudio demuestra solamente un resultado estadísticamente significativo para riesgo de IBI del valor del recuento de neutrófilos $> 10.000 \text{ neutrófilos/mm}^3$ y no así del valor del recuento leucocitario absoluto $> 15.000 \text{ cel/mm}^3$ o $< 5.000 \text{ cel/mm}^3$ y la presencia de infección urinaria. Si bien escapa al objetivo de este trabajo se observó que, si excluimos al lactante que padeció bacteriemia + meningitis por SAMR, ninguno de los niños con infección urinaria padeció meningitis bacteriana.

TRABAJO N°41

ENFERMEDAD DE KAWASAKI, PRESENTACION DE CASO CLINICO.

Sospecha diagnóstica en contexto de ruralidad.

Silva DA, Torres MC, Urrutia P
Yungay, Chile, denisitaasilva@gmail.com

La enfermedad de Kawasaki en Chile es de baja prevalencia por lo que su sospecha representa un desafío dentro del contexto de un diagnóstico temprano en un hospital rural. Resulta ventajoso en este contexto un ojo semiológico agudo.

PRESENTACION DE CASO: Se presenta el caso de paciente de 36 meses de edad, sexo femenino, rural, consulta en 2 oportunidades por cuadro caracterizado por fiebre, exantema polimorfo, lengua aframbuezada, labios agrietados. En una primera instancia se diagnostica fiebre escarlatina, sin embargo madre re consulta pues no se logra respuesta antibiótica. Se contra deriva a hospital de mayor complejidad donde diagnostican ITU febril por piuria al examen de orina por lo que se contra deriva a hospital comunitario, donde posteriormente se reanaliza caso y se sospecha Kawasaki en fase subaguda (ya que se asocia a descamación de pulpejos de dedos de las manos). Por lo que se contra deriva a hospital de origen para comenzar tratamiento.

DISCUSION Y CONCLUSION: El caso anteriormente presentado representa un desafío diagnóstico principalmente por el tiempo transcurrido sin plantearse Kawasaki como diagnóstico diferencial. Esto representó una desventaja para el paciente pues en fase subaguda ya se establece daño endotelial coronario. Sin embargo, al mismo tiempo representa un acierto diagnóstico para el equipo de medicina general de un hospital rural, principalmente por la asertiva sospecha y posterior derivación a centro especialista con cuadro diagnóstico sólido y estudiado acuciosamente.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA:

<https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/3-kawasaki.pdf>
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rci/v33n1/art02.pdf>
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182011000600005

TRABAJO N°42

EVENTO DE APARENTE AMENAZA DE LA VIDA RECURRENTE ASOCIADO A ANEMIA SEVERA, REPORTE DE UN CASO

Silva DA. , Torres MC, Teneb NE.

Hospital Comunitario de Salud Familiar de Yungay, denisitaasilva@gmail.com.

INTRODUCCION: Evento de aparente amenaza de la vida (ALTE) corresponde a un evento que pone en riesgo la vida de un lactante, caracterizado por cianosis, hipotonía o apnea, y que requiere de maniobras para su recuperación¹. Se presenta caso de paciente de sexo masculino, con antecedente de parto prematuro 32 semanas de gestación, con 36 semanas de edad corregida traído por madre al servicio de urgencia por episodio de cianosis, dificultad respiratoria y vómitos en domicilio posterior a alimentación, se maneja posible crisis obstructiva y se deriva a hospital de alta complejidad para manejo por especialista, donde se hospitaliza para estudio por evento de aparente amenaza de la vida (ALTE). Durante hospitalización se diagnostica anemia moderada e hiperbilirrubinemia y tras no presentar nuevos episodios en servicio clínico, se da de alta para continuar estudio ambulatorio. **PRESENTACION DE CASO:** Paciente con 38 semanas de edad corregida, es traído por madre por cuadro similar, que respondió parcialmente con reanimación vigorosa en domicilio, destaca cianótico y con retracciones subcostales, se deriva nuevamente a hospital de alta complejidad donde tras evaluación y breve hospitalización, se diagnostica ALTE secundario a reflujo gastroesofágico fisiológico. Paciente traído nuevamente por madre por episodio de cianosis y dificultad respiratoria a servicio de urgencias, con 40 semanas de edad corregida, en similares condiciones a dos episodios previos, se deriva nuevamente a hospital de alta complejidad, donde se hospitaliza para continuar estudio, destacando dentro de los hallazgos una anemia hemolítica severa.

DISCUSION Y CONCLUSION: La anemia es común en pacientes pediátricos con ALTE recurrente. Los pacientes con ALTE recurrentes tienen valores más bajos de hemoglobina, volumen corpuscular medio (VCM) y concentración de hemoglobina corpuscular media (CHCM) que los pacientes con un solo control de ALTE y pacientes de control de la misma edad. Valores significativamente menores de MCHC y VCM en pacientes con ALTE recurrentes sugieren que la deficiencia de hierro puede estar asociada con la recurrencia de eventos².

Palabras clave: apnea, lactantes, Evento de Aparente Amenaza de la Vida

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

¹ American Academy of Pediatrics. Committee on Fetus and Newborn: Apnea, Sudden Infant Death Syndrome, and Home Monitoring Pediatrics 2003; 111: 914-7.

² Pitetti R., Lovallo A., Hickey R. Prevalence of Anemia in Children Presenting with Apparent Life-threatening Events. Academic Emergency Medicine. 2008.

MIOSITIS INFECCIOSA. REPORTE DE UN CASO

Silva DA. , Torres MC, Teneb NE.

Hospital Comunitario de Salud Familiar de Yungay, denisita.silva@gmail.com.

INTRODUCCION: La miositis infecciosa es una patología infrecuente, que afecta generalmente a la población escolar y preescolar. Se asocia con frecuencia a cuadros de influenza B. Representa un cuadro autolimitado y de evolución benigna.

PRESENTACION DE CASO: Se presenta el caso de un escolar rural de 9 años, sin antecedentes mórbidos, con cuadro viral de 5 días de evolución.

Consulta por dolor gemelar intenso de 4 horas de evolución.

Al ingreso febril, con marcha anodina, parestesia a nivel distal de ambas piernas, dudosa disminución de reflejo rotuliano izquierdo. En los exámenes destaca Leucocitos 2000, Linfocitos 62%, proteína C reactiva: 1.40, Creatinfosfatoquinasa total de 101. Por bajo valor de creatinfosfatoquinasa se acuerda derivar caso de manera inmediata a centro de mayor complejidad con objeto de descartar Guillain Barre. Posteriormente se hospitaliza para observación del cuadro y descartar aumento progresivo de debilidad muscular.

Paciente responde favorablemente con aumento significativo de creatinfosfatoquinasa con posterior disminución paulatina asociado a involución del dolor a nivel gemelar.

DISCUSION Y CONCLUSION: La miositis infecciosa puede abarcar un cuadro focal como una generalizado por lo que la simple observación del cuadro no excluye la sospecha de una polineuropatía inflamatoria como lo es el Guillain Barre. Por otro lado el examen neurológico normal distingue a la miositis infecciosa versus Guillain Barre, sin embargo, el dolor muscular limita la evaluación de la fuerza.

Resulta complejo considerar y solo tener un manejo expectante de este tipo de patologías en un hospital rural. Por lo que resulta de vital importancia considerar un amplio espectro diagnóstico pensando siempre en el mal menor del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

<http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n7/carta3.PDF>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0370410616300833>

<http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v6n3/v6n3cc1.pdf>

SINDROME EMETICO, PAPILOMA DE PLEXO COROIDEO. REPORTE DE UN CASO.

Silva DA, Noack KH, Saavedra MA.

Hospital Comunitario de Salud Familiar de Yungay, denisita.silva@gmail.com.

INTRODUCCION: El síndrome de emético representa un amplio abanico diagnóstico. Por tanto un estudio acucioso de las síntomas y los signos.

El papiloma de plexo coroideo es una rara variedad de glioma. Representa el 5% del total de los tumores del sistema nervioso central en pediatría. Su clínica se caracteriza por síndrome de hipertensión endocraneana a raíz de la hidrocefalia secundaria. El tratamiento quirúrgico muestra una gran tasa de supervivencia casi del 100% a los 5 años con una baja tasa de recurrencias.

PRESENTACION DEL CASO: A propósito, se presenta caso de paciente de 2 años de edad, sexo masculino. Con antecedentes de síndrome disentérico tratado con Azitromicina que responde adecuadamente. Sin embargo, posteriormente re consulta por vómitos recurrentes desde hace 1 semana asociado a deshidratación, sin focalidad neurológica, sin signos meníngeos. Se hospitaliza para observación y manejo, sin embargo paciente evoluciona posteriormente sin vómitos (sin ayuda de antieméticos) con buena tolerancia vía oral, por lo que se da de alta hospitalaria. 7 días después reconsulta en servicio de urgencia por cuadro similar, pero asociado a paresia en pierna izquierda que progresa a hemiparesia izquierda y febrícula. Se deriva para estudio secundario y evaluación por especialidad por sospecha de encefalitis, la que se descarta con posterioridad. Tomografía de encéfalo simple: indica proceso expansivo a nivel interventricular cuerno izquierdo asociado a desviación de la línea media. Se ingresa para instalación de válvula derivativa. Posteriormente se interviene para exeresis por neurocirugía. Actualmente paciente con evolución favorable sin síntomas asociados.

Sospechar una patología neurológica tumoral en contexto infantil no resulta siempre sencilla debido a que no se cuenta con una anamnesis directa del paciente ni con una cooperación absoluta ante el examen físico, más aun en los pacientes lactantes.

Sin embargo, el contexto en un síndrome emético de larga data debe llevar a pensar en un proceso expansivo intracerebral.

Por lo que la derivación a un centro de mayor complejidad resulta primordial.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312012000100010

<http://www.redalyc.org/pdf/4773/477347195008.pdf>

**CASO CLÍNICO: DEBUT A FORMA GRAVE DE LUPUS
ERITEMATOSO SISTÉMICO**

Morgan S, Parodi V, Ferré A, Iglesias D.

Hospital Policial, Montevideo, Uruguay stepha00@hotmail.com

INTRODUCCIÓN: El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune que evoluciona a la cronicidad con períodos de exacerbación y remisiones. El 20% de los LES se presentan en la edad pediátrica con cuadros clínicos que en general son de mayor gravedad que en adultos. Según Dubois se define como LES grave aquellos pacientes que presentan compromiso de órgano noble: neurológico, cardiovascular, renal, respiratorio, digestivo. Un diagnóstico temprano, un tratamiento y seguimiento adecuado son importantes para mejorar el pronóstico de esta severa enfermedad.

OBSERVACIÓN CLÍNICA: Adolescente 13 años, obesa. Consulta en Emergencia por decaimiento, astenia, tos y fatiga. Se realiza Rx Tx que evidencia NAC, se otorga alta con antibióticos. Agrega fiebre y fatiga por lo que vuelve a consultar a las 48 hs, mejorando con salbutamol se otorga alta. A las 96 hs del inicio del cuadro reconsulta grave con mal aspecto general, Glasgow 12 con intensa palidez cutáneo-mucosa, TR prolongado, dificultad respiratoria, se coloca O2 por MFL y se realizan 2 cargas de SF e ingresa cuidados intensivos con planteo de shock séptico – NAC bilateral. Permanece en VNI por 36 hs, luego AVM 7 días. Hemorragia pulmonar severa. Evoluciona a SDRA severo. En prono con ON durante 72 hs. Anemia severa, coombs directo positivo, requiere 8 volúmenes de GR y 1 de plasma. Se solicitan exámenes dirigidos a enfermedad autoinmune, se destaca B-2 glicoproteína, Anticardiolipinas IgA, IgG e IgM, Inhibidor Lúpico, ANA y Ac Anti SS-A (Ro) positivos. Hipocomplementemia. En la evolución agrega lesiones en piel tipo macular hiperpigmentadas en miembros y eritema en alas de mariposa en cara. De lo infeccioso se destaca Virus Sincicial Respiratorio positivo detectado en panel respiratorio viral. Presenta complicaciones como Trombosis Venosa Profunda y Nefritis Lúpica. Recibe Metilprednisolona luego inicia Ciclofosfamida mensual. Con buena evolución, se otorga alta a domicilio.

