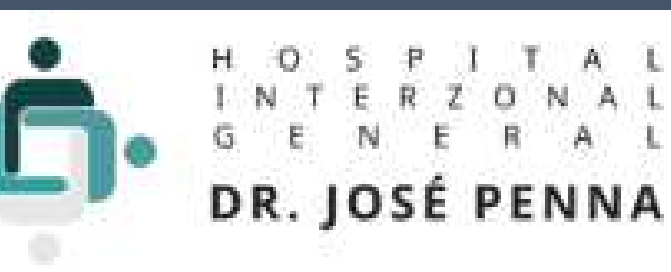




MESA REDONDA

NDROME UREMICO HEMOLITICO TIPICO: UN PROBLEMA NO RESUELTO  
29 DE SEPTIEMBRE DEL 2017

# *Predictores de gravedad y mortalidad en la fase aguda*



Laura F. Alconcher

Jefa de la Unidad de Nefrología Pediátrica  
del H.I.G.A. Penna Bahía Blanca.



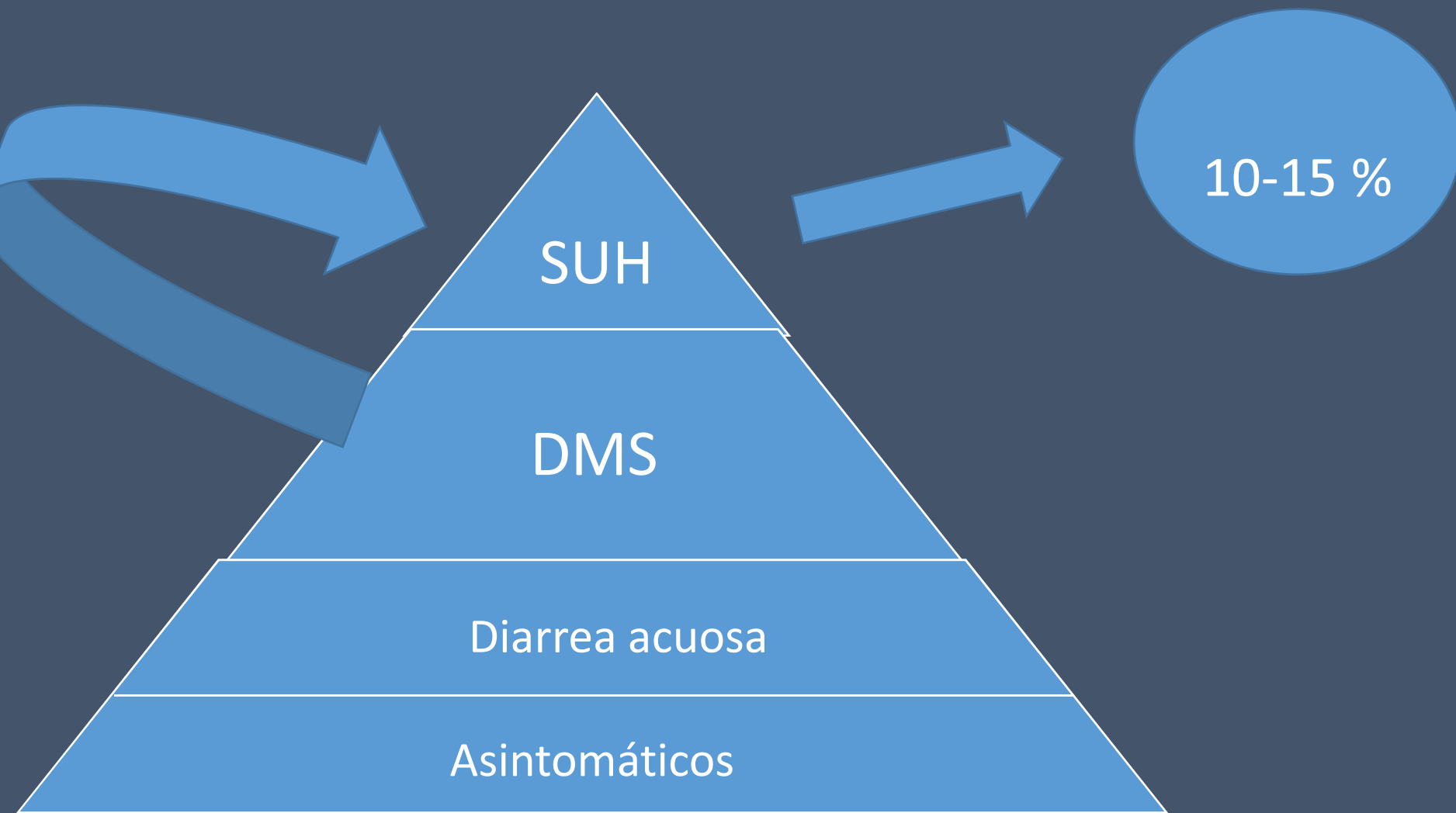
# Generalidades

- 8,5 casos cada 100000 menores de 5 años. Alrededor de **400 casos por año** del 2011-2015.
- **3-5 %** de los SUH **mueren** en la etapa aguda.
- El compromiso de la función renal es grave y oligoanúrico en aproximadamente la mitad de los pacientes.
- Es la **1era causa de IRA** , responsable del **9 % de los trasplantes renales**.
- 17 a 52 % de los pacientes tienen compromiso neurológico severo.
- Complicaciones extrarrenales: cardíacas, pulmonares, colitis hemorrágica, pancreatitis, compromiso retinal aumentan la morbimortalidad.

# Objetivos:

- 1-Identificar que pacientes con diarrea por STEC tienen mayor riesgo de evolucionar a SUH.
- 2-Identificar que paciente con SUH al ingreso hospitalario tiene mayor riesgo de desarrollar una forma grave de enfermedad: requerimiento de diálisis, compromiso neurológico severo, compromiso multisistémico.
- 3-Identificar que paciente con SUH al ingreso al hospital tiene más riesgo de morir.

***Identificar que pacientes con diarrea  
por STEC tienen mayor riesgo de  
evolucionar a SUH.***



Emerging Infectious Diseases 2005; 11 1955-7

## Hemolytic Uremic Syndrome Risk and *Escherichia coli* O157:H7

Boldtsetseg Tserenpuntsag,\* Hwa-Gan Chang,†  
Perry F. Smith,\*† and Dale L. Morse\*†

*J. Infect. Dis.* (2000), 184, 343-349. Printed in the United Kingdom. © 2000 Cambridge University Press

Predictors for the development of haemolytic uraemic syndrome with *Escherichia coli* O157:H7 infections: with special reference to the number of leucocytes on the day of illness

K. KIMURA\*, O. IIDA, K. KIMOTO, T. TAKATORIGE, N. NAKANISHI  
K. TATARA

Pediatrics ; 1997; 100: 1-6

Predictors of Hemolytic Uremic Syndrome in Children During a Large Outbreak of *Escherichia coli* O157:H7 Infections

John P. Bell, MD, MPH†; Patricia M. Griffin, MD‡; Paula Lozano, MD, MPH§¶; Dennis L. Christie, MD§#; John M. Kobayashi, MD, MPH||; and Phillip I. Tarr, MD§†#

LEUCOCITOS ELEVADOS



> 13000 aumenta el riesgo de evolucionar a SUH 5 veces



> 11000 (OR 5,03 IC 2,13 -11,87)



> 13000, 7 veces más chances de evolucionar a SUH.