DISCUSIÓN: Se presenta el caso clínico de una enfermedad sistémica que debutó de forma poco frecuente donde es importante mantener un alto índice de sospecha clínica dada su gravedad. El compromiso cardiovascular, neurológico y hematológico determinan un alto riesgo vital en estos enfermos.

TRABAJO N°46

PERFIL DEL TRAUMA PEDIATRICO EN AMERICA LATINA

Gordillo ME; Boto A; Gerolami A; Portugal S; Abramovich N; Sachi I, Liana S, Campos V; Muñoz EC; Rodríguez A; Corona R

Emergencias hospitalares: Santísima Trinidad, Garrahan, Niño Jesús, Infantil Córdoba, Alacia, Evita Berazategui, Rawson, Evita Santiago Estero (Argentina), Pereyra Rossell (Uruguay) Niños de Acosta Ñu (Paraguay)

gordillo.euge@gmail.com

Las causas y patrones del trauma pediátrico varían según características geográficas, usos y costumbres de la población y factores ambientales. Conocer el perfil de las injurias traumáticas en una determinada región es la principal estrategia para prevenirlas

OBJETIVO: evaluar características del trauma pediátrico en una región de América Latina

METODOLOGIA: estudio prospectivo descriptivo; pacientes que consultaron por traumas en Emergencia de 11 hospitales de América Latina, septiembre 2017 a agosto 2018.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN: 9885 niños, edad media 6ª y 9m ($\pm 0,5$ m) Varones 59%. Trauma no intencional 99%, único 93% y múltiple 7% (severidad 0.3% vs 5% $p < 0,0001$). Hospitalizados 6%, de ellos 14% cuidados críticos con 3 fallecidos. Ocurrencia menor en invierno y fines de semana, mayor de 13 a 20hs (57%) En hogar 60%, espacio público 26%; vía pública 8% y escuela 6%. Mecanismos principales: caídas 58%, golpe por proyección 16%, accidentes tránsito (AT) 10% con severidad diferente según mecanismo ($p < 0,005$). Caídas menores de propia altura (57%) cama (19%) mobiliario infantil (15%) Las mayores de juegos infantiles (29%) escaleras 21% y camas cuchetas 12%. Los AT, por uso de bicicletas (35%) motos (26%) pasajero de vehículo de cuatro ruedas (20%) y peatón atropellado (16%)

CONCLUSIONES: el estudio del perfil del trauma pediátrico en nuestra región mostró: varones, preescolares, horario vespertino, en hogar, por caídas, no intencional y con solo una región corporal afectada. Menor ocurrencia en invierno y fin de semana La severidad se asoció significativamente con mecanismo (AT) y politrauma. En AT tuvieron papel destacado bicicletas y motos

LINFOMA DE BURKITT

Presentación de un caso clínico asistido en Departamento de Emergencia.

Mora R., Morosini F, Dall'Orso P, Prego J

Hospital Pediátrico Centro Hospitalario Pereira Rossell, Departamento de emergencia
Pediátrica. (Montevideo-Uruguay) morasalasricardo@gmail.com

Introducción: Los Linfomas constituyen una de las primeras causas de neoplasia malignas en la infancia representando aproximadamente el 12% de los casos nuevos de cáncer en menores de 15 años. De estos alrededor del 40% son Linfomas de Burkitt (LB). Pertenece al grupo de los linfomas no Hodgkin de células B maduras y son de alto grado de malignidad. Puede clasificarse en endémico, esporádico o relacionado a inmunodeficiencias. La edad y sitio de presentación varía según la forma clínica; en la variante esporádica la presencia de masas abdominales, dolor y distensión abdominal son las manifestaciones más frecuentes, afectando mayormente a varones de entre 5 y 10 años. Es un tumor agresivo con alta tasa de recambio celular, por lo que son frecuentes las alteraciones metabólicas como el aumento de LDH y del ácido úrico. Si bien son tumores de comportamiento agresivo y crecimiento rápido, su respuesta al tratamiento es muy buena, con porcentajes de curación cercanos al 90%.

Caso clínico: Niño de 4 años de edad, sano, 2 semanas de dolor abdominal difuso y distensión abdominal, decaimiento marcado y pérdida de peso. Consulta en el Departamento de Emergencias (DEP), constatándose al examen físico: adelgazamiento, distensión abdominal marcada, dolor a la palpación abdominal profunda, matidez, sin visceromegalias ni tumoraciones. Analítica: Hemograma: Hb:12.1g/dL, Leucocitos:6900 x10.9/L, Linfocitos:47.8%, Plaquetas:342000 x10.9/L, LDH: 5157 UI/L, Ácido úrico en suero: 6.3 mg/dL. Ecografía y tomografía computada de tórax y abdomen: numerosas masas sólidas intrabdominales, a nivel centroabdominal, y de hilio hepático; moderada cantidad de ascitis, derrame pleural complejo. Dado a presentación clínica y resultados de analítica se realiza diagnóstico de LB esporádico. Se deriva a centro hemato oncología donde se inicia hiperhidratación y alopurinol como medidas de prevención del síndrome de lisis tumoral. Se realiza mielograma y punción lumbar que no evidencian infiltración y toracocentesis para inmunofenotipo en líquido pleural que confirma diagnóstico de Linfoma de Burkitt. Se inicia tratamiento con quimioterapia combinada sistémica e intratecal, con buena respuesta.

Conclusiones: Se presenta el caso de un paciente de 4 años y distensión abdominal con alteraciones en exámenes de laboratorio en el que se realiza planteo diagnóstico de linfoma. El pediatra debe sospechar ese diagnóstico ante un paciente en la edad característica con instalación aguda y rápidamente progresiva de distensión y dolor abdominal con o sin masa abdominal palpable. El linfoma de Burkitt es una enfermedad maligna agresiva en la que el diagnóstico y tratamiento oportunos constituyen una urgencia para prevenir la aparición de complicaciones. Su tasa de curación es muy alta cuando se sigue el tratamiento acorde a recomendaciones internacionales en forma inmediata en centros de referencia.

SINDROME DE LISIS TUMORAL: URGENCIA ONCO-METABÓLICA
Presentación de dos casos clínicos asistidos en Departamento de Emergencia.

Dabezies M^aB., Morosini F, Cedrés A, Mannise R, Amarillo P, Tórtora S, Dall'Orso P, Prego J.

Hospital Pediátrico Centro Hospitalario Pereira Rossell, Departamento de emergencia
Pediátrica. (Montevideo - Uruguay) belends979@hotmail.com

Introducción: El Síndrome de lisis tumoral es una urgencia oncológica que abarca alteraciones metabólicas causadas por liberación de componentes intracelulares por destrucción de células malignas. Puede ocurrir espontáneamente o en las primeras horas del inicio de la quimioterapia. La liberación de ácidos nucleicos, proteínas, fósforo y potasio de las células producirá hiperuricemia, hiperpotasemia, hiperfosfatemia e hipocalcemia con posible falla renal. Requiere de un alto índice de sospecha con diagnóstico oportuno y tratamiento enérgico dado que puede ser fatal de no mediar tratamiento.

Casos clínicos: **Caso 1:** Niña 6 años, sana. 15 días previos dolor en fosa lumbar izquierda y miembros inferiores. Agrega astenia, adinamia y adelgazamiento. 2 consultas previas, alta a domicilio. Reconsulta por dolor abdominal. Examen físico: hemodinamia estable, sin síndrome funcional respiratorio, palidez cutánea y dolor a la palpación de hemiabdomen inferior. Analítica: hemoglobina 8,3 g%, lactato deshidrogenasa (LDH) 1337U/L, azoemia 0.31g/L, creatininemia 1.31mg/dL, uricemia 15.8mg/dL. **Caso 2:** varón 12 años, sano. 5 días previos fiebre 39°C y decaimiento. A las 24hs agrega vómitos de sangre roja. Múltiples consultas con alta a domicilio. Agrega sangrado conjuntival, petequias y equimosis por lo que consulta en DEP. Examen físico: polipneico, hemodinamia estable, decaído, pálido. Petequias en cara, tronco, miembros superiores e inferiores, hemorragias conjuntivales, equimosis en párpados superiores. Dolor abdominal, polo de bazo a la palpación. Analítica: hemoglobina 8.2 g%, glóbulos blancos 23.800, plaquetas 9000. LDH por encima del límite superior. Azoemia 1.17g/L, creatininemia 3.52mg/dL, Uricemia 35.2mg/dL. Ecografía abdominal: esplenomegalia, múltiples adenomegalias. Con planteo de síndrome de lisis tumoral como debut de enfermedad hemato-oncológica, se inicia hiperhidratación intravenosa sin potasio, alopurinol vía oral y furosemide intravenoso. Ambos pacientes requieren hemodiálisis Unidad de Cuidados Intensivos por fallo renal progresivo, con mejoría de la función posterior. En ambos pacientes se diagnostica leucemia B madura tipo Burkitt realizándose tratamiento con quimioterapia en Centro HematoOncológico de referencia.

Discusión y conclusiones: En estos casos el SLT se presentó de forma espontánea, al debut de la enfermedad oncológica, cumpliendo criterios diagnósticos. Las alteraciones metabólicas progresivas y el fallo renal oligoanúrico determinaron en ambos pacientes la necesidad de hemodiálisis. En los dos casos se diagnosticaron neoplasias con alto riesgo de desarrollar SLT, lo que justifica el inicio rápido de medidas terapéuticas. En la asistencia de niños en DEP debemos conocer el SLT y las alteraciones clínicas y analíticas que lo acompañan, para realizar diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, ya que el pronóstico vital inmediato del paciente dependerá de las medidas iniciales.