**Conclusión: Los pacientes con las diarreas por STEC y leucocitos elevados tienen más chances de evolucionar a SUH.**

# Anticolin~~é~~rgicos

Pediatrics ; 1997: 100: 1-6

Predictors of Hemolytic Uremic Syndrome in Children During a Large Outbreak of *Escherichia coli* O157:H7 Infections

Beth P. Bell, MD, MPH<sup>\*</sup>; Patricia M. Griffin, MD<sup>†</sup>; Paula Lozano, MD, MPH<sup>‡</sup>#; Dennis L. Christie, MD<sup>§</sup>#;  
John M. Kobayashi, MD, MPH<sup>||</sup>; and Phillip I. Tarr, MD<sup>¶</sup>#



Aumentan casi 3 veces las chances de evolucionar a SUH (OR 2,9 IC 95% 1,2-7,

**Conclusión: El uso de anticolinérgicos en las diarreas por STEC está asociado a mayor incidencia de SUH y NO deben prescribirse.**

# Antibióticos

CID  
2012:55; 33

## Risk Factors for the Hemolytic Uremic Syndrome in Children Infected With *Escherichia coli* O157:H7: A Multivariable Analysis

Craig S. Wong,<sup>1</sup> Jody C. Mooney,<sup>2</sup> John R. Brandt,<sup>1</sup> Amy D. Staples,<sup>1</sup> Srdjan Jelacic,<sup>2</sup> Daniel R. Boster,<sup>2</sup> Sandra L. Watkins,<sup>2</sup> and Phillip I. Tarr<sup>2</sup>

©Copyright, 2000, by the Massachusetts Medical Society  
VOLUME 342 JUNE 29, 2000 NUMBER 26



### THE RISK OF THE HEMOLYTIC-UREMIC SYNDROME AFTER ANTIBIOTIC TREATMENT OF *ESCHERICHIA COLI* O157:H7 INFECTIONS

CRAIG S. WONG, M.D., SRDJAN JELACIC, B.S., REBECCA L. HARBEEB, B.S., SANDRA L. WATKINS, M.D., AND PHILLIP I. TARR, M.D.

Prospectivo 71 pacientes con diarrea por *E. coli* O157.

5/9 con ATB SUH vs. 5/62 sin ATB.

RR 17.3 IC 95% 2,2-137.

- Prospectivo 259 niños con diarrea por *E. coli* O157:H7, 36 (14%) evolucionaron a SUH.
- **36%** de los que recibieron ATB evolucionaron a SUH vs **12%** de los que NO ( $P = .001$ ).
- Esto fue válido para todos los ATB (más significativo para **TMS y metronidazol**)
- En el multivariado **alto el recuento de leucocitos** OR 1,10; (IC 95% 1.03–1.19), vómitos OR 3,05 (IC 95% 1.23–7.56) y **exposición a ATB** OR 3.62 (IC 95% 1.23–10.6) fueron factores independientes asociados al desarrollo de SUH.

**Conclusión: El uso de antibióticos en las diarreas por STEC está asociado a mayor incidencia de SUH y NO deben prescribirse.**



**Relative Nephroprotection During *Escherichia coli* O157:H7 Infections:  
Association With Intravenous Volume Expansion**

Julie A. Ake, MD\*†; Srdjan Jelacic, BS§; Marcia A. Ciol, PhD†; Sandra L. Watkins, MD†§;  
Karen F. Murray, MD†§; Dennis L. Christie, MD†§; Eileen J. Klein, MD, MPH†§; and Phillip I. Tarr, MD†§

Pediatrics 2005;115: 673-80

**Early Volume Expansion During Diarrhea and Relative  
Nephroprotection During Subsequent Hemolytic Uremic  
Syndrome**

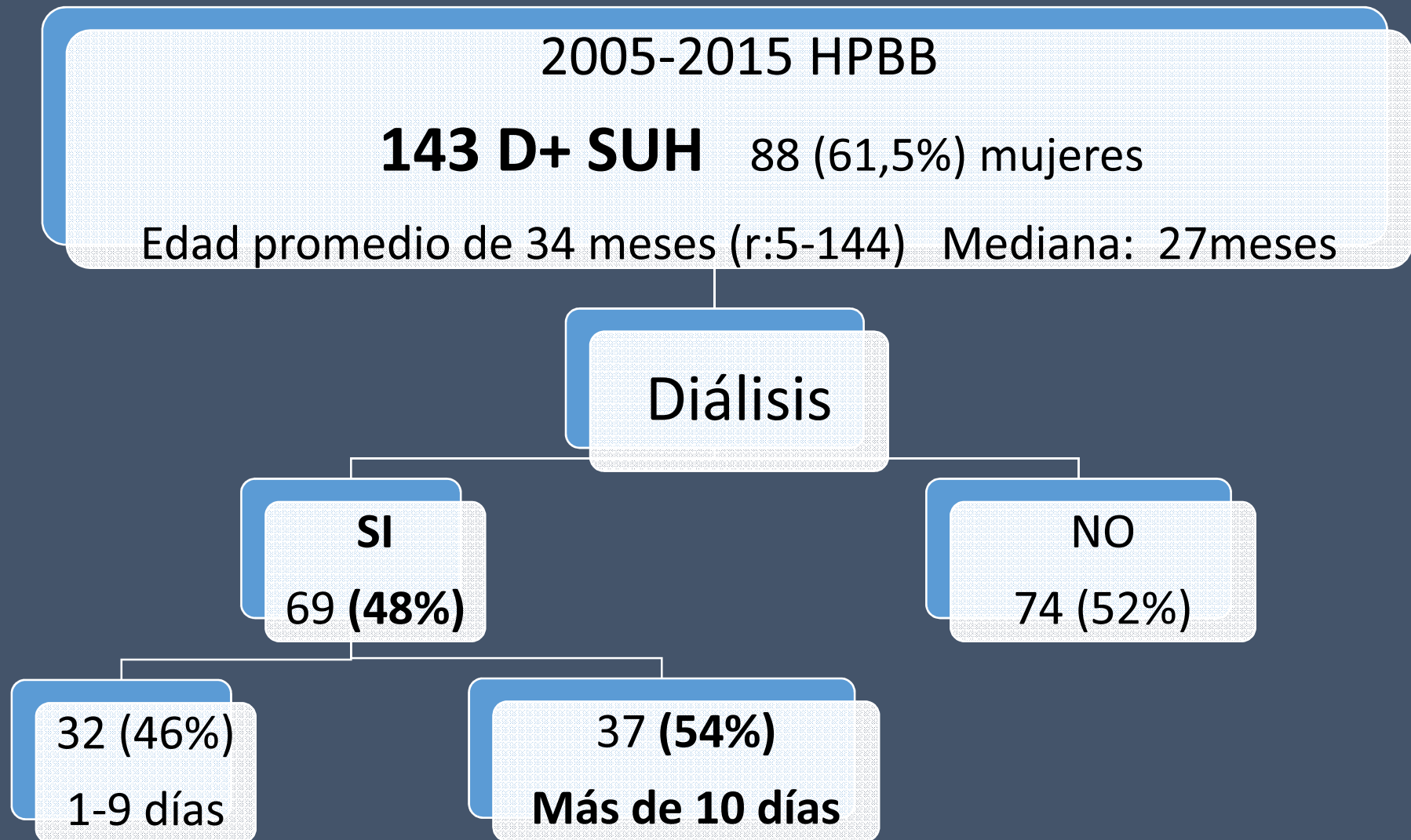
Dr. Christina A. Hickey, MD, Dr. T. James Beattie, MB, CHB, FRCPCH, Dr. Jennifer