ABORDAJE DE HIPERTENSION ARTERIAL SEVERA EN LA ADOLESCENCIA

Costa L, Vomero A, Mauvezin J, García L, Halty M, Pérez W

Departamento de Pediatría. Facultad de Medicina. Hospital Pediátrico, Centro Hospitalario Pereira Rossell (HP-CHPR) Montevideo-Uruguay

Introducción: La Hipertensión Arterial (HTA) es una patología crónica relativamente frecuente en pediatría, con una prevalencia de 1 a 3%. Puede ser primaria o secundaria. La HTA primaria, es más frecuente en adolescentes que presentan sobrepeso u obesidad; su diagnóstico es de exclusión. La HTA secundaria es más frecuente en niños; se presenta con cifras de severidad; predominando las causas renales. **Objetivo:** presentación de un caso clínico de HTA severa. **Caso clínico:** 13 años, SF, Normopeso. AP: infección urinaria al año de vida. Derivada a DEP-CHPR por constatarse en control de salud cifras de PA de 160/100 mmHg, en dos tomas, en condiciones basales. Al examen: lucida. Asintomática. Hemodinámicamente estable. PA 204/150 mmHg. FC 98 cpm, sin soplos, pulsos presentes, no IY, ni RHY no edemas de MMII; FR 16 cpm, no estertores. Se realiza Captopril 12.5mg v/o. Analítica inicial: creatininemia 1.10 mg/dl, azoemia 0.30 mg/l, examen de orina: proteínas 0.51 g/l; Ecocardiograma: Hipertrofia Ventrículo Izquierdo moderada (HVI), FEVI normal; Fondo de ojo: signos de angioesclerosis moderada. Ingresa a sala. Ecografía renal: pielón superior izquierdo atrófico, escasa diferenciación corticomedular; Centellograma con DSMA y función renal con SPECT-CT: RI con pielón superior hipofuncionante con áreas hipocaptantes pudiendo corresponder a cicatrices renales. Se confirma por Cistouretrografía Miccional Retrograda: RVU grado III a izquierda y II a derecha. Corrección por vía endoscópica con Vantris. Se logra control de cifras de PA con Amlodipina y Losartán. **Discusión:** Se denomina crisis hipertensiva a la elevación aguda de la PA capaz de producir alteraciones orgánicas y/o funcionales en los órganos diana, constituye una situación de riesgo vital y requiere un descenso de las cifras con antihipertensivos v/o o i/v, según la situación. En este caso, la ausencia de falla orgánica aguda define la situación clínica como una urgencia hipertensiva lo que permite la corrección de la PA en un plazo mayor de tiempo. La HVI es la manifestación más frecuente de lesión en órgano diana en niños hipertensos. Aproximadamente el 30 % de los pacientes con RVU desarrollan nefropatía por reflujo enfermedad silente que en el 10 % de los casos se manifiesta con HTA. Otras complicaciones de esta entidad son: deterioro progresivo de la función renal y problemas durante el embarazo tanto maternos como fetales. Se destaca la importancia del correcto seguimiento de las infecciones urinarias en la infancia, así como toma de PA en el control pediátrico a partir de los 3 años.

TRABAJO Nº50

ENFERMEDAD MENINGOCÓCCICA INVASIVA EN NIÑOS HOSPITALIZADOS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO EN URUGUAY.

Más M, Barrios P, Castillo G, Giachetto G, Prego J.

Centro Hospitalario Pereira Rossell. Departamento de Emergencia Pediátrica.
Departamento de Pediatría. Clínica Pediátrica "C".

Introducción: La enfermedad meningocócica (EM) se define como la infección causada por *Neisseria meningitidis*. En los casos de enfermedad fulminante la muerte puede producirse en pocas horas desde el inicio de la enfermedad.

Objetivo: Describir las características clínicas, epidemiológicas, y de laboratorio de niños hospitalizados con EM invasiva del 1-1-17 al 31-7-18 en un hospital pediátrico.

Material y método: Estudio descriptivo. Fuente de datos historias clínicas. Inclusión: niños hospitalizados durante el período del estudio con EM invasiva confirmada.

Resultados: n=15 niños. Sexo: femenino 10, masculino 5. Edad media 2 a 6 meses. Procedencia: 10 Montevideo, 4 Canelones, 1 Florida. Todos inmunizaciones vigentes. Media de horas de fiebre: 21. Dolor en MMII: 4, síntomas respiratorios: 5, cefalea: 3, vómitos: 9. Compromiso hemodinámico: 10, alteración de conciencia: 6, rigidez de nuca: 6, petequias: 11, sufusiones hemorrágicas 7. Todos recibieron Ceftriaxona, 4 asociado a vancomicina y 1 a ampicilina. Todos los niños con shock recibieron volumen e inotrópicos en los primeras 2 horas. En 7 se inició ARM desde la Emergencia. Laboratorio: GB mayor 15.000 8, leucopenia 4, trombocitopenia 3, anemia 10. PCR elevada 14: media 141, PCT elevada 14 niños, media 53. Hemocultivo positivo *Neisseria meningitidis* 6 pacientes (4 B, 2 C). Antígenos bacterianos 1: W e Y. Multiplex *Neisseria meningitidis* 8 niños. A 12/15 se realizó estudio del LCR, 12/12 alteraciones citoquímicas, 1 cultivó *Neisseria meningitidis*. 3 fallecieron, 10 ingresaron a Cuidados intensivos, 3 a sala de cuidados moderados. Secuelas: 5 niños.

Conclusiones: Se presenta una serie de casos de EM invasiva confirmada en niños en Uruguay. El 73% fue en menores de 5 años. La confirmación por técnicas moleculares con cultivos negativos puede explicar el aumento de los casos confirmados desde la implementación de ésta técnica. En esta serie la letalidad fue 20% y las secuelas 33%. Afectó en su mayoría a niños sanos. Se trata de una enfermedad inmunoprevenible, de baja endemia, con letalidad elevada y secuelas en ocasiones invalidantes. Es prioritario mantener la vigilancia, reportar los casos sospechosos y confirmados, tratar adecuadamente a los pacientes y contactos y adecuar las recomendaciones de inmunización según la epidemiología de cada lugar.

TRABAJO Nº51

ENTRENAMIENTO EN ESTABILIZACIÓN Y TRASLADO NEONATAL Y PEDIÁTRICO MEDIANTE SIMULACIÓN EN UN SERVICIO DE EMERGENCIA PREHOSPITALARIA.

Autores : Cedrés A, Gerolami A, Morosini F, Sobrero H, Tortora S, Ferreira S, Bello O.
Institución legal: Emergencia UNO. Unidad de Emergencia Móvil .Montevideo.Uruguay.

Introducción: El traslado de recién nacidos y niños con riesgo vital es un acto de alta complejidad que puede implicar peoría de la situación previa si no se lleva a cabo por manos expertas. La simulación es una estrategia docente de entrenamiento que permite crear el escenario apropiado. Emergencia Uno implementó desde el año 2014 un programa de entrenamiento en estabilización y traslados neonatales y pediátricos mediante talleres de simulación de baja fidelidad (manejo de vía aérea y accesos circulatorios) y talleres de alta fidelidad con distintos escenarios clínicos. El staff docente estuvo conformado con pediatras emergencistas y neonatólogos y una auxiliar de enfermería. Al finalizar cada taller se realizó una encuesta cualitativa que contenía aspectos referentes al nivel de satisfacción con el taller y su utilidad como herramienta para la actividad diaria.

Objetivo: Analizar el interés demostrado por el personal del equipo de salud por los talleres de simulación y su nivel de satisfacción.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo en el período de 4 años (2014-2017), basado en los informes anuales de la gestión, en el cual se analizaron las siguientes variables: número de participantes, distribución anual, profesión, nivel de satisfacción con el taller y utilidad para la actividad diaria.

Resultados y comentarios: En el período de estudio se efectuaron 30 talleres con un total de 383 participantes que se distribuyeron según el año y la profesión como se expone en la Tabla I. En la Tabla II se exponen resultados de la encuesta. Los 3 miembros del equipo de atención pre-hospitalaria que participan en estabilización y traslados de neonatos y niños de riesgo (médico, enfermero y chofer) mostraron singular interés por asistir a los talleres y en porcentaje similar para médicos y enfermeros y algo menor para choferes. Se mantiene un promedio de 96 participantes anuales. El nivel de satisfacción con los talleres y su valoración como herramienta para su actividad diaria fue muy alto, calificando como excelente el 80 %.

Año	2014	2015	2016	2017	Totales	%
Total de asistentes	104	74	96	109	383	100
Médicos	36	32	32	49	149	38,9
Enfermeros	42	33	32	51	158	41,3
Choferes sanitarios	26	9	32	9	76	19,8

Encuesta	%
Excelente	80
Muy bueno	10
Bueno	10
Regular	0
Malo	0

Conclusión: Se logró capacitar un alto porcentaje del staff sanitario involucrado en estabilización y traslados neonatales y pediátricos, siendo la estrategia aceptada y evaluada de forma muy positiva como de utilidad para la práctica clínica.

TRABAJO Nº52

CELULITIS ORBITARIA :REVISIÓN A PROPÓSITO DE TRES CASOS CLÍNICOS

Departamento de Pediatría. Facultad de Medicina.

Hospital Pediátrico, Centro Hospitalario Pereira Rossell (HP-CHPR)

Narancio G, Moure T, Mauvezin J, Vomero A, Peluffo G , Pérez W

INTRODUCCIÓN: La celulitis orbitaria (CO) y la periorbitaria (CP) pueden ser considerados estadios evolutivos de una misma enfermedad. En más del 60 %, de los casos, el origen de la CO es secundario a la extensión por contigüidad de una sinusitis-etmoiditis. La oftalmoplejía, proptosis y disminución de la agudeza visual son signos específicos que pueden no estar presentes. Los reactantes de fase aguda suelen estar elevados. Ante la sospecha de CO es necesaria la realización de una tomografía (TC) que también es útil para descartar complicaciones. El drenaje quirúrgico puede estar indicado en presencia de absceso subperióstico. **OBJETIVO** Discusión de tres casos clínicos de CO.

Caso Clínico 1: lactante de 9 meses fiebre rinorrea y tos, agrega tumefacción en ojo izquierdo. Al examen: edema, rubor y calor bipalpebral que dificulta la apertura ocular, con motilidad ocular conservada sin proptosis. La TC mostró ocupación de celdillas etmoidales. Compromiso preseptal y probable absceso subperióstico. Recibió ceftriaxona-clindamicina (CFX-CLD) intravenosa (i/v) y corticoides i/v.

Caso Clínico 2: preescolar de 2 años con rinorrea y fiebre Agrega edema y calor bipalpebral izquierdo. Al examen: Motilidad ocular conservada y proptosis. TC: ocupación etmoidal anterior y posterior bilateral, absceso subperióstico en borde interno de órbita izquierda. Recibió CFX-CLD i/v. **Caso Clínico 3:** escolar de 8 años instala prurito, lagrimeo y eritema en ojo derecho, agrega fiebre hasta 38 axilar y edema bipalpebral derechos. Al examen motilidad ocular conservada. TC: celulitis poseptal, absceso subperióstico de cara medial de órbita derecha. Recibió CFX-CLD i/v. En los tres pacientes se realizó interconsulta con otorrinolaringólogo, oftalmólogo y TC de control Los hemocultivos fueron sin desarrollo y se completaron 14 días de atb. **DISCUSIÓN:** La diferenciación clínica de las 2 entidades puede ser dificultosa pero es muy relevante teniendo en cuenta la gravedad y el pronóstico. Los tres casos clínicos se presentaron con fiebre Los signos más específicos de CO estuvieron ausentes en 2 de 3 casos. El diagnóstico fue precoz y no se presentaron complicaciones severas. En las series revisadas el aislamiento del agente responsable se produce en un 20-30 % de los casos y surge del cultivo de material obtenido en el drenaje. La duración del tratamiento antibiótico debe ser de mínimo de 2 semanas, sin consenso con respecto a cuantos días debe ser i/v. Todos los casos recibieron atb i/v durante los primeros 10 días y se realizó control tomográfico. Ninguno requirió tratamiento quirúrgico. **CONCLUSIONES:** El diagnóstico de CO es tomográfico por lo que es importante mantener un alto índice de sospecha en pacientes con clínica no concluyente o en aquellos en los que existe dificultad en la exploración del globo ocular. Se trata de una patología que debe diagnosticarse con rapidez y tratarse de manera intensiva. El riesgo de complicaciones es elevado

TUMOR SÓLIDO PSEUDOPAPILAR DE PÁNCREAS

A propósito de un caso clínico

Departamento de Pediatría. Facultad de Medicina. Hospital Pediátrico. Centro Hospitalario Pereira Rossell (HP-CHPR)

Vairo A, Vomero A, García L, Rodríguez S, Pereira Núñez D, Pérez W.

Introducción: El dolor abdominal en la adolescencia es un motivo de consulta frecuente en la urgencia, constituyendo su etiología un desafío para el clínico por lo inespecífico de su signo sintomatología. Las causas más frecuentes en adolescentes mujeres son: infecciosas (gastroenterocolitis e infección urinaria), inflamatorias (apendicitis aguda, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad inflamatoria pélvica), torsión anexial, embarazo complicado, tumores. La mayoría de los tumores sólidos abdominales se presentan como una masa palpable con sintomatología inespecífica. El tumor sólido pseudo papilar de páncreas (TSP) es un tumor de baja malignidad que afecta principalmente a mujeres jóvenes. El dolor abdominal constituye una forma frecuente de presentación. Pensar en esta patología optimiza la calidad de estudios solicitados logrando un diagnóstico y tratamiento precoz.

Objetivo: presentación de un caso clínico de un tumor poco frecuente.

Caso clínico: 12 años, SF sin antecedentes personales a destacar. Cuadro de 5 días de evolución de dolor a nivel de hipocondrio izquierdo de aparición brusca permanente de gran intensidad que no calma con analgésicos mayores, sin irradiaciones acompañado de vómitos biliosos al inicio del cuadro. Del examen físico se destaca dolor a la palpación de hipocondrio izquierdo. Relevo infeccioso, metabólico, funcional y enzimograma hepático sin alteraciones, amilaseemia normal. Se solicita ecografía de abdomen que muestra formación redondeada sólida de 82 cm. por 72 cm. por 80 cm. heterogénea por encima del borde superior del riñón izquierdo y en relación con cara medial del bazo. RNM: tumoración mixta (solidoquistica) del sector caudal del páncreas que por su característica puede corresponder en primer lugar a tumor pseudopapilar de páncreas. Se realiza resección completa de tumoración de 12 cm de eje mayor. Fue necesaria la resección de polo inferior de bazo por adherencias a cápside esplénica. Procedimiento sin complicaciones.

Discusión: El páncreas es un sitio infrecuente de neoplasia en niños y adolescentes. De todos los tumores primarios de páncreas; el TSP corresponde sólo al 0,13 a 2,7% de los casos. La mayoría de los tumores en esta topografía son malignos y tiene un mal pronóstico; pero el TSP tiene un bajo potencial de malignidad y excepcionalmente produce metástasis. La sobrevida es de 90- 95% a los 5 años. La forma de presentación es dolor abdominal y/o masa abdominal. Se presenta característicamente en mujeres jóvenes entre la segunda y tercera década de la vida, siendo la relación hombre: mujer de 1:9. La resección quirúrgica es el Gold Standard en el manejo terapéutico. Se destaca que el TSP debe ser considerado en pacientes pediátricos en el diagnóstico diferencial de tumoraciones de origen pancreático.

TRABAJO N°54

Título: Causas infrecuentes de estridor en Pediatría.

Autores: Hansen M J, Arozarena de Gamboa M.

e-Mail: jimenahansen@hotmail.com

Objetivo: Describir causas de estridor que requieren derivación a centro de tercer nivel para evaluación y/o resolución endoscópica y prevenir así la demora diagnóstica.

Metodología: Descripción de 4 casos clínicos.

Discusión:

Caso 1: 7 meses, tos súbita y dificultad respiratoria progresiva. Al ingreso: desasosiego, estridor inspiratorio agudo, mala entrada de aire bilateral y taquipnea, saturando 92% aire ambiente (AA) con frecuencia cardíaca (FC) de 190 x'. Se realiza endoscopia de urgencia con extracción de cuerpo extraño.



Caso 2: 9 meses, con antecedente de bronquiolitis con Asistencia Respiratoria Mecánica por 24 hs y Ventilación no Invasiva 5 días, 20 días previos al ingreso. Acude por tos, dificultad respiratoria e irritabilidad con oxígeno suplementario en otro centro. Ingresó irritable, llanto continuo, succión débil, sat 98% AA, FC 200x', sensorio alternante. Durante el descanso estridor grueso continuo, bifásico con dificultad respiratoria severa. Sospecha diagnóstica estenosis subglótica. Conducta: Intubación endotraqueal. UTIP.



Caso 3: 11 meses, comienza con estridor progresivo, en tratamiento con corticoides sistémicos los días previos al ingreso sin mejoría clínica (dificultad en la alimentación y tendencia a sueño). Al ingreso dificultad respiratoria moderada, estridor agudo inspiratorio. Se realiza laringoscopia directa y fibrobroncoscopia. Diagnóstico: quiste laríngeo, se coloca tubo endotraqueal y se programa cirugía resectiva de quiste.



Caso 4: 2 meses, internada con diagnóstico de bronquiolitis aguda con estridor progresivo derivada para evaluación por endoscopia. En perfil de cuello se ve opacidad que desvía vía aérea y TAC con sospecha de tumor vs absceso retrofaríngeo. Conducta: UTIP, al momento de toma de biopsia de lesión se obtiene material purulento de la tumoración y se constata absceso.



Conclusión: Recordar que las características clínicas del estridor pueden orientar al diagnóstico etiológico y que la obstrucción de la vía aérea superior puede ser un cuadro grave que comprometa la vida del paciente y requiera atención en centros de alta complejidad para eventual resolución endoscópica.

TRABAJO Nº55

Título: INSUFICIENCIA HEPÁTICA

Autores: Hansen M.J., Arozarena de Gamboa M., Entin E.

e-Mail: jimnahansen@hotmail.com

Objetivo: Recordar los criterios de derivación a centro de trasplante hepático en falla hepática aguda.

Metodología: Descripción de caso clínico.

Discusión: Paciente de 9 años consulta por cuadro agudo de tos, fiebre y distensión abdominal. En la primera consulta valoran a la niña con dificultad respiratoria, pero con ictericia y distensión abdominal.

Laboratorio que evidencia pancitopenia y hepatitis, se deriva a nuestro centro para estudio.

Al ingreso niña lúcida, icterica, edematizada en miembros inferiores, taquipneica con requerimientos de oxígeno, abdomen distendido, con esplenomegalia palpable hasta flanco izquierdo, sin hepatomegalia. Presenta ascitis. Flapping positivo, eritema palmar y telangiectasias en rostro

Interrogatorio dirigido: astenia y distensión abdominal de 9 meses, episodios aislados de epistaxis.

Estudios Complementarios (con resultados de la paciente)

Valoración Función Hepática y sus complicaciones	
TP	15% (post Vit K 36%)
Transaminasas	GOT 115- GPT 40
Albúmina	2
Glucemia	74
Sodio	134
Amonio	86
Gases en sangre	7.46/32/23
Función Renal	U 11/ Cr 0.5

Insuficiencia Hepática Crónica vs. Aguda	
Signos clínicos	Eritema palmar, circulación colateral.
Ecografía	Higado pequeño, HTP
Etiología (estudios diagnósticos)	
Serologías Virales	Negativas
Anticuerpos Autoinmunes	Positivos
Tóxicos	Negativos
Fondo de Ojo	Normal
Biopsia Hepática	No se realizó

Evolución: Persistencia de TP

de 30% a pesar de medidas terapéuticas iniciales (Albúmina, Furosemida, Vit K, Rifaximina, Lactulosa). Por cuadro respiratorio se rescata

Influenza B positivo en secreciones nasofaríngeas (IFI).

Criterios de Derivación a Centro de Trasplante (Criterios de King's Collage)	
TP > 50 segundos	TP > 100 segundos (Criterio único).
Tiempo de aparición de encefalopatía tras ictericia > 7 días	
Etiología: Hepatitis no A, no B, no C, no tóxica.	
Edad < 10 años o >40 años.	
Bilirrubina Total > 17.5 mg/dl.	

Conclusión: La IHA es un síndrome de alta mortalidad que no muestra reducción aún con cuidados intensivos adecuados. El trasplante es la alternativa terapéutica que ha mejorado la sobrevida de los niños con IHA.

CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO EN CRISIS ASMÁTICA EN NIÑOS.

Experiencia de 4 años en un Departamento de Emergencia.

Morosini F, Alegretti M, Tórtora S, Amarillo P, Más M, Dall'Orso P, Prego J.

Departamento de Emergencia Pediátrica, Centro Hospitalario Pereira Rossell.
morosinifa@gmail.com

INTRODUCCIÓN. La oxigenoterapia por cánula nasal de alto flujo (CNAF) se ha desarrollado como tratamiento del fallo respiratorio en niños. Existe un aumento en el número de comunicaciones sobre su uso en la crisis asmática, sin recomendaciones formales sobre su uso. En el Departamento de Emergencia (DE) de un Hospital Pediátrico de referencia se utiliza en forma precoz en la urgencia desde el año 2014. El objetivo de este estudio es describir el uso de CNAF en niños con crisis asmática en nuestro servicio. **MATERIAL Y METODOS.** Estudio descriptivo, retrospectivo, que incluye todos los niños menores de 14 años con crisis asmática tratados con CNAF, según protocolo de actuación del DE, entre 1/6/2014 y 31/07/18. Análisis de datos con planilla de cálculo y Epidat. Se consideró significativo valor $p < 0.05$. **RESULTADOS.** Se incluyeron 115 pacientes con crisis asmática tratados con CNAF en DE; sexo masculino 61 (45%); mediana edad 4 años (2 – 6 años). Score pediátrico de asma (PAS) al ingreso: moderado 63 (55%) y severo 52 (45%), media de 11 al ingreso. Todos los pacientes fueron tratados con salbutamol inhalado y corticoides según pauta; 93 (81%) recibieron sulfato de Magnesio, 62 (54 %) exclusivamente y 31 (27%) asociado con otro broncodilatador intravenoso. Destino: Cuidados Moderados 50 (43%), Cuidados Intensivos 65 (57%). La frecuencia cardíaca (140 ± 16.6 - 128 ± 17.3), frecuencia respiratoria (45.5 ± 12.6 - 33.3 ± 9) y PAS (11.5 ± 1.2 - 9.2 ± 1.4) disminuyeron y el pH aumentó (7.36 ± 0.049 - 7.38 ± 0.044) a las 2 horas de inicio de CNAF en forma significativa; no se demostró variación significativa en el valor de pCO_2 a las 2 horas (35.2 ± 8.2 - 34.7 ± 6.2) (test de student). Flujos utilizados 1 – 2 L/k/min. Duración de CNAF: 1-7 días (media 38h, mediana 24h). Duración total soporte respiratorio: 5 h-13 días (mediana y media 3 días). Recibieron exclusivamente CNAF: 53 (46%); VNI 58 (50%); AVM 4 (4%). En un paciente se registró neumotórax que requirió drenaje pleural en una radiografía realizada luego del inicio de la técnica. No fallecimientos. **CONCLUSIONES.** La mitad de este grupo de pacientes recibió CNAF como único soporte respiratorio, iniciado en forma precoz desde la urgencia. La oxigenoterapia por CNAF es una técnica sencilla y fácil de aplicar, sin necesidad de sedación. El trabajo respiratorio y los valores gasométricos mejoraron en las primeras 2 horas de inicio de la técnica. No se detectó un número significativo de complicaciones. Se debe contemplar la integración precoz de CNAF en la crisis asmática dentro de los protocolos de actuación en la urgencia. El uso creciente de esta técnica en la crisis asmática y la generación de nuevas evidencias, seguramente contribuirán en definir cuál es la indicación y oportunidad precisa de escalar a ventilación no invasiva.