Arch Pediatr Adolesc Med 2011;165: 884-889

***Conclusión: La expansión EV con SF de un paciente con diarrea por Ecoli O157 antes que se desarrolle el SUH está asociado a una injuria renal menor.***

***Identificar que paciente con SUH al ingreso hospitalario tiene mayor riesgo de desarrollar una forma grave de enfermedad: requerimiento de diálisis, compromiso neurológico severo, compromiso multisistémico.***

# Predictores de diálisis y diálisis prolongada al ingreso al hospital en pacientes con SUH asociado a diarrea.



Sin diálisis



Dx 1-9 días



Dx ≥ 10 días

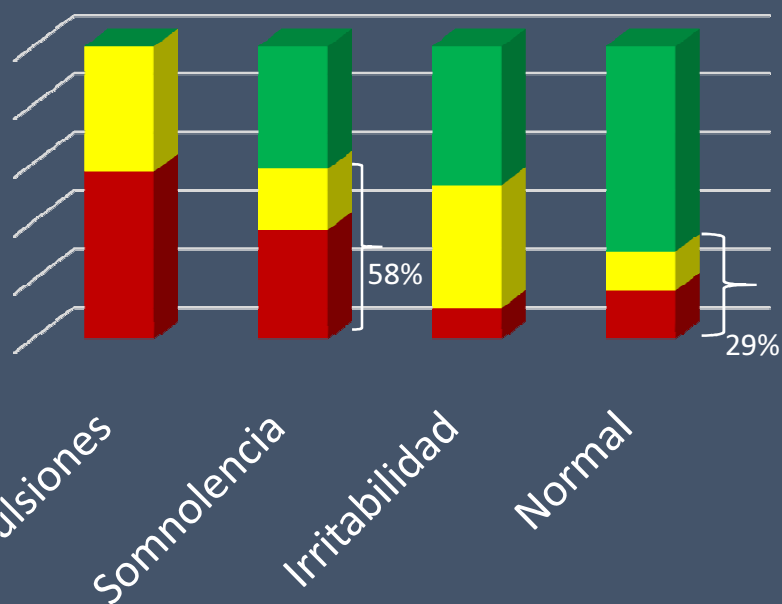
Posibles predictores: Género, edad (< o ≥ 2 años), estado de hidratación (deshidratado, normohidratado, sobrehidratado), compromiso neurológico (normal, irritabilidad, somnolencia, convulsiones), antibióticos previos al ingreso.

Recuento inicial de GB (≤20000 o > 20000), hematocrito al ingreso (≤23 o >23 %), recuento inicial de plaquetas.

### Diálisis vs. compromiso SNC

Irritabilidad vs. Normal (p=0.1930).

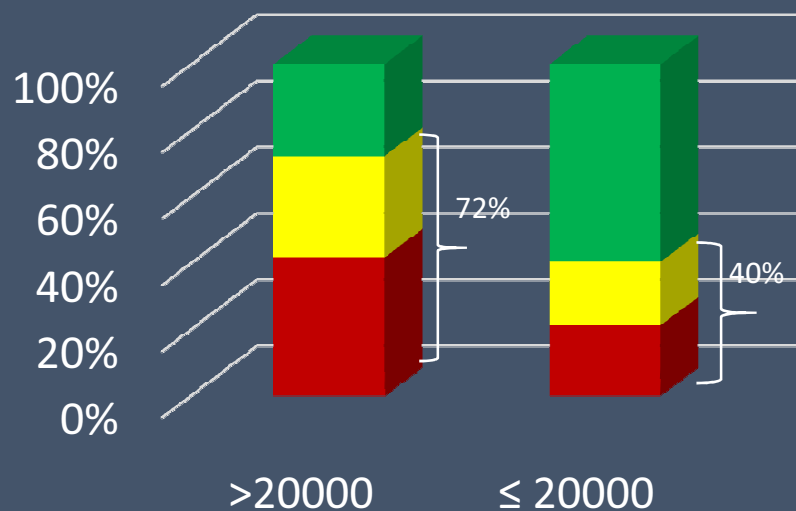
Somnolencia vs. Normal (OR=3,5; IC 95% 1.61-7.63; p=0.0015).



### Diálisis vs. leucocitos iniciales

(OR=3,20; IC 95% 1.57-6.54;

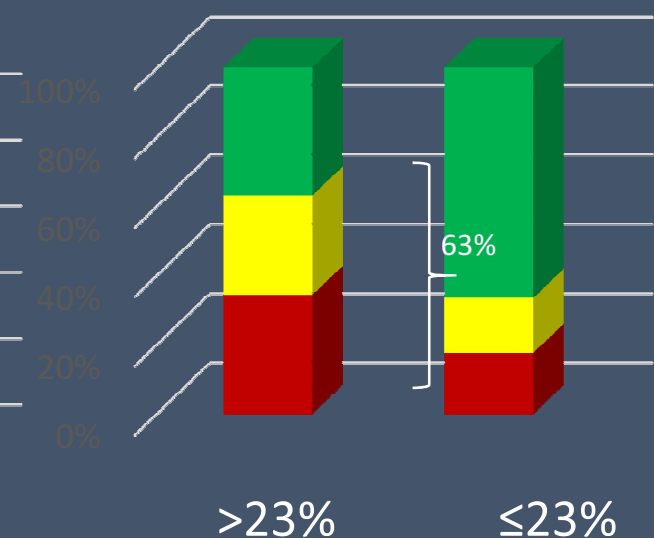
p=0.0014)



### Diálisis y Hematocrito inicial

(OR=3,08; IC 95% 1.60-5.93;

p=0.0007).