COARTACIÓN DE AORTA DE PRESENTACION TEMPRANA: A PROPOSITO DE UN CASO CLÍNICO

Fabeiro MJ, Galain B, Vomero A, Mauvezine J, Garcia L, Perez W

Departamento de Pediatría. Facultad de Medicina.

Hospital Pediátrico, Centro Hospitalario Pereira Rossell(HP-CHPR), Montevideo, Uruguay

fabeiro.maria.jose@gmail.com

INTRODUCCIÓN: La coartación de aorta presenta una prevalencia de 4/10.000 nacidos vivos. El diagnóstico prenatal es fundamental para la evolución extrauterina. Se realiza en un bajo porcentaje de casos. En el neonato se presenta con pulsos femorales disminuidos o ausentes de acuerdo a la gravedad de la lesión, aunque en algunos casos los pulsos están presentes debido a la permeabilidad del ductus arterioso. **OBJETIVO:** Discutir una forma de presentación clínica muy grave de coartación de aorta en un lactante del primer trimestre. **CASO CLÍNICO:** Lactante de 40 días, SF, enviado por mal ascenso ponderal, disalimentado, sin antecedentes. Cursando infección respiratoria alta. Al ingreso se encuentra adelgazada, con panículo adiposo disminuido e hipoturgente, FR de 50 rpm, FC 140cpm, pulsos femorales presentes bilaterales y simétricos. A las 48 horas franco deterioro hemodinámico, palidez, taquicardia de 180cpm, polipnea, sudorosa, mala perfusión periférica, pulsos femorales filiformes, soplo diastólico 2/6 en precordio. En cuidados intensivos se estabiliza paciente. La Rxtx evidencia cardiomegalia moderada y edema pulmonar. Ecocardiograma Doppler confirma arco aórtico hipoplásico y coartación yuxtaductal, estenosis mitral severa con CIA amplia, hipertensión pulmonar severa, ductus cerrado. Se interviene a los 20 días del ingreso realizándose sección y anastomosis término terminal extendida con buena evolución posterior. **DISCUSIÓN:** En el shock de presentación neonatal deben ser consideradas como etiologías posibles las cardiopatías ductus dependientes, la sepsis y las anormalidades metabólicas. Es una forma de presentación de la coartación de aorta grave del recién nacido y lactante del primer trimestre. En los primeros días de vida puede ser secundario al cierre ductal y luego a la caída de las resistencias pulmonares, como podría considerarse en este caso. La CoAo se asocia a válvula aórtica bicúspide frecuentemente y en ocasiones se acompaña de otras lesiones obstructivas izquierdas como estenosis subaórtica, hipoplasia de ventrículo izquierdo y lesiones obstructivas mitrales como en este caso, constituyendo un Síndrome de Shone, lo que agrava el pronóstico. La infusión de prostaglandina E1 ha disminuido de manera significativa la mortalidad en neonatos con coartación crítica debido al cierre ductal. La ausencia de diagnóstico prenatal conlleva un riesgo de muerte muy elevado. **CONCLUSION:** El shock de presentación brusca es una forma de presentación de algunas cardiopatías congénitas. El diagnóstico prenatal permite un tratamiento oportuno.

TRANSPORTE EXTRAURBANO SE ASOCIA CON MAYOR MORTALIDAD EN FALLA RESPIRATORIA AGUDA PEDIÁTRICA GRAVE. Análisis de 2793 pacientes de LARed Network.

Serra JA., Monteverde Fernández N., Bravo Serrano JA., Carbonell M., Carbajal C., Córdoba T., Courtie C., Cruces P., Fernández A., González-Dambrauskas S., Jaramillo C., Martínez Arrollo L., Martínez J., Menta S., Nuñez MJ., Pedrozo L., Vásquez Hoyos P., Wegner A., & Díaz F. on behalf of LARed Network.

Objetivo: Describir las características y resultados de los pacientes cuyo origen es externo (traslados) a UCIPs de LARed, y compararlos con los ingresos directos.

Métodos: Estudio prospectivo de niños cuyo diagnóstico principal de ingreso fue falla respiratoria aguda, con requerimiento de ingreso en las UCI, entre Mayo 2017 y Octubre 2018. Se compararon traslados (T) vs ingreso directo (D). Subgrupo de traslado extraurbano (TEx) se definió como una distancia > 90km. Resultados expresados como mediana (IQR) y proporciones.

Resultados: Ingresaron 2692 pacientes, 774 (28%) en grupo T. Edad 7.4m (2.6,19.5), peso 8kg (5.2,11) y género masculino 57.8%, sin diferencia entre grupos. Diagnósticos principales: bronquiolitis comunitaria (52.9%) Neumonía Comunitaria (21%) y Crisis Asmática (15.8%), sin diferencias entre grupos. Traslados tuvieron menor PAFI 200(126,300) vs 230 (150,330), PIM3% 0.39 (0.17,1.7) vs 0.49(0.2,1.7), $p<0.05$. Mediana de traslado fue de 10km (7,90) y 1h (0.5, 2), siendo realizado por médico y auxiliar (66.1%), médico (17.1%); médico y enfermera (9.8%), y sin médico (4.5%). Los pacientes trasladados tuvieron mayor mortalidad (1.8 vs 1.1%, $p<0.001$) y estancia en UCI (4.8 (3.1,7.8) vs 4.3 (2.8,6.9), $p<0.05$), requirieron al ingreso más IOT (14 vs 4.6%, $p<0.01$) y CNAF (20.8 vs 16.6%, $p<0.01$), y fueron catalogados más frecuentemente como UCI (49 vs 37.4%, $p<0.01$). Además, requirieron un mayor soporte durante hospitalización en UCIP con CNAF (45,9 vs 27%, $p<0.01$), menor en VMNI (12,5 vs 35,7%, $p<0.01$), sin diferencias en VMI (27 vs 24%). Del total de traslados, TEx fue un 25.1% y tuvo mayor mortalidad (4% vs 1%), PIM3 (0.53% [0.19,3.8] vs 0.35% [0.18,1.44]), scores de dificultad respiratoria, intubación (19.3 v/s 10%), uso de VMI (34 vs 24%) y días de estancia (5.5 [3.1,8.8] vs 4.8[3.1,7.5]) que traslados urbanos, todos significativos con $p<0.05$.

Discusión: Cerca de un 1/3 de los pacientes que ingresaron a UCIPs de LARed fue de un centro externo, ¼ de estos fuera del radio urbano. Los pacientes que ingresaron luego de un traslado presentan mayor mortalidad y estancia en UCIP, siendo amplificado en presencia de traslado extraurbano. Mayor investigación y estrategias de mejora deberán ser implementadas para definir grupos riesgo.

PREVALENCIA DE VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO EN PACIENTES INTERNADOS EN LA URGENCIA PEDIATRICA EN UN SERVICIO DE ALTA COMPLEJIDAD

Lampert E, Battaglia S, Benitez I, Coronel M

Servicio de Pediatría, Hospital Central del Instituto de Previsión Social

Asunción, Paraguay - Email: edu_lampert@hotmail.com

Introducción: Las afecciones respiratorias son motivo importante de morbilidad y mortalidad infantil en dicho rango etario, lo que hace importante determinar su impacto epidemiológico para así establecer estrategias de buen manejo.

Objetivos: Describir la prevalencia de infección por Virus Sincicial Respiratorio en pacientes menores de 5 años con cuadro respiratorio de vías aéreas inferiores, internados en el servicio de urgencias Pediatría en hospital de alta complejidad, en el periodo de enero a junio de 2017.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y de corte transversal, realizado en un servicio de urgencias pediátricas de alta complejidad en el periodo de enero a junio de 2017, información recolectada a partir de los expedientes clínicos individuales de los pacientes.

Resultados: De 402 pacientes menores de 5 años internados en el servicio de urgencias pediatría de por cuadro de infección de vías aéreas inferiores, en 142 casos se detectó el VRS de 274 pacientes incluidos en el estudio. Las muestras han sido colectadas por el personal del Departamento de Epidemiología del Hospital Central del IPS y han sido analizadas mediante técnicas de Reacción de la Cadena de Polimerasa en tiempo real, realizado en el Laboratorio Central del MSP y BS. En relación al sexo, del total de esta muestra en estudio (n=142), se encontró predominio del sexo masculino con un 52.1%, en cuanto a la edad se observa predominio en niños menores de 1 año (91.5%). En cuanto a la distribución por mes se encontró amplio predominio de afecciones en el mes de junio con un 45.1%. Teniendo en cuenta características clínicas, se presentaron como sintomatología más frecuentes, la tos en un 100% de los pacientes, seguida de dificultad respiratoria en un 98.6% y fiebre en un 76.8% del total de pacientes. En relación a los cuadros respiratorios de vías aéreas bajas a VSR, se encontró predominio de pacientes con bronquiolitis en un importante 54.9%. En relación a estadía hospitalaria se encontró que el 71.8% requirió de 0 a 7 días de hospitalización.

Conclusión: La mayoría de los ingreso a urgencias pediátricas por cuadros respiratorios asociados al VSR tuvieron como diagnóstico bronquiolitis aguda, predominantemente en menores de 1 año, con estadía hospitalaria de entre 0 a 7 días en su mayoría, presentando baja tasa de requerimiento de ingreso a unidad de cuidados intensivos y mortalidad nula. Lo que resalta la importancia de la consulta precoz en un servicio de urgencias pediátricas.

TRABAJO N°60

RAPIDA ACTUACION ANTE UN BROTE DE ENTEROVIRUS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA.

Lampert E, Ayala M, Benitez I, Coronel M

Servicio de Pediatría, Hospital Central del Instituto de Previsión Social

Asunción, Paraguay - E mail: edu_lampert@hotmail.com

Introducción: La meningitis vírica es un proceso inflamatorio agudo que afecta las meninges con manifestaciones clínicas de fiebre, cefalea y vómitos y como agente causal más frecuentes el enterovirus. En la actualidad, la aplicación de la técnica de reacción en cadena de la polimerasa se ha convertido en el avance diagnóstico más prometedor en las infecciones víricas. El diagnóstico precoz nos ayuda a tomar la conducta terapéutica más adecuada para el paciente en un tiempo oportuno.

Objetivo: Determinar las características clínicas y epidemiológicas de un brote causado por enterovirus en los pacientes internados en un servicio de urgencias.

Materiales y métodos: Estudio Observacional, retrospectivo de corte transversal realizado en pacientes internados de 1 mes a 15 años analizados en un periodo de 30 días.

Resultados: Se analizaron 76 pacientes que se encontraban con el diagnóstico de meningitis viral de los cuales fueron confirmados 34 por PCR positivo a Enterovirus, el 65% sexo masculino y 35% sexo femenino, predominantemente escolares. Las manifestaciones más frecuentes fueron cefalea, fiebre y vómitos, al examen físico se constató rigidez de nuca, fotofobia. El análisis del líquido cefalorraquídeo fue normal en el 100 % de los casos. Se confirmó el agente causal por biología molecular PCR en tiempo real detectado 100% positivo a Enterovirus.

La punción lumbar se realizó al ingreso donde se comprobó una mejoría clínica posterior en el 96% de los pacientes y solo 4% presento persistencia de síntomas.

Conclusión: el rápido actuar en un servicio de urgencias define la terapéutica más eficaz y optimiza el uso racional de antibióticos debido a la correcta interpretación del citoquímico y mejoría clínica del paciente posterior a la punción lumbar. La meningitis viral se presenta de forma más frecuente en la edad escolar, con manifestaciones clásicas. El tratamiento con antibiótico fue suspendido en forma inmediata al recibir el citoquímico y ningún paciente presento complicaciones.

TRABAJO N°61

MONÓXIDO DE CARBONO EN PEDIATRÍA, MÁS QUE CEFALEA

Gómez g, Fernández c

Clínica Santa María, Santiago, Chile, dra.gomezelisa@gmail.com

La intoxicación por monóxido de carbono (CO) es una intoxicación frecuente, pero es subdiagnosticada debido a que su presentación clínica es diversa, varía desde cuadros inespecíficos simulando virales sin fiebre hasta otros más severos como el compromiso de conciencia y la muerte. Por esto su diagnóstico exige al médico de urgencia mantener un alto índice de sospecha, basado en antecedentes epidemiológicos, factores de riesgo, cuadro clínico y la presencia de síntomas similares en más de una persona de un mismo recinto. Específicamente la población pediátrica, presenta síntomas en forma más precoz y de mayor gravedad.

METODOLOGÍA: Análisis del caso clínico de un paciente pediátrico de 4 años evaluado en el servicio de urgencia al que se diagnosticó una intoxicación por CO.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN: Paciente 4 años, consulta acompañado de su padre por cuadro de 12 horas de evolución de síntomas inespecíficos caracterizados por náuseas y vómitos. Se indicó manejo sintomático con buena respuesta, indicándose el alta. Padre entrega en ese momento el antecedente que esposa y tía están en evaluación en el área de adultos por síntomas similares asociados a cefalea. En este contexto se reingresó al menor al servicio de urgencia y se solicitaron niveles de carboxihemoglobina resultando levemente elevados en el niño y significativamente elevados en los familiares.

CONCLUSIONES: En la intoxicación por CO, la cefalea es un síntoma frecuente en el paciente adulto, pero no está presente en todos los casos. En especial en la población pediátrica, la consulta es precoz y los síntomas inespecíficos. Esto ocurre ya que a menor nivel de carboxihemoglobina presentan mayor sintomatología debido a que los pacientes pediátricos tienen una tasa metabólica aumentada en comparación a los adultos. Los cuadros graves de intoxicación por CO se presentan además a menor nivel de carboxihemoglobina que en los pacientes adultos, lo que implica mayor morbi-mortalidad. Considerar siempre en paciente pediátricos que consultan por síntomas inespecíficos agudos la intoxicación por CO, en especial si existen contactos con síntomas similares. En el caso de no sospechar el diagnóstico, el paciente puede regresar al ambiente en el cual ocurrió la intoxicación y finalmente sufrir una nueva intoxicación con un resultado adverso para él o su grupo familiar.

FARINGITIS POR S. PYOGENES. UTILIZACIÓN DE RECURSOS PARA DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO EN DOS SERVICIOS DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA

Delfino M; Más M, Aguirre, D; Moreira C, Saavedra, M; Urgoiti, M; Iglesias S, Dall'Orso, P Algorta, G; Pérez, MC.

Introducción: Establecer clínicamente con certeza el diagnóstico de faringoamigdalitis estreptocócica tiene sus limitaciones. Resulta útil en área de urgencia disponer de pruebas de diagnóstico como la prueba de detección rápida de antígenos de S. pyogene (DRA) de alta especificidad y sensibilidad algo menor. Existen pocos estudios que evalúen su rendimiento en el proceso diagnóstico de niños que consultan por diferentes motivos en servicios de emergencia. **Objetivos:** Describir la población a la cual se le realizó una prueba de detección rápida de antígenos (DRA) para *Streptococcus pyogenes* (SβHGA). Conocer la aplicación del test de DRA de SβHGA según el motivo de consulta, edad y su correlación con cultivo faríngeo. **Material y métodos:** Estudio prospectivo, observacional en los servicios de emergencia del Hospital Pereira Rossell y Hospital Británico. Se incluyeron niños en los cuales se indicó realizar test de DRA y exudado faríngeo (EF) entre el 14 de febrero y el 13 de abril de 2018. Se registró: sexo, edad, motivo de consulta, diagnóstico, tratamiento, destino, resultado del test y de cultivo faríngeo. Se calculó sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN). **Resultados:** n=241 niños. 76,4% fueron valorados en atención rápida. Rango 8 meses-14 años, media 6 años. Consultaron por fiebre 103 niños (42,7%); por odinofagia 48, por erupción 11 y 47 por (vómitos, dolor abdominal, dolor en miembros, tumefacción retroauricular, tortícolis). Al 95% de los niños se le otorgó el alta. DRA negativos 87,6% (N: 211) y positivos 12,4% (N: 30). EF neg. 80,1% (N: 193) y positivos para SβHGA en 13,7% La sensibilidad de la prueba fue del 49% y su especificidad del 93%. El VPP 53% y el negativo 91%. El diagnóstico más frecuente fue faringitis viral 132 (54,7%). **Conclusiones:** el test se aplicó fundamentalmente a escolares febriles, algunos con odinofagia. Se integra al proceso diagnóstico de otros síntomas comunes de consulta. Contribuye a diferenciar en forma rápida la etiología y habilita a no usar antibióticos en caso de resultado negativo. Estos resultados avalan la utilidad de esta técnica de diagnóstico microbiológico en la toma de decisiones en la urgencia

TRABAJO N°63

PODEMOS PREDECIR QUIEN DESARROLLARA UN SHU POR E. COLI O157?

Gómez g, Fernández c.

Clínica Santa María, Santiago, Chile, dra.gomezelisa@gmail.com

El síndrome urémico hemolítico (SHU) es una patología poco frecuente, pero con una alta morbimortalidad asociada. Se caracteriza por ser una microangiopatía trombótica, cuya presentación clínica es trombocitopenia, anemia hemolítica y falla renal aguda. Se asocia principalmente a infección entérica por *Escherichia coli* productora de toxina shiga O157 (*e. coli* O157). En Chile su incidencia anual es de 3 casos por cada 100.000 niños, frecuente en menores de 5 años. Su mecanismo de contagio es a través de ingesta de alimento en especial carnes crudas o agua contaminadas y en época de verano. Sólo un 15% de pacientes con infección entérica por *e.coli* O157 desarrollan un SHU, de los cuales un 26% quedará con algún grado de secuela y su mortalidad es de un 3 a 5%. Debido a sus complicaciones, se ha estudiado ampliamente los factores de riesgo para desarrollar SHU y medidas para disminuir las complicaciones, ya que sólo se detecta una vez establecido el daño. A pesar de conocerse el mecanismo fisiopatológico aún no existe tratamiento para detener su progresión, siendo hasta el día de hoy la prevención del contagio la medida más costo efectivo.

METODOLOGÍA: análisis de 3 casos clínicos de pacientes pediátricos entre 1 y 3 años de edad que consultaron en el servicio de urgencia y se diagnosticó una infección entérica por *e. coli* O157.

RESULTADOS: Pacientes pediátricos entre 1 y 3 años de edad, consultaron por cuadro de diarrea con sangre, se detectó presencia de *e coli* O157. A todos los pacientes se realizaron exámenes que incluyeron hemograma y función renal los cuales se encontraban en rango normales. Se decidió alta en 2 de los casos con control a las 24 horas y sólo 1 se hospitalizó por el antecedente de hermana hospitalizada por un SHU. En el control de 24 horas una de las pacientes se encontraba levemente deshidratada pero con exámenes de laboratorio no compatibles con SHU, se decidió hospitalización para rehidratación parenteral. A las 24 horas evoluciona con SHU severo que requirió peritoneodialisis.

CONCLUSIONES: Se desconocen los factores ambientales o genéticos que pueden predisponer a la progresión de un SHU. Considerar hospitalizar en presencia de palidez, fiebre, dolor abdominal, vómitos, diuresis escasa, independiente de los exámenes de laboratorio. Hidratación precoz y expansión de volumen si bien no previene un SHU, ha demostrado disminuir las complicaciones severas.

Si se decide tratamiento ambulatorio se recomienda control a las 24 horas y 48 horas con exámenes de laboratorio.

GEL LAT COMO ANESTÉSICO LOCAL EN LA REPARACIÓN DE HERIDAS QUE REQUIEREN CIERRE QUIRÚRGICO. EXPERIENCIA EN LA EMERGENCIA PEDIÁTRICA DE UNA INSTITUCIÓN PRIVADA.

Dall'Orso P, López A, Deandreis V, Zeballos J, Gerpe N, Etcheverry G. Departamento de Pediatría del Hospital Británico (HB).

Introducción: La realización de procedimientos que generan dolor y ansiedad son frecuentes en los servicios de urgencia pediátrica. Los puntos de sutura en laceraciones son los procedimientos menores más comunes. Conseguir anestesia causando el mínimo dolor es fundamental para una correcta reparación de la lesión en condiciones seguras. Es bien conocido el temor de los niños a las agujas, contar con un producto que logra anestesia tópica evitando la utilización de agujas, es un gran avance constituyendo uno de los indicadores de calidad más importantes en el ámbito de la sedoanalgesia. **Objetivo:** Comunicar la primera experiencia con el uso de GEL LAT (anestésico tópico compuesto por 4% lidocaína, 0,1% adrenalina y 0,5% tetracaína) hasta ese momento no disponible en Uruguay. **Material y método:** Estudio prospectivo. Incluyó todos los niños que consultaron en la emergencia del HB con laceraciones traumáticas ≤ 5 cm desde el 19 de noviembre del 2017 hasta el 21 de enero del 2018. Se estableció un protocolo de actuación que incluía el procedimiento de aplicación. Se coordinó su tiempo de aplicación con el cirujano. Se diseñó una planilla de registro que incluía: edad, tipo y topografía de la lesión, necesidad de realizar anestesia complementaria y presencia de complicaciones. Se realizó una encuesta de satisfacción a la familia. **Resultados:** n= 43 niños, 63 % varones. Rango de edad de 1 a 12 años, mediana de 5 años. La topografía de las lesiones fueron, 20 (46%) en cara, 14 (32%) en miembros inferiores, 7 (16%) en cuero cabelludo, una en miembro superior y un paciente presentaba heridas en miembro inferior y cara. N=30 (70 %) de los niños no requirieron anestesia complementaria por punción con aguja. En todos los pacientes se aplicaron técnicas de distracción, en 2 pacientes se administró sedación farmacológica no invasiva. No se registraron incidentes ni complicaciones. Los padres refirieron que el uso del GEL LAT resultó a su criterio excelente o muy bueno. **Conclusiones:** la aplicación de GEL LAT como anestésico local en la reparación de heridas en éste grupo de pacientes resultó útil y seguro, independientemente de la topografía. Las lesiones de cara fueron las más frecuentes. Su introducción fue recibida con alta satisfacción por las familias. Seguramente la integración de éste producto a un protocolo de sedoanalgesia estandarizado que incluya sedación farmacológica si es necesaria, optimizaría su rendimiento.

DESCRIPCIÓN DE USO DE OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO

Oliva G, Leonardo J, Álvarez E

Departamento de Emergencia de Pediatría. Hospital General San Juan de Dios, Guatemala, Guatemala.

Objetivo: Describir la eficacia de utilizar un sistema de oxigenoterapia de alto flujo en pacientes con insuficiencia respiratoria en pacientes atendidos en la emergencia de pediatría del Hospital General San Juan de Dios.

Población y Métodos: Estudio clínico prospectivo observacional en el que se incluyeron todos los pacientes manejados con sistema de oxigenoterapia de alto flujo en el departamento de emergencia pediatría del Hospital San Juan de Dios durante los meses de mayo 2017 a abril 2018. Las variables que se analizaron antes de iniciar el tratamiento y dos horas después del inicio, fueron: puntuación en la escala de Downes, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, gasometría, tiempo de uso de oxigenoterapia, de la misma forma se documentó la edad, patología de base y necesidad de ventilación invasiva tras el inicio del tratamiento.