## **hemorrhagic colitis in postdiarrheal hemolytic uremic syndrome: retrospective analysis of 54 children.**

Man RC<sup>1</sup>, Cobeñas CJ, Drut R, Amoreo OR, Ruscasso JD, Spizzirri AP, Suarez Adel C, Zalba JH, Ferrari C, Gatti MC.

- 54 pacientes (5,5%)
- Mortalidad del **33,3%**
- **50%** de los pacientes al ingreso tenían **Hto > 30 %** y el **64,5 % leucocitos > 20000 /mm<sup>3</sup>**
- Dolor abdominal 96%
- Distensión abdominal 93%
- Hematoquesia 44%
- Masa abdominal 11 %
- 35 pacientes fueron quirúrgicos (65%) y 17 ( 48,5%) se realizó resección intestinal por necrosis y perforación del colon.

## Hemoconcentration: a major risk factor for neurological involvement in hemolytic uremic syndrome

Gianluigi Ardissino · Valeria Daccò · Sara Testa · Cristina Felice Civitillo · Francesca Tel · Ilaria Possenti · Mirco Belingheri · Pierangela Castorina · Nicolò Borsa-Ghiringhelli · Silvana Tedeschi · Fabio Paglialonga · Stefania Salardi · Dario Consonni · Elena Zoia · Patrizia Salice · Giovanna Chidini

**Table 1** Clinical and laboratory parameters at disease onset according to severity of the acute phase

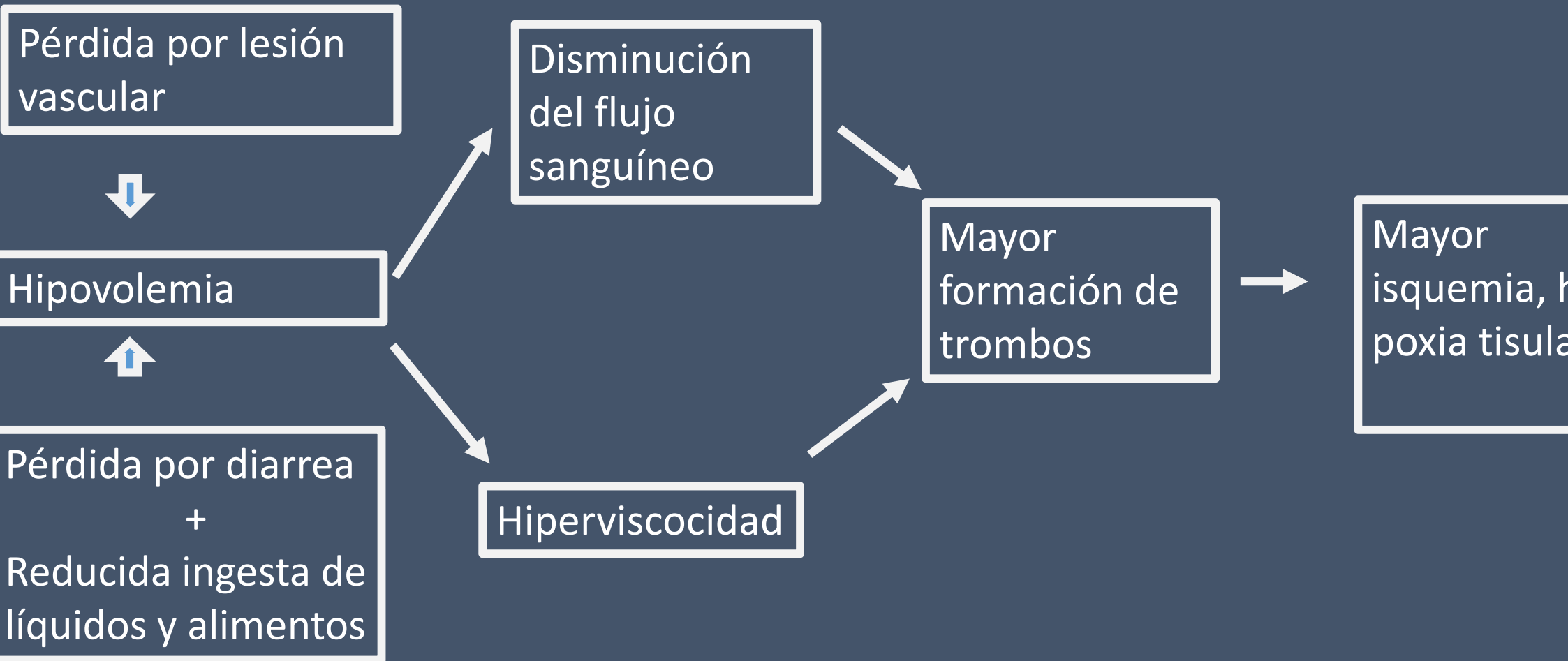
Clinical and laboratory parameters	Classification of patients according to disease severity during the acute phase <sup>a</sup>			<i>P</i>
	Group A	Group B	Group C	
Number of patients (%)	23 (38)	22 (36)	16 (26)	
Age (years)	2.1 (1.3–4.8)	3.1 (1.7–5.4)	2.8 (1.6–5.8)	0.518
Weight (kg)	12.3 (9.8–15.9)	16.0 (11.0–21.0)	12.3 (10.7–15.0)	0.132
SBP (mmHg)	108 (101–117)	111 (98–120)	110 (105–120)	0.917
DBP (mmHg)	67 (60–77)	71 (60–76)	62 (60–80)	0.972
Heart rate (bpm)	122 (120–138)	115 (104–128)	131 (120–140) <sup>e</sup>	0.076
WBC ( $\times 10^3/\text{mm}^3$ )	13.9 (10.7–16.3)	14.1 (11.6–17.7)	25.2 (20.3–28.5)	<0.002
Hb (g/dL)	8.5 (7.2–10.1)	9.1 (7.9–10.5) <sup>b</sup>	11.3 (9.7–13.1) <sup>b,c</sup>	<0.0001
PTL ( $\times 10^3/\text{mm}^3$ )	56 (42–65)	67 (41–105)	65 (31–113)	0.441
sCr (mg/dL)	1.0 (0.8–1.4)	4.3 (2.7–5.0) <sup>b</sup>	3.0 (2.4–5.9) <sup>b</sup>	0.0001
sUrea (mg/dL)	103 (85–125)	169 (119–207) <sup>b</sup>	131 (86–161)	0.002
sLDH (IU/L)	3,267 (2,239–4,079)	4,305 (2,463–7,300)	4015 (2,614–4,631)	0.427
sNa (mEq/L)	134 (134–140)	130 (127–131)	127 (122–133)	<0.0001
Plasma protein (g/dL)	5.5 (5.2–5.7)	5.4 (4.7–6.3)	5.1 (4.9–5.4)	0.520