Resultados: El número total de pacientes que se manejaron con oxigenoterapia de alto flujo fueron 94, con un pico máximo en agosto de 2017, en edades comprendidas entre 1 mes hasta 6 años de edad, siendo el promedio de edad 1 año 7 meses. La patología de base con mas frecuencia fue la neumonía bacteriana con 58%. La frecuencia respiratoria disminuyó a las dos hora de uso en un 17.3%, con una media antes de iniciar de 52 respiraciones por minuto, y dos horas luego de iniciar de 43 respiraciones por minuto. La frecuencia cardíaca disminuyó un 9%. El puntaje en la escala de Downes disminuyó siendo el puntaje más frecuente al inicio 6 puntos con respecto a las 2 horas que fue de 4 puntos. Según las gasometrías documentadas existió un aumento de PaO₂ según las medias: (inicio de 48.1mmHg/ dos horas de uso 53.5mmHg). El tiempo promedio de uso fue de 97.04 horas = 4.04 días. Con respecto a la evolución del paciente solo el 18% requirieron ventilación mecánica.

Conclusión: El sistema de oxigenoterapia de alto flujo utilizado en los pacientes es eficaz en todas las variables evaluadas, evitando el uso de ventilación mecánica en gran porcentaje.

LACTANTES FEBRILES MENORES DE TRES MESES SIN FOCO APARENTE. ¿ES NECESARIO CAMBIAR LA ESTRATEGIA DE EVALUACIÓN? PROBAMOS EL “STEP BY STEP”.

Dres: Dávila H, Mannise R, Noroya N, Dall’Orso P, Prego J. Departamento de Emergencia Pediátrica (DEP). FM UdelaR. HP-CHPR.

Introducción: Existe interés en el ámbito de la emergentología pediátrica en homogenizar la forma de evaluar los lactantes febriles menores de tres meses que consultan en la urgencia. Contar con un protocolo que permita detectar precozmente el niño que cursa una enfermedad bacteriana invasiva (EBI) sin realizar conductas desproporcionadas es todo un desafío. Algunos países adoptaron un enfoque secuencial en base a una estadificación de riesgo. El protocolo conocido como “step by step” ha sido validado como herramienta precisa. **Objetivo:** Evaluar el resultado del Step by Step en una cohorte de lactantes con FSF que habían sido evaluados de acuerdo a la pauta vigente. **Material y Métodos:** estudio descriptivo observacional retrospectivo. Criterios de inclusión: <90 días de vida que consultaron en emergencia por FSF entre el 1ro de enero y 31 de diciembre del 2017. Los datos se obtuvieron en forma electrónica del programa GeoSalud. Se aplicó en forma “teórica” la secuencia del step by step en base a los criterios clínicos y de laboratorio definidos en ésta estrategia. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS19 y se expresó con distribución de frecuencias simples y medidas de resumen. **Resultados:** n= 142 menores de 90 días de vida. El rango de edad (7- 88) días con una mediana de 38 días. n=16 integraron el grupo de alto riesgo por TEP inestable, 10 mayores de 21 días de los cuales en 2 se confirmó EBI; en 3 ITU y en uno Neumonía. En el grupo de alto riesgo por edad menor de 21 días se registraron 26 pacientes, 1 con EBI (sepsis neonatal tardía), 4 con ITU. En el grupo comprendido entre 22 y 89 días con TEP estable, n=41 presentaron antecedentes patológicos que los clasificaron de alto riesgo. En éste grupo n=25 de alto riesgo por presentar leucocitaria, en 9 de estos pacientes se confirmó ITU. No se registraron pacientes con EBI. n=23 pacientes integraron el grupo de bajo riesgo; en éstos se confirmó 1 ITU y 1 paciente se clasificó de riesgo intermedio por PCR elevada, con cultivos negativos. No se registraron PCT mayores a 0.5 ng/ml, recuento absoluto de neutrófilos mayor a 10.000/mm³ ni EBI en este grupo. **Conclusiones:** En ésta cohorte todos los pacientes con EBI pertenecieron al grupo de alto riesgo. Las infecciones bacterianas no bacteriémicas también fueron identificadas en la secuencia de evaluación. Un paciente de bajo riesgo cultivo una *Klebsiella* en el urocultivo. De acuerdo a ésta observación la aplicación del protocolo Step by Step que implica la realización de un menor número de procedimientos diagnósticos invasivos que la pauta de evaluación y actuación actual demostró ser una herramienta precisa para identificar pacientes con bajo y alto riesgo de EBI en ésta población.

INTENTOS DE AUTOELIMINACIÓN EN LA EMERGENCIA PEDIÁTRICA CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN Y PRESENTACIÓN CLÍNICA

Dres: Ré Marianela, Dávila H, Dall'Orso P, Prego J. Departamento de Emergencia Pediátrica (DEP). FM UdelaR. HP-CHPR.

Introducción: Uruguay es el país de Latinoamérica con mayor tasa de suicidio. La edad pediátrica no escapa a ésta realidad constituyendo un importante problema de salud, la detección de patrones de conducta suicida es referida como una medida importante en la prevención. Se estima que por cada suicidio existen 20 intentos de autoeliminación (IAE). Muchos de éstos pacientes arriban a servicios de emergencia en diferentes condiciones, en ocasiones en riesgo vital. Los pacientes víctimas de un IAE requieren una valoración integral, el pediatra de urgencias cumple un rol vital.

Objetivo: conocer las características de niños y adolescentes que consultan por IAE en la emergencia pediátrica de un hospital de referencia, la clínica de presentación y los métodos empleados **Material y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo basado en la revisión de historias clínicas con ficha precodificada. Se incluyeron todos los < 15 años que consultaron en el DEP del CHPR desde el 1/1/2015 hasta el 31/12/2015, con diagnóstico de IAE **Resultados:** En DEP en el período de estudio n=58158 consultas, n=111 fueron por IAE (2/1000 consultas anuales). Se obtuvieron para su análisis un total de 101 El rango de edad (6 a 14) años, 76,2% sexo femenino. 56,4% procedían del interior. El 23 % tenían algún grado de inestabilidad al arribo al DEP y el 7% presentó un IAE grave asistiéndose en la unidad de reanimación y estabilización. El 80% presentaban patología psiquiátrica, los trastornos de conducta y la depresión los más frecuentes. Un tercio provenían de hogares disfuncionales. 15% consumían sustancias psicoactivas. El 72% el método utilizado fue la ingesta de fármacos o sustancias. El 28% restante (precipitación, lesiones por arma de fuego o blanca, ahorcamiento). 5 casos refirieron ser víctimas de abuso sexual. El 65 % fue valorado por psiquiatra de guardia. En un tercio se realizó decontaminación digestiva. **Conclusiones:** La incidencia de IAE y el perfil se mantienen incambiables en relación a investigaciones anteriores. Predominan las adolescentes de sexo femenino, con antecedentes de patología psiquiátrica que ingieren fármacos en domicilio con intención suicida. La identificación de métodos cruentos y el porcentaje de pacientes inestables, obliga al pediatra de urgencias a estar preparado para asistir pacientes víctimas de lesiones graves que requieren medidas de estabilización y soporte vital avanzado en algún momento de la asistencia.

¿ES UTIL APLICAR UNA ESCALA DE PREDICCIÓN CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS AGUDA EN NIÑOS EN LA URGENCIA?

Más M, Tórtora S, Morosini F, Mediza M, Molineli G, Venturino C, Iramain R, Giacoia A, Venturino S, Gómez N, Pereira Nuñez D, Dall'Orso P, Prego J
As. Española, CASMU, CHPR, COMEPA, COSEM, H.Británico, H.Paysandú, H.Policial

El dolor abdominal es un motivo de consulta frecuente en pediatría. Muchas entidades pueden presentarse con éste síntoma. La apendicitis aguda (AA) es la causa más frecuente de cirugía abdominal no programada en niños. Su forma de presentación clásica no está presente en todos los casos. La edad del niño, la topografía del apéndice cecal y la tolerancia al dolor varía en cada paciente y hace en ocasiones difícil el diagnóstico. En Uruguay no es frecuente la aplicación de escalas ni protocolos de actuación desde los servicios de urgencia (SU) para el diagnóstico de AA. Cada pediatra solicita los exámenes e interconsultas de acuerdo a la práctica habitual. La regla de predicción clínica "Pediatric Appendicitis Score" (PAS) define 3 grupos de riesgo: baja, mediana y alta sospecha. Su incorporación a protocolos de actuación tiene el objetivo de realizar el diagnóstico de AA con una mínima variación en la atención y un uso eficiente de las pruebas diagnósticas. **Objetivo:** Aplicar el PAS y un protocolo de actuación a niños que se plantea probable AA. Comparar la conducta sugerida por este protocolo con la realizada por el pediatra actuante. **Material y métodos:** Estudio descriptivo, prospectivo, multicéntrico. Período: 1/7-31/8 2018. Criterios de inclusión: < 15 años que consultaron en 8 servicios de emergencia pediátrica por dolor abdominal en los que se plantea probable AA. El pediatra tratante asistió al niño de acuerdo a su práctica habitual. Luego del alta se calculó el PAS y se comparó la conducta adoptada, con la guía de actuación recomendada por el Departamento de Emergencia del Cincinnati Children's Hospital Medical Center (CCHMC). **Resultados:** N: 197. Varones 111 (56%). Edad: Media 9 años, rango 1-14. Migración del dolor a FID 67 (34%). Al examen dolor en FID 163 niños (83%), defensa 52 (26%). Laboratorio: 157. Ecografía: 107 (patológicas 59). Valoración por cirujano: 175. Hospitalizaciones 106 (54%). A 67 niños (63%) se les realizó cirugía. Diagnósticos postoperatorios: AA 60, plastrón apendicular 3, peritonitis apendicular 2, oclusión por bridas 1, adenitis mesentérica 1. Riesgo según PAS: bajo 25 niños, medio 123 niños, alto 49 niños. Según riesgo y guía de actuación, la ecografía abdominal estaba indicada en 123 niños (realizadas 107, p=0,125), consulta con cirujano en 82 (realizadas 175 p<0,001), orina en 24 (realizados 35 p=0,15), ecografía ginecológica en 55 (realizadas 8 p<0,001). Todos los pacientes con diagnóstico final de AA o peritonitis apendicular clasificaban en los grupos de riesgo medio o alto. Ningún niño dado de alta incluido en esta serie es ingresado posteriormente con diagnóstico de AA. **Conclusiones:** En esta serie de pacientes la aplicación de una escala de riesgo y una guía de actuación vinculada a la misma, no evidenció diferencias significativas con la práctica habitual en la realización de exámenes de laboratorio, ni ecografía abdominal. Se observó un número mayor de consultas con especialista que las recomendadas por el CCHMC, resultado que podría considerarse en aquellos centros que no cuentan con cirujano y requieren derivación. La práctica habitual aplicada en esta serie resultó adecuada en relación al uso de recursos y segura para los pacientes.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INFLUENZA A H1N1 QUE NECESITARON DE CUIDADOS INTENSIVOS EN PERÍODOS NO EPIDÉMICOS

Sebben JM, Biondo GF, Jr Gross M, Zandoná B, Maya F, Souza PR, Gaulke JG, Peruzatto P, Rocha TS, Piva JP, Lago PM, Santana JC.

Serviço de Emergência e Medicina Intensiva Pediátricas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

En 2009 fue registrada la última gran epidemia mundial por influenza A H1N1. En 2016, un aumento significativo de casos también ocurrió en diversos locales, sin caracterizar una nueva epidemia. El presente estudio tiene como objetivo estudiar las características clínicas de los pacientes pediátricos con gripe A H1N1 que en 2016 necesitaron de cuidado en la unidad de terapia intensiva pediátrica (UTIP) y compararlas con el perfil de pacientes que en 2009 fueron hospitalizados en la UTIP por el mismo motivo.

METODOLOGÍA

Estudio prospectivo, tipo serie de casos, donde fueron seleccionados pacientes de 0 a 14 años con síndrome gripal que tuvieron infección por influenza A H1N1 confirmada por investigación con PCR DNA (Reacción en cadena de polimerasa) de secreción orofaríngea y que necesitaron atención en UTIP en 2016. Los registros de antecedentes personales - familiares, datos demográficos, aspectos clínicos y laboratoriales fueron confirmados en la historia clínica electrónica de estos pacientes, almacenados en un banco de datos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el presente estudio fueron incluidos 64 pacientes pediátricos, siendo que 10 (15%) pacientes necesitaron cuidados intensivos. La mayoría de los pacientes eran de sexo masculino (60%) con edad media entre 3 años y 7 meses. Los síntomas más encontrados fueron fiebre, tos, taquipnea y tirajes. La gran mayoría de los pacientes de UTIP presentaban alguna comorbilidad, siendo la más frecuente neumonía crónica (50%). Los principales hallazgos radiológicos fueron focos de consolidación (70%) e infiltrado intersticial (40%). La ventilación mecánica fue usada en 70% de los pacientes por un tiempo medio de 15,6 días. Todos los pacientes recibieron oseltamivir. Se presentó un caso de muerte portador de cirrosis secundaria a colestasis. Cuando los resultados fueron comparados con los de estudios europeos y latinoamericanos envolviendo pacientes con influenza A H1N1 que necesitaron hospitalización en UTIP en 2009, Se evidenció que el perfil de nuestros pacientes en 2016 era bastante semejante, considerando la presencia de comorbilidades, manifestaciones y desenlace clínico.

CONCLUSIONES

En periodos de elevación de la incidencia de casos de gripe A H1N1, los pacientes portadores de comorbilidades crónicas, ofrecen mayor preocupación porque son aquellos que presentan una evolución con mayor gravedad y necesidad de cuidados intensivos, especialmente ventilación mecánica y permanencia mas prolongada en UTIP.

TRABAJO Nº70

Análisis de las reconsultas en un servicio de Emergencia Pediátrica.

Más M, Casuriaga A, Salvo F, Cassanello P, Grunbaum S, Ramírez Y, Giachetto G.
Asociación Española Primera en Salud. Montevideo, Uruguay

Las reconsultas constituyen un indicador de calidad asistencial. Conocer sus características permite planificar estrategias para la mejora continua de la atención en el servicio de emergencia. **Objetivo:** Describir las características de las reconsultas en las primeras 72 hs en un servicio de Emergencia Pediátrica (SE) durante los meses de enero, abril, julio y octubre de 2017. **Metodología:** estudio descriptivo, retrospectivo, mediante revisión de historias clínicas electrónicas de una muestra por conveniencia, del SE de un prestador de salud privado de Montevideo. Se excluyeron aquellas debidas a un evento diferente al que motivó la primera consulta. Se analizó frecuencia, edad, sexo, momento, motivo de la reconsulta y evolución. Para el análisis de datos se utilizó EPIINFO. **Resultados:** En el periodo analizado ocurrieron 8299 consultas y 476 reconsultas de las cuales 54 fueron excluidas por haber sido motivadas por patologías diferentes a la primera consulta. Se incluyeron 422. En este periodo las reconsultas por la misma patología representaron el 5,1%. Media de edad 4 años; varones 54%. Reconsultaron 1 vez 352 niños, 2 veces 23 niños y 3 veces 8 niños. Los motivos de las reconsultas fueron: persistencia de los síntomas 204 (48%), evolución de la enfermedad 73(17%), control 59 (14%), procedimientos o exámenes pendientes 51(12%), peoría 30(7%), otro diagnóstico 5(1%). Las patología más frecuente fueron infecciones respiratorias y crisis bronco obstructivas 155 (37%), lesiones e injurias 61 (14%) y gastroenteritis 40 (9%). Luego de la segunda consulta el 88 % fue dado de alta a domicilio y 12 % hospitalizado. Ninguno de los niños que reconsultó ingresó a unidad de cuidado intensivo ni falleció. **Conclusiones:** En este servicio la frecuencia de reconsultas es similar a la comunicada en otras series. Sin embargo, la tasa de hospitalización de los niños que reconsultan es mayor que en los niños que no reconsultan (12% vs. 7%). Analizando los motivos de reconsulta es necesario mejorar la gestión clínica desarrollando estrategias de comunicación con los padres y cuidadores y reforzando las consultas ambulatorias y la contrareferencia al primer nivel de atención. Esto podría disminuir la frecuencia de reconsultas motivadas por persistencia de los síntomas, evolución natural de la enfermedad y controles. Resulta importante, reiterar el estudio luego de implementar planes de mejora de la gestión clínica.

APENDICITIS AGUDA EN MENORES DE 2 AÑOS, UN DESAFÍO

DIAGNÓSTICO Tórtora S, Pereira Nuñez D, Más M, Morosini F, Moure T, Marrero F, Venturino C, Osta L, Mullin L, Dieguez C, Ferreira MI, Dall'Orso P, Prego J.

Casa de Galicia,

CHPR, COMEPA, H. Británico. Uruguay.

Introducción: la apendicitis aguda (AA) es la afección quirúrgica de urgencia más común en niños, su incidencia es de un 4% en menores de 14 años, con un pico máximo entre los 10 y 14. La AA es rara en lactantes y preescolares pero la mortalidad y las complicaciones son más frecuentes. Las características anatómicas del apéndice en niños pequeños aumentan la posibilidad de abscedación, peritonitis y perforación. Los diagnósticos diferenciales se establecen con otros procesos abdominales de mayor prevalencia. **Objetivo:** describir la presentación clínica de una serie de niños menores de 3 años con diagnóstico de apendicitis aguda y su evolución. **Material y métodos:** estudio descriptivo, retrospectivo. Período: enero 2013-junio 2018, en los servicios de urgencia (SU) de 4 instituciones de asistencia médica pública y privada. Población: menores 3 años con diagnóstico postoperatorio de AA. Variables: edad, sexo, características del dolor abdominal, fiebre, vómitos, anorexia, tránsito digestivo bajo, conciencia, constantes vitales, examen abdominal, laboratorio, imágenes, diagnóstico postoperatorio, informe anátomo patológico, complicaciones. Fuente de datos: registro de pacientes de block quirúrgico, historias clínicas. Se presentó a comité de ética. **Resultados:** n=24. Edad: media 24 meses, mediana 22, rango 12-33 meses. Masculino 11, femenino 13. Presentaron dolor abdominal 22/24. La media de hs de dolor abd fue 56. Fiebre 15/16, vómitos 11/16, alt transito 7/17, rechazo alimento 10/13 Examen abd: dolor FID 12/17, dolor difuso 5/17, defensa 8/17, compromiso hemodinámico 3/17. Laboratorio: GB mayor 15.000: 9/23, PCR mayor 25: 7/22, PCT mayor 2: 1/23. Se realizó ecografía abdominal a 16 niños, 8 informaron AA o plastrón, 2 fueron normales, 6 informan hallazgos patológicos pero no informan AA. Los diagnósticos en el SU fueron: Dolor abdominal 6, Apendicitis 4, Cuadro agudo de abdomen 2, plastrón 2, invaginación intestinal 2, shock 3. Diagnóstico post operatorio: 13 AA, 8 plastrón apendicular, 2 peritonitis. La media de hospitalización fue de 5 días. Siete tuvieron complicaciones: 4 infección herida, 3 shock séptico. Un niño se presentó como shock séptico, fallece en el SU, diagnóstico post mortem plastrón apendicular peritonitis purulenta. **Conclusiones:** Se presenta la primera serie de casos de niños menores de 3 años con AA en Uruguay. Si bien tiene las limitaciones de un estudio retrospectivo, se contó con el informe postoperatorio de todos los pacientes. La presentación clínica más frecuente fue dolor abdominal de 2 días de evolución y fiebre. El laboratorio y las imágenes contribuyeron en forma limitada en la orientación diagnóstica en esta serie. Solo la mitad tenían diagnóstico preoperatorio de AA, CAA o plastrón. Las complicaciones se presentaron en 1 de cada 4 niños. De acuerdo a ésta observación el diagnóstico clínico de AA en los niños pequeños es difícil y los exámenes de laboratorio e imágenes no siempre son definitorios, por lo cual en éste grupo etáreo la consulta con el cirujano y la exploración quirúrgica son fundamentales para un diagnóstico oportuno.

HEMORRAGIA ALVEOLAR NO INMUNE EN PEDIATRÍA

Ríos M, Sobrero H, Chiesa P, Pinchak MC, Keshishian R, Blasina F, Gutierrez C. Centro Hospitalario Pereira Rosell, Montevideo Uruguay. Email mateoriosvaldez@gmail.com

INTODUCCIÓN: La hemorragia alveolar es una entidad clínica poco frecuente en pediatría. La mayoría son secundarias a enfermedades inmunomediadas que dañan la membrana alvéolo capilar. La hemorragia alveolar de causa no inmune es más infrecuente aún y su fisiopatología no es completamente comprendida. Presentamos cuatro casos clínicos de hemorragia alveolar no inmune para luego desarrollar una hipótesis donde se establecen los distintos factores que inciden en el desarrollo de dicha patología.

CASO 1 Recién nacido de pretérmino 26 semanas, restricción del crecimiento intrauterino. Pequeño para edad gestacional, vigoroso. Desarrolla hemorragia pulmonar dentro de las primeras 56 horas de vida. Estudio anatomopatológico confirma hemorragia alveolar difusa.

CASO 2 Recién nacido de término, parto vaginal, líquido amniótico meconial fluido. Adecuado para la edad gestacional, vigoroso. Desarrolla distrés respiratorio con posterior hemorragia pulmonar. Requiere altos parámetro de asistencia ventilatoria mecánica y administración de complejo protrombínico humano. Alta a los 30 días del ingreso.

CASO 3. Lactante de 5 meses. Operado en etapa neonatal, reparación coartación de aorta y cerclaje de tronco de arteria pulmonar. En la evolución desarrolla hipoflujo pulmonar, banding ajustado. Cierre comunicación interventricular y retiro de cerclaje pulmonar. Cursando postoperatorio distrés respiratorio y hemorragia pulmonar. Fallece a las 48hrs de la cirugía a pesar de tratamiento. Estudio anatomopatológico confirma hemorragia alveolar difusa.

CASO 4 Lactante de 6 meses Trisomía 21. Postoperatorio reparación de canal atrioventricular. En primeras 48 horas, edema y hemorragia pulmonar. Ecocardiograma constata insuficiencia severa de válvula atrioventricular izquierda. A la semana de la cirugía se reinterviene paciente con buena evolución posterior.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: El bajo espesor de la membrana alveolo-capilar determina mayor riesgo falla por estrés. El colágeno tipo IV sumado a la disposición de los alveolos y el intersticio pulmonar le dan resistencia extraordinaria a dicha membrana. En los casos que presentan una membrana alvéolo-capilar debilitada, alteraciones hemodinámicas y de la coagulación pueden ser determinantes. Es importante tener en cuenta estos factores ya que pueden ser parte del objetivo terapéutico en esta patología.