Sin Dx Sin comp SNC

Con Dx sin comp SNC

Con Dx con comp SNC

*Especulan que la Hb alta podría deberse a hemoconcentración*



## Hematocrito bajo mejor pronóstico/ Hto Hb altos peor pronóstico

### **The expression of blood group P1 in post-enteropathic haemolytic uraemic syndrome.**

Taylor CM<sup>1</sup>, Milford DV, Rose PE, Roy TC, Rowe B.

Pediatr Nephrol (1990) 4. 59-61

**Conclusión:** Los pacientes con grupo sang P 1 hemolizan más pues la shiga toxina se une a este antígeno y tienen una enfermedad renal más leve.

**Más hemolisis menos gravedad.** Y sugieren el efecto protector que la transfusión podría tener ya que la mayoría de la población tiene grupo sang P1

Pediatr Nephrol. 2012 Aug;27(8):1407-10. doi: 10.1007/s00467-012-2158-0. Epub 2012 Apr 3.

### **Dehydration at admission increased the need for dialysis in hemolytic uremic syndrome children.**

Balestracci A<sup>1</sup>, Martin SM, Toledo I, Alvarado C, Wainsztein RE.

### **Dehydration upon admission is a risk factor for incomplete recovery of renal function in children with haemolytic uremic syndrome**

José M. Ojeda<sup>1</sup>, Isolda Kohout<sup>2</sup>, Eduardo Cuestas<sup>1</sup>

Nefrología 2013; 33: 372-6



pediatrics 2016; 137:  
15-21

## Early Volume Expansion and Outcomes of Hemolytic Uremic Syndrome

Gianluigi Andriano, MD, PhD,\* Francesca Tel, MD,\* Ilaria Possenti, MD,\* Sara Testa, MD,\* Dario Consonni, MD,† Fabio Pagliarone, MD,\* Stefania Salardi, BS,‡ Nicolò Borsa-Ghiringhelli, MD,‡ Patrizia Salice, MD,‡ Silvana Tedeschi, MD,‡ Pierangela Castorina, MD,\* Rosaria Maria Colombo, BS,\* Milena Arghittu, BS,\* Laura Daprà, BS,\* Alice Monzani, MD,‡ Rosangela Tozzoli, MD,‡ Maurizio Briggotti, PhD,‡ Ermilio Tonnesani, BS†

## Associations Between Hydration Status, Intravenous Fluid Administration, and Outcomes of Patients Infected With Shiga Toxin–Producing *Escherichia coli*: A Systematic Review and Meta-analysis

Yi-Niu Gao, MD; Jianling Xie, MD, MPH; Susan Samuel, MD; Lisa Harting, PhD; Phillip L. Tarr, MD; David Schnadower, MD, MPH; Stephen B. Freedman, MD, MSc; for the Alberta Provincial Pediatric Enteric Infection Team

Jama pediatrics nov 2016

Los 2 predictores de mala evolución en pacientes infectados con STEC son  
1) la falta de líquidos EV previo al desarrollo de SUH y 2) el Hto elevado al ingreso.

**Conclusión:** los pacientes con SUH que al ingreso tengan leucocitos muy elevados y especialmente hematocrito y/o hemoglobina altos (sea por hemoconcentración o no) tiene mayor riesgo de desarrollar una forma grave de enfermedad: requerimiento de diálisis y diálisis prolongada, compromiso neurológico severo, compromiso colónico grave.

**Recomendación:** Debemos mirar con más cuidado el **estado de hidratación** de los pacientes con diarrea por STEC y los pacientes con SUH al comienzo de la enfermedad y debemos evitar la deshidratación para evitar que se sume una NTA al fallo renal por MAT.

Pero **CUIDADO** los fluidos EV no se deben considerar INOCUOS especialmente en pacientes con un fallo renal agudo incipiente. La prescripción no controlada de líquidos, la elección inadecuada del fluido, la no revaloración oportuna puede llevar a ICC, EAP, hipertensión e hiponatremia.

***Identificar al ingreso que paciente tiene  
más riesgo de morir.***

## Predictors of Fatality in Postdiarrheal Hemolytic Uremic Syndrome

Robert S. Oakes, BS<sup>1</sup>, Richard L. Siegler, MD<sup>2</sup>, Markham A. McReynolds, BS<sup>3</sup>, Theodore Pysker, MD<sup>2</sup>, Andrew T. Pavla, MD<sup>4</sup>

Divisions of <sup>1</sup>Pediatric Nephrology, <sup>2</sup>Pediatric Pathology, <sup>3</sup>Pediatric Infectious Disease, University of Utah School of Medicine Salt Lake City, Utah

The authors have indicated they have no financial relationships relevant to this article to disclose.

Pediatrics (2006) 117; 165

**TABLE 3** Clinical Characteristics on Admission to Hospital; Acute-Phase Fatalities Compared With Survivors

Clinical Illness at Time of Admission	Fatal Cases (n = 12)	Nonfatal Cases (n = 340)	Relative Risk	P
Bloody diarrhea	10/12 (83.3)	242/340 (71.2)	1.14	0.28
Oliguria	8/12 (66.7)	148/339 (43.7)	1.79	0.012
Anuria	5/12 (41.7)	68/339 (20.1)	2.58	0.026
Fever	6/12 (50)	190/340 (55.9)	0.93	0.51
Seizures	2/5 (40.0)	4/85 (4.7)	8.5	0.034
Coma	1/12 (8.3)	3/334 (0.9)	9.36	0.13
Edema	4/12 (33.3)	77/337 (22.8)	1.35	0.35
Vomiting	10/12 (83.3)	275/340 (80.9)	1.09	0.43
Dehydration	7/12 (58.3)	106/339 (31.3)	1.91	0.043
Lethargy	11/12 (91.7)	225/340 (66.1)	1.39	0.3
WBC >20 × 10 <sup>9</sup> /L	10/12 (83.3)	110/340 (32.4)	2.58	0.025
Hematocrit >23%	7/12 (58.3)	26/338 (7)	7.58	0.00045

n report/N with data (%).

Especulan que las formas más graves tienen una oclusión vascular completa por la MAT y por lo tanto menos hemólisis pero mayor isquemia



## Postdiarrheal Hemolytic Uremic Syndrome in United States Children: Clinical Spectrum and Predictors of In-Hospital Death

Rajal K. Mody, MD<sup>1</sup>, Weidong Gu, PhD<sup>1</sup>, Patricia M. Griffin, MD<sup>1</sup>, Timothy F. Jones, MD<sup>2</sup>, Josh Rounds, MPH<sup>3</sup>, Beletshachew Shiferaw, MD<sup>4</sup>, Melissa Tobin-D'Angelo, MD<sup>5</sup>, Glenda Smith, BS<sup>6</sup>, Nancy Spina, MPH<sup>6</sup>, Sharon Hurd, MPH<sup>7</sup>, Sarah Lathrop, DVM, PhD<sup>8</sup>, Amanda Palmer, MPH<sup>9</sup>, Effie Boothe, RN<sup>2</sup>, Ruth E. Luna-Gierke, MPH<sup>1</sup>, and Robert M. Hoekstra, PhD<sup>1</sup>

17 fallecidos vs. 770 sobrevivientes  
2/3 tenían infección por STEC confirmada

**Conclusión: leucocitos y hematocrito elevados, así como una infección respiratoria cercana, probablemente debido al uso de antibióticos, fueron predictores de muerte**

**PREDICTORES DE MORTALIDAD AL INGRESO HOSPITALARIO EN PACIENTES CON SINDROME UREMICO HEMOLITICO POR E.COLI PRODUCTOR DE TOXINA SHIGA. Trabajo multicéntrico en Argentina**

Dra Laura Alconcher<sup>1</sup>, Dra Paula Coccia<sup>2</sup>, Dra Angela Suarez<sup>3</sup>, Dra Marta Monteverde<sup>4</sup>, Dra María Graciela Perez y Gutiérrez<sup>5</sup>, Dra Paula Carlopio<sup>6</sup>, Mabel Missoni<sup>7</sup>, Dr. Alejandro Balestracci<sup>8</sup>, Dra. Illiana Principi<sup>9</sup>, Dra. Flavia Ramírez<sup>10</sup>, Dra. Patricia Estrella<sup>11</sup>, Susana Micelli<sup>12</sup>, Dra. Daniela Leroy<sup>13</sup>, Dra. Nahir Quijada<sup>14</sup>, Dra Claudia Seminara<sup>15</sup>, Dra. Marta Giordano<sup>16</sup>, Dra. Susana Hidalgo Solís<sup>17</sup>, Dra Mariana Saurit<sup>18</sup>, Dra. Alejandra Caminitti<sup>19</sup>, Dra. Andrea Arias<sup>20</sup>, Dra. Marta Rivas<sup>21</sup>, Lic Paula Risso<sup>22</sup>, Dr. Miguel Liern<sup>23</sup>.

# Objetivos:

- 1) Analizar posibles predictores de mortalidad al ingreso al hospital.
- 2) Determinar el porcentaje de pacientes que fallecen.
- 3) Identificar las causas de muerte.
- 4) Analizar si la prescripción de antibióticos previo al ingreso al hospital aumenta el riesgo de muerte.

# Material y métodos:

Período de tiempo evaluado fue de enero de 2005 a junio de 2016.

Diseño observacional, retrospectivo, transversal

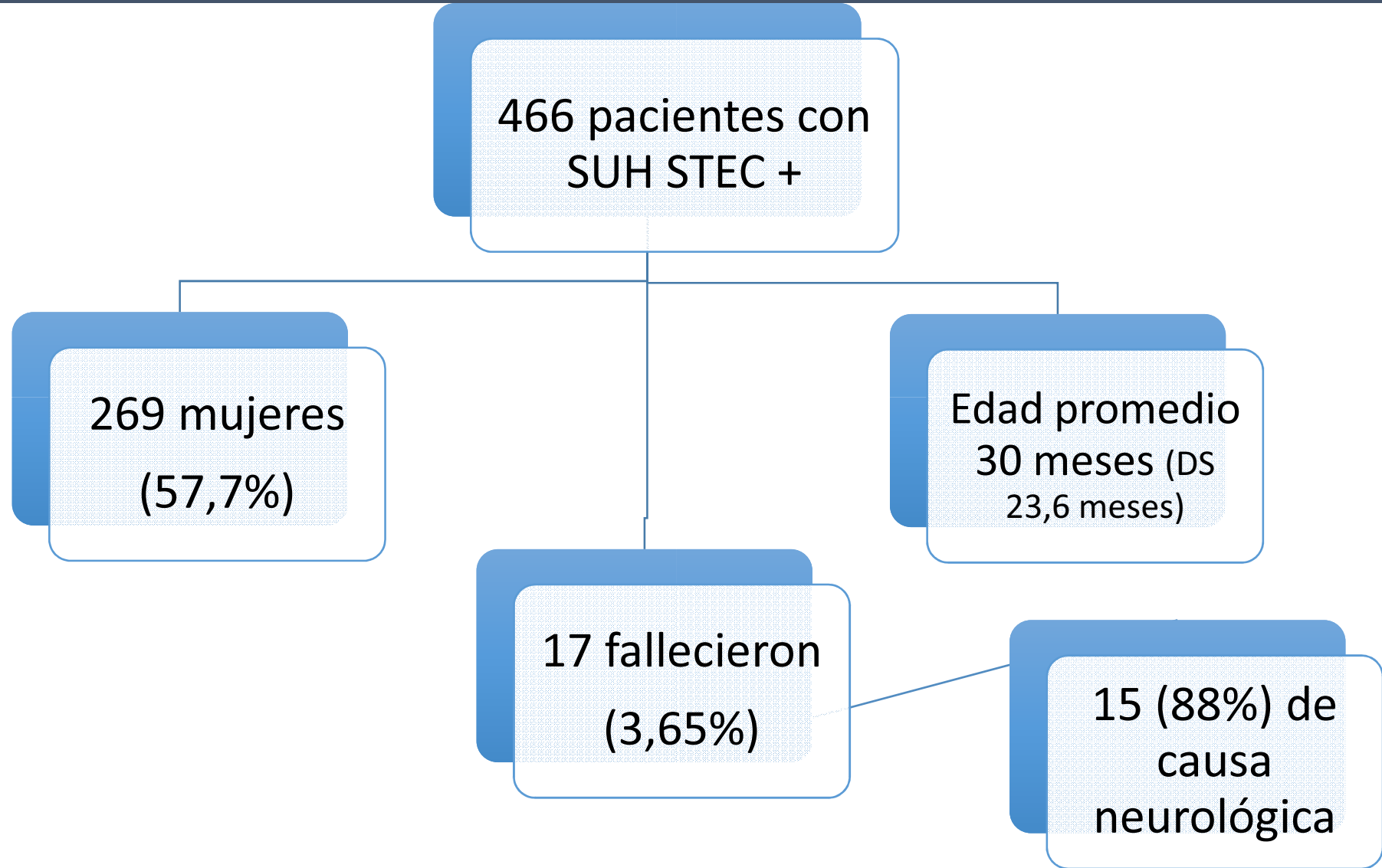
**Criterios de inclusión:** Pacientes menores de 18 años internados con diagnóstico de SUH con infección por **STEC *confirmada*** (detección de genes *Shiga* *toxina*: *Stx1* y/o *Stx2* por cadena de reacción de polimerasa (PCR) y/o aislamiento de *E. coli* O157 o no O157 y/o detección de *Stx* libre en materia fecal por citotoxicidad de células Vero y/o anticuerpos antilipopolisacáridos por Elisa.

La variable a estudiar fue **mortalidad**

Se eligieron 10 predictores demográficos y clínicos y 11 predictores de laboratorio.



# Resultados:

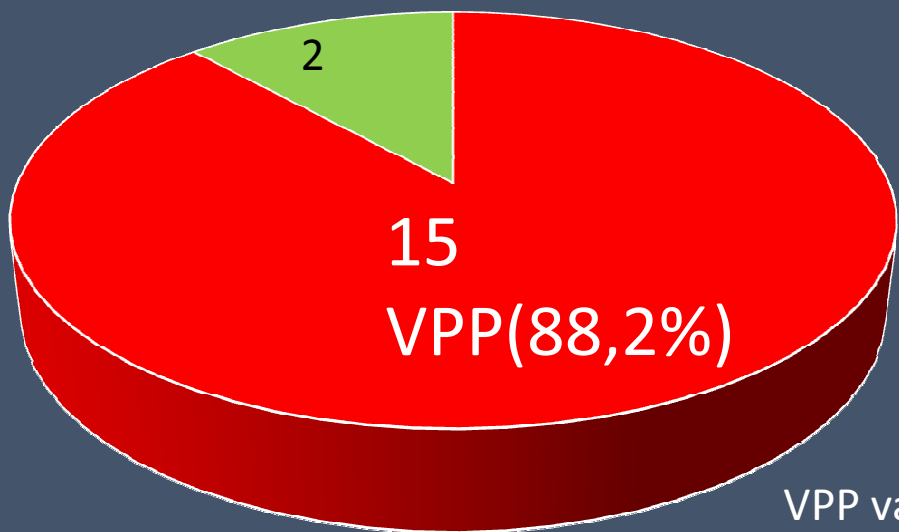


# Compromiso neurológico inicial $p=0,00003$ .

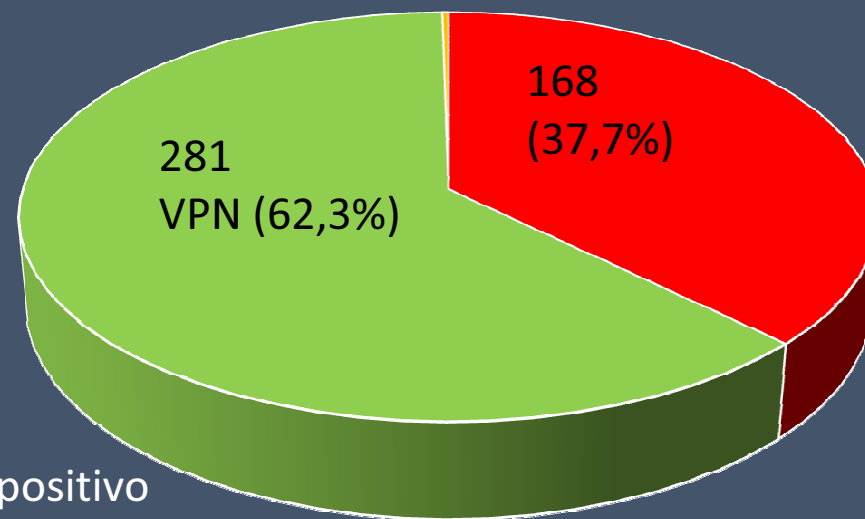
Sensibilidad 8,2 % (de los que ingresaron con compromiso neurológico 8,2 % fallecieron) pero de los que **Especificidad del 99,3%** (de los que no entraron con compromiso neurológico vivió el 99,3 %).

Fallecidos 17

■ SI ■ NO



Vivos 449



VPP valor predictivo positivo  
VPN valor predictivo negativo

el género, ni la edad, ni la anuria al ingreso, ni la colitis hemorrágica, ni el haber recibido antibióticos y/o anticolinérgicos previo al ingreso, ni el estado de hidratación mostraron asociación significativa con la mortalidad.

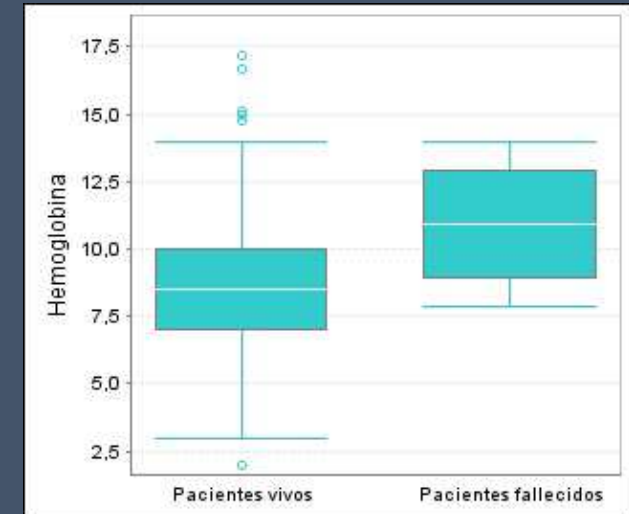
# Comparación de variables entre sobrevivientes y fallecidos

Variables de laboratorio		Pacientes que sobrevivieron	Pacientes fallecidos	Valor-p
<b>Sodio (mEq/l)</b>	media (D.E)	<b>133 (±6,16)</b>	<b>126,5 (±6,4)</b>	<b>&lt;0,00001*</b>
<b>Hemoglobina (g/dl)</b>	media (D.E)	<b>8,7 (±2,2)</b>	<b>10,9 (±2,1)</b>	<b>0,0001*</b>
<b>Leucocitos (x10<sup>3</sup>/mm<sup>3</sup>)</b>	media (D.E)	<b>18.960,2 (±8.510,6)</b>	<b>26.023,5 (±12.576,4)</b>	<b>0,001*</b>
<b>Hematocrito (%)</b>	media (D.E)	<b>25,9 (±6,5)</b>	<b>30,5(± 9,8)</b>	<b>0,005*</b>
<b>Tiempo</b>	media (D.E)	<b>5 (±3,3)</b>	<b>3,2 (±2,7)</b>	<b>0,030*</b>
<b>Bicarbonato (meq/l)</b>	media (D.E)	<b>17,2 (±5,0)</b>	<b>14,6 (±4,6)</b>	<b>0,033*</b>
pH	media (D.E)	7,34 (±0,08)	7,31 (±0,07)	0,06
Neutrófilos (%)	media (D.E)	57,5 (±14,7)	63,5(±15,3)	0,103
Potasio (meq/l)	media (D.E)	4,2 (±0,8)	4 (±0,8)	0,248
Urea (mg/dl)	media (D.E)	135,4 (±93,4)	110,7 (±60,6)	0,281
Plaquetas (por mm <sup>3</sup> )	media (D.E)	97.716,9 (±91.452,8)	120.570,6 (±103.158,4)	0,315
Creatinina (mg/dl)	media (D.E)	2,4 (±1,8)	2,2 (±1,3)	0,645

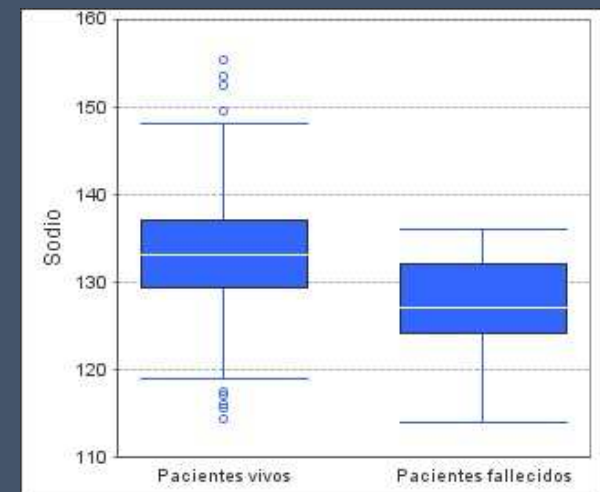
## Modelo univariado de regresión logística

Variables	OR	IC 95 %		Valor P
Comp. SNC	12,55	2,83	55,54	0,001
Hemoglobina	1,51	1,22	1,86	<0,0001
Hematocrito	1,10	1,03	1,18	0,006
Leucocitos	1,002	1,001	1,003	0,002
Sodio	0,85	0,79	0,92	<0,0001
Tiempo	0,76	0,60	0,97	0,025
Bicarbonato	0,89	0,80	0,99	0,033

Punto de corte Hb  $\geq 10,8$  g/dl



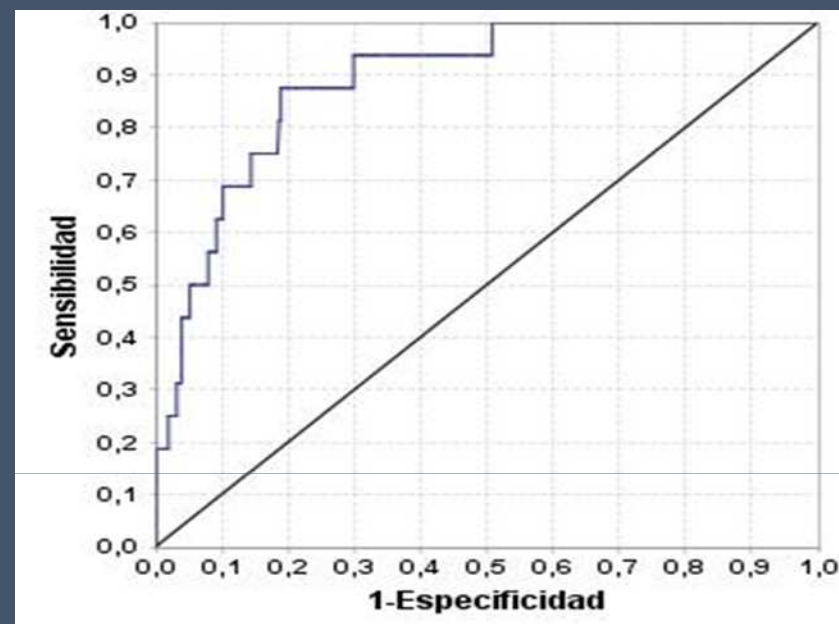
Punto de corte Na  $\leq 128$  meq/l



## Modelo multivariado de regresión logística

Variables	OR	IC 95 %		Valor-p
Compromiso del SNC	8,66	1,85	40,60	<b>0,006*</b>
Hemoglobina	1,53	1,19	1,98	<b>0,001*</b>
Natremia	0,89	0,82	0,98	<b>0,012*</b>

ABC 0,888 (IC 95%: 0,781 – 0,994)



**Conclusión:** La mortalidad de los niños con SUH por STEC fue del 3,65%, siendo el compromiso de SNC la causa principal de muerte. Los predictores independientes de mortalidad fueron el compromiso del SNC, la concentración de hemoglobina  $\geq 10,8$  g/dl y de sodio  $\leq 128$  meq/l. El uso de antibióticos no incrementó el riesgo de muerte.

# Resumen:

- *Los pacientes con diarrea por STEC y **leucocitosis** tienen más chances de evolucionar a SUH.*
- *Los pacientes con diarrea por STEC **no** deberían recibir ni **anticolinérgicos, ni antibióticos.***
- *Los pacientes con diarrea por STEC que se deshidratan y evolucionan a SUH tienen mayor compromiso de la función renal.*
- *Los predictores de gravedad del compromiso renal, del SNC, del compromiso colónico y de muerte parecen ser los mismos: **Leucocitosis, hematocrito y/o hemoglobina elevada** (con el paciente deshidratado o no).*
- *La **baja concentración sérica de sodio** es un predictor de compromiso neurológico y fue identificado como un nuevo predictor de mortalidad*

# Recomendación:

- *Debemos mirar con más cuidado el **estado de hidratación** de los pacientes con diarrea por STEC y los pacientes con SUH al comienzo de la enfermedad.*
- *Valorar correctamente el estado de hidratación en estos pacientes es un desafío.*
- *Debemos mantenerlos normohidratados.*
- *La deshidratación puede agregar, al fallo renal por MAT, una NTA.*
- *Pero **CUIDADO** porque son pacientes con un fallo renal agudo y la prescripción no controlada de líquidos, la elección inadecuada del fluido, la no revaloración oportuna puede llevar a ICC, EAP, hipertensión e hiponatremia.*

*Quizás estos conocimientos puedan ser útiles en el manejo inicial del paciente con SUH.